



Thèse

2014

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Une approche enactive du travail collectif: modélisation de la coopération
et de la coordination entre infirmières et autres professionnels du milieu
hospitalier pour la conception d'un dispositif de formation

Nadot, Nicole

How to cite

NADOT, Nicole. Une approche enactive du travail collectif: modélisation de la coopération et de la coordination entre infirmières et autres professionnels du milieu hospitalier pour la conception d'un dispositif de formation. Doctoral Thesis, 2014. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:41472

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:41472>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:41472](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:41472)



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

Section des Sciences de l'éducation

Sous la direction de **Marc Durand**

**Une approche enactive du travail collectif
Modélisation de la coopération et de la coordination
entre infirmières et autres professionnels du milieu hospitalier
pour la conception d'un dispositif de formation**

THESE

Présentée à la

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

de l'Université de Genève

pour obtenir le grade de **Docteur en Sciences de l'éducation**

par

Nicole NADOT-GHANEM

de

Granges-Paccot /FR

Thèse No 577

Juin 2014

N° d'étudiante : **87-506-804**

Jury de thèse

- Marc Durand, Professeur, FPSE, Université de Genève, Directeur de thèse
- Maryvonne Charmillot D'odorico, Maître d'enseignement et de recherche, FPSE, Université de Genève
- Jacques Saury, Professeur, Université de Nantes (France)
- Clémence Dallaire, Professeure, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval, Québec (Canada)
- Laurence Seferdjeli, Professeure, Haute école de santé Genève

*« La pratique a une logique qui n'est pas celle de la logique et,
par conséquent, appliquer aux logiques pratiques la logique logique,
c'est s'exposer à détruire, à travers l'instrument qu'on emploie pour la décrire,
la logique que l'on veut décrire ».*

Bourdieu, 1994, p. 157

Résumé

Découvrir l'apport du travail infirmier à l'activité collective et lier analyse de l'activité à la création d'un dispositif de formation sont les deux intentions poursuivies dans le cadre de cette thèse. L'analyse de l'activité des infirmières en interaction avec d'autres professionnels de la santé du milieu hospitalier a permis de mettre en évidence la structure typique significative de l'articulation-coordination des cours d'action des acteurs en présence : il s'agit de l'« ajustement des niveaux d'information entre tous ». Cette structure fait partie intégrante des interactions coopératives et est un travail de deuxième ordre enchâssé dans le travail coopératif. Modulée par des affects, émotions, valeurs ou par la recherche de connaissances, elle caractérise la coopération et permet sa modélisation.

La contribution de l'infirmière - intermédiaire entre plusieurs acteurs dans un environnement singulier - au processus d'ajustement des niveaux d'information entre tous, à la coordination et à la coopération permet d'assurer la continuité de la prise en charge adéquate des personnes soignées, l'efficacité des soins et a un impact sur la qualité des prestations de santé et leur coût.

Quatre modalités d'interactions coopératives ont été identifiées, qui permettent de développer un dispositif de formation axé sur l'accompagnement des trajectoires professionnelles d'étudiants *Bachelor of science* en soins infirmiers ou de professionnels novices - débutants et remplaçants œuvrant dans de nouveaux contextes - . Le dispositif de formation envisagé peut être étendu à d'autres professionnels de la santé membres d'un collectif agissant en commun afin d'atteindre une même finalité.

Dans le cadre du programme de recherche technologique en formation des adultes que nous avons adopté, le principe de conception est de favoriser, en formation, une activité aussi proche que possible de celle que peuvent avoir des acteurs dans leur activité professionnelle. La conception se fait alors à partir du repérage de couplages typiques et au travers d'une démarche itérative alliant analyse de l'activité située, conception orientée activité de situations de formation. L'enjeu d'une telle démarche et d'une telle formation est de favoriser un couplage efficace et à prendre en compte le caractère situé et autonome de l'activité humaine.

Mots Clés : Coopération, coordination, cours d'action, conception de dispositif de formation, infirmière, professionnels de la santé.

Remerciements

Cette thèse, comme la plupart des thèses du reste, a pris plusieurs années pour voir le jour. Le parcours était sinueux, ponctué de démotivation ou de résistances qui ont été durement dépassées. Il fallait constamment chercher à maintenir l'équilibre entre la dynamique familiale d'une mère de famille avec quatre enfants, une activité professionnelle absorbante à temps plein à la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) du domaine santé et un statut de chercheure qu'il fallait mériter. C'était compter sur un optimisme à toute épreuve pour faire face à la charge de travail et un acharnement à terminer ce qui avait été amorcé.

Aujourd'hui, l'aventure arrive à son terme. C'est maintenant le moment de remercier tous les membres (institutionnels ou individuels, lointains ou proches) qui ont cru à ce projet et qui ont apporté leur soutien tout au long du parcours.

J'adresse ainsi mes remerciements, aux trois directions successives de la Haute École de Santé de Fribourg qui ont été impliquées par le projet. Mes remerciements vont aussi au Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS) et au Fonds Stratégique de la HES-SO, pour le soutien financier de mes travaux.

Merci aussi à Michel, mon époux, complice de toujours, accompagnant précieux et personne de référence par sa connaissance de la discipline infirmière. Merci encore à mes enfants qui suivent avec curiosité, parfois avec perplexité, mes péripéties universitaires depuis une quinzaine d'années.

Merci à Laurent Fillietaz pour son suivi depuis mes premiers pas dans l'analyse du travail, sa lecture critique de mon travail et ses remarques judicieuses.

Enfin, un merci tout particulier à Marc Durand, mon directeur de thèse, pour sa compréhension et sa patience dans le suivi du rythme de la personne en formation. Il a toujours répondu à mes questions et doutes par ses encouragements et ses précieux conseils.

Table des matières

THESE.....	1
Résumé.....	4
Remerciements	5
Table des matières	6
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Introduction.....	10
Chapitre 1	16
Recherche empirique et analyse de l'activité	16
1. Contexte général d'exercice des soins infirmiers.....	16
2. Problématique	24
Chapitre 2	30
Le cadre théorique et méthodologique de l'analyse de l'activité individuelle et collective.....	30
1. Le programme de recherche technologique en formation des adultes	30
2. L'anthropologie cognitive située (et distribuée) pour approcher l'activité enactée des professionnels de la santé.....	32
3. Les préalables théoriques et scientifiques du cours d'action	32
4. L'observatoire du programme de recherche technologique en formation des adultes.....	35
Chapitre 3	39
Activité collective, collaboration, coopération et coordination.....	39
1. Activité collective	39
2. La collaboration et la coopération	41
3. La coordination.....	47
Chapitre 4	55
Méthode adoptée et Mise en œuvre du cadre d'analyse.....	55
1. Le terrain de l'étude	55
2. Les participants.....	57
3. Demandes d'autorisation	57
4. Modes de recueil et de traitement des données	58
4.1 La Phase 1 : une phase préalable de familiarisation	59
4.2 La Phase 2 : la recherche proprement dite	64
Chapitre 5	83
Une activité collective conjointe et un processus commun.....	83
1. Huit séquences de travail coopératif : une synthèse	83
2. Activité collective conjointe, processus commun, finalité commune et efficacité.....	87

Chapitre 6	93
Articulation des cours d'expériences	93
1. Critères fondant la typicalité des situations choisies	93
2. Visite médicale 1 : Ajuster les niveaux d'information de tous en échangeant dans une ambiance collégiale.....	94
3. Visite médicale 3 : Ajuster les niveaux d'information de tous et assumer, chacun à sa manière, les aléas du travail de remplaçant.....	107
4. Échange physiothérapeute-infirmier (EPI-1) : Ajuster les niveaux d'information de tous et reconnaître les spécificités d'un « passeur d'information » et d'une « experte »	120
5. Les échanges « entre deux portes » infirmier-infirmière : Ajuster les niveaux d'informations entre tous malgré les aléas du travail à temps partiel	131
Chapitre 7	139
Caractéristiques typiques de l'articulation- coordination et de la coopération	139
1. Les engagements/préoccupations des acteurs et leurs modalités d'expression.....	139
2. Ajuster les niveaux d'information de tous	140
3. Quatre modalités d'expression de la coopération ou « arrangements de travail coopératif »..	158
Chapitre 8	168
Discussion	168
1. Modulation de la coopération et de la coordination	168
Chapitre 9	175
Perspectives pour la formation : des propositions de dispositifs liant exigences du plan d'études cadre et résultats de la recherche empirique	175
1. De l'analyse de l'activité à la conception de formation	175
2. Transformer l'activité : séquences vidéo d'activités de pairs considérées typiques et engagement mimétique	179
3. Accompagner des trajectoires professionnelles dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue de novices.	186
Conclusion	188
Table des annexes	190
Références.....	192

Liste des tableaux

Tableau 1 : Extrait de l'échange entre infirmière et physiothérapeute. Évocation de la date de sortie souhaitée par la patiente	50
Tableau 2 : La physiothérapeute mime le ton de la patiente et pointe le doigt vers le haut pour affirmer sa position lorsqu'elles évoquent ensemble le retour au domicile.	51
Tableau 3 : La physiothérapeute mime le ton de la patiente et pointe le doigt vers le haut pour affirmer sa position lorsqu'elles évoquent ensemble le retour au domicile.	52
Tableau 4 : Extrait d'un protocole à deux Volets.	72
Tableau 5 : Extrait de la déconstruction de l'activité d'une infirmière lors d'une visite médicale avec un médecin-chef de clinique : les composants du signe hexadique.	77
Tableau 6 : Exemple portant sur a) l'identification et la nomination de séquences chez un médecin et b) l'intérêt de l'analyse globale	80
Tableau 7 : Extrait de la chronologie et de la mise en correspondance des cours d'action d'un médecin et d'une infirmière lors de la VM 1	82
Tableau 8 : Extrait des unités de cours d'expérience de l'infirmier et du médecin-assistant lors de la VM1 mettant en évidence les préoccupations /engagements et attentes des acteurs.	103

Liste des figures

Figure 1 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en répondant aux questions posées : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.	144
Figure 2 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en fournissant spontanément des informations : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.	146
Figure 3 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en fournissant des connaissances opérationnelles et précises : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.	148
Figure 4 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation et à la formation en donnant l'impulsion pour une vision partagée, en suggérant et en incitant : thématiques traitées, composantes et modalités d'expression.	150
Figure 5 : Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en puisant à toutes les sources possibles d'information : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.	152
Figure 6 : Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en vérifiant et contrôlant l'exactitude et la cohérence des données : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.	154
Figure 7 : Activités situées et engagement des acteurs pour quatre modalités de coopération et de coordination.	166
Figure 8 : Composantes de la structure significative de la coordination.	167

Introduction

Il est généralement admis que les questions de recherche s'enracinent dans le questionnement existentiel et professionnel du chercheur. Quelles sont les fins personnelles que l'on doit poursuivre ou les valeurs selon lesquelles se conduire et qui permettent au chercheur de donner un sens à sa vie professionnelle ? En fait, les problématiques élaborées sont souvent un appel de la réflexion sur un fond d'insatisfactions relatives ou préconscientes, et dont la source est à chercher dans l'environnement institutionnel, historique, scientifique, politique, économique... dans lequel le chercheur évolue.

Cette thèse de doctorat est le fruit d'un long cheminement intellectuel qui a commencé il y a une vingtaine d'année (1994) autour du statut du savoir dit « infirmier ». Notre réflexion à l'époque portait sur les supports écrits élaborés par les enseignants des écoles d'infirmières. Sur quoi reposait la logique d'exposition des savoirs présentés aux étudiantes infirmières pour exercer leur métier ? Depuis une vingtaine d'années, on commençait dans certaines universités, et notamment à l'étranger, de parler de la discipline et de la science infirmière. Nous voulions alors comprendre par qui et comment s'élaborait cette discipline. Si agir équivaut à connaître, et si cette activité donne lieu à la construction de connaissances en relation avec le changement de perspective de chaque instant de chacun des acteurs, l'environnement et les artefacts professionnels¹ seraient des déterminants dont la compréhension est essentielle afin de les rendre significatifs pour l'acteur. Donc, analyser le flux expérientiel dans lequel certains objets constituent potentiellement des perturbations pour l'acteur et influencent la suite de son cours d'activité est important pour l'exercice professionnel des acteurs hospitaliers et de leur formation. D'où proviennent les disciplines inscrites au plan d'études ? Et parmi ces dernières, comment le savoir propre par nature qui émerge de la posture occupée depuis longtemps par les infirmières dans un environnement particulier, peut-il interagir avec les autres disciplines ? Dans ce questionnement, nous retrouvons ici, cette volonté d'évaluer la pertinence des moyens inventés pour atteindre des idéaux et comprendre à quoi elle tient et ce qu'elle signifie (Avanzini, 1984, p. 16). Alors, étudiante en sciences de l'éducation à l'université de Genève en 1999, nous venions

¹ Dans le milieu des soins, il n'y a pas que des acteurs en interaction sociale : ils y a aussi des objets, signaux, sons, tableaux, horloges, indicateurs lumineux, écrans d'ordinateurs ou technologie médicale, etc... qui peuvent être significatifs pour leur activité.

d'apprendre que l'autonomie de pensée d'une profession était incontestablement liée à celle du savoir, de sa production au plus haut niveau académique, de sa diffusion et du contrôle de son utilisation (Nadot, 1999, p. 20). Affirmation qui prenait alors tout son sens, car en 1980 (début de notre activité d'enseignement), l'autonomie de pensée de la profession infirmière portait encore quelques séquelles des dominations culturelles subies antérieurement. Cependant, des indices laissaient penser que la profession était en recherche identitaire et qu'elle tentait de s'émanciper des savoirs dominants. Le processus d'autonomisation des savoirs dits « infirmiers » arrivait à la fin d'une phase protodisciplinaire qui avait été mise en place à la naissance de la première école au monde de soignante professionnelle (1859), et où dès 1894, des monitrices devaient traduire les savoirs savants dispensés dans la majorité des cas par des médecins, des ecclésiastiques ou des aristocrates. Ces derniers avaient ainsi le pouvoir de déléguer leurs connaissances aux futures infirmières. Les infirmières de l'époque ne faisaient pas de recherches et ne produisaient pas leur propre savoir. De tradition orale, on peut même se demander si elles avaient conscience d'en avoir un... Elles se contentaient d'appliquer celui du « Maître », ou celui lié à leur condition. Issues par analogie de la pédagogie du mode mutuel (Grégoire Girard), les « monitrices » qui enseignaient dans les écoles d'infirmières portaient un titre indicatif de la modestie de la fonction d'enseignement dans une certaine échelle sociale. Utilisant des manuels de soins réédités parfois sur plusieurs dizaines d'années, les monitrices qui ont elles-mêmes appris du maître ne sont, pour l'essentiel de leur besogne, que des répétitrices à qui échappe l'élaboration conceptuelle (Nadot, 1999, p. 81). Notre réflexion du moment proposait une modélisation de la construction des contenus d'enseignement derrière le principe « ERR » (Extraction, Réduction, Reproduction du savoir) conceptualisé en 1999. Selon ce principe les premiers professeurs (médecins ou ecclésiastiques) puisaient dans leur propre source de savoirs pour en extraire une partie à vulgariser et à déléguer aux infirmières. Puis, des monitrices réduisaient ce savoir jugé trop complexe ou inadapté à la pratique (car trop théorique) pour en faire des manuels d'instruction, avant tout « pratiques », qui ont fait du reste, l'affaire des éditeurs spécialisés. Enfin, les nouveaux enseignants reproduisaient à leur tour, cette réduction première sous forme de techniques de soins à appliquer ou valeurs morales à soutenir, en rédigeant des photocopies. Nous pouvions ainsi expliquer pourquoi l'autonomie de pensée et d'écriture chez les infirmières était limitée par cette sorte d'habitus linguistique imposé dans la production et la transmission des savoirs. Les infirmières n'étaient tout simplement « pas autorisées » à l'époque, de par la position sociale dans laquelle elles étaient maintenues, à

faire de la science, c'est-à-dire découvrir des explications satisfaisantes de tout ce qui les étonne et paraît nécessiter une explication et de publier » (*Ibid.*, p. 149). Sans écriture, la transformation de l'expérience en savoir n'était tout simplement pas possible.

Au début de nos études universitaires, les écoles professionnelles d'infirmières de niveau secondaire II (CITE² 3) ou déjà tertiaire non universitaire (CITE 5) dans certains cantons romands, se préparaient à devenir de niveau tertiaire universitaire (CITE 6) dans le sillage de la promotion des écoles techniques supérieures (ETS) en HES dès 1995, et du transfert des compétences cantonales à la Confédération pour la réglementation des professions du domaine de la santé, du social et des arts (SSA)³. Avec les missions de recherche dévolues aux HES (nouvelles missions) les enseignants des écoles professionnelles allaient accéder au statut de professeur avec comme exigence de développer la recherche scientifique pour participer à la production de leur propre savoir et le transférer dans l'enseignement et dans la société. Mais compte tenu de la situation qui prévalait dans la phase protodisciplinaire du savoir, abordé précédemment, en avaient-ils les moyens ? Un rapport en « détection avancée pour la politique de la recherche en HES du domaine santé » au Conseil Suisse de la Science laissait planer le doute.

« Les soignants ne savent pas ou ne veulent pas utiliser les résultats de la recherche, lesquels sont souvent considérés comme inaccessibles. Les pionniers rencontrent d'énormes difficultés pour faire passer leurs idées. Les professionnels intéressés à faire de la recherche n'ont pas toujours la formation de base adéquate pour maîtriser certains aspects conceptuels ou méthodologiques. Il n'existe pas en Suisse de formation universitaire disposant d'un terrain d'application pratique, d'où un net déficit en personnes formées sur le plan académique et l'obligation d'aller former ou chercher des experts à l'étranger. Il en résulte l'absence de discours scientifique (...) il est dès lors quasiment impossible de valider dans le pays même la recherche faite en Suisse (...) Cela a pour résultats d'énormes pertes d'énergie, une dispersion insatisfaisante de ressources rares, une mauvaise répartition des moyens disponibles et la création de cercles vicieux: pas d'organisation, pas de communication, pas de diffusion, pas de coopération, peu d'impact sur la pratique, pas de reconnaissance,

² Classification internationale type de l'enseignement (ISCED en anglais).

³ Vote populaire du 18 avril 1999 approuvant la révision partielle de la Constitution fédérale pour que la compétence en matière de formation professionnelle soit désormais dévolue à la Confédération.

pas d'amélioration de l'image, pas de moyens, etc., que les experts helvétiques espèrent voir briser notamment par la mise sur pied de formation et de recherche en HES » (Gobet et coll., 1998, 81-82).

À l'aube de la naissance des Hautes Écoles Spécialisées du domaine de la santé, le constat était assez inquiétant quant à la capacité des enseignants en soins infirmiers à produire leurs propres connaissances. La plupart des sources de connaissances scientifiques enseignées dans les écoles et faisant autorité en la matière, étaient issues de savoirs qui maintenaient - à leur insu - les futurs professeurs HES, dans un état de dépendance vis-à-vis de cultures dominantes (notamment la biomédecine et quelques sciences humaines) (Nadot, 1999 p. 22). La recherche était cependant à l'ordre du jour. « La HES prévoit explicitement que la recherche soit développée en son sein. Cela implique que sur ce point le modèle universitaire est évidemment celui qui convient » (Rapport final profil du corps enseignant, HES, 1999, p. 39). Alors si c'est le modèle universitaire qui convient, les futurs professeurs des HES du domaine santé seront des professeurs de quoi ...? Ce questionnement sera notre porte d'entrée dans l'analyse du travail et la construction de compétences professionnelles au travers de notre mémoire de troisième cycle pour l'obtention du DESS à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève. Notre réflexion se poursuivait et allait déboucher en guise de conclusion, sur le fait que le professeur HES doit aussi apprendre pour l'avenir à s'approprier « une nouvelle identité de producteur de savoirs professionnels. Car, et à la suite de Nowotny et coll. (2003, p. 110), dans une Société de Connaissance nombre d'institutions doivent « apprendre à apprendre » et, pourrait-on ajouter, « à chercher » car, il faut pour survivre (commerciallement, mais aussi politiquement) capturer et exploiter les connaissances. Il ne suffit pas d'être consommateur pour avoir des chances réelles à ce jeu, il faut aussi devenir producteur de connaissances » (Nadot-Ghanem, 2003, p. 54 et 2004).

Alors, justement, « producteur de connaissances » en terme de nouvelle culture à acquérir... qu'est-ce que cela suppose ? La mise sur pied de hautes écoles dans le domaine de la santé et le développement officiel de la recherche dans la HES-SO⁴ pour le domaine SSA (2003) a été une opportunité pour nous de faire partie d'une équipe de recherche scientifique (2001-2003) et de concrétiser ainsi nos recommandations en analyse du travail et construction des compétences professionnelles. Ces dernières précisait qu'il fallait « mettre en évidence les

⁴ Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale.

conditions de développement des compétences notamment en matière de recherche du futur professeur HES. (...) Il faut « clarifier les enjeux de la recherche en sciences infirmières pour le développement de la profession, notamment en ce qui concerne le savoir élaboré de l'intérieur de la discipline » (*Ibid*, p. 13 et 53) à partir de recherches fondamentales, appliquées ou cliniques. C'est alors qu'en tant que collaboratrice scientifique, nous avons fait nos premiers pas dans une recherche appliquée d'envergure en partenariat avec une équipe de professeurs de la faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec sous la direction du professeur Michel Nadot (Nadot *et coll.*, 2002). L'objectif de cette recherche était notamment de valider une théorie inductive de l'activité soignante qui contrastait et complétait alors le territoire théorique du moment. Progressivement, nous nous sommes rendues compte que les infirmières développaient un ensemble de compétences non seulement au service des patients comme le laisse entendre la croyance, mais encore et surtout développaient des compétences pour délivrer aussi des prestations de service pour la structure de management de l'institution et pour le corps médical. On relevait déjà que l'activité d'une infirmière n'était en aucun cas une activité d'exécution. L'activité déployée était une construction située et avait les caractéristiques d'une prestation de service en occupant une place stratégique centrale dans les institutions du système de santé (Nadot & Auderset, 2004, p. 114-116). L'infirmière apparaissait effectivement comme pôle central de « l'intermédier » comme nous l'expliquions en 2005. C'est par le « développement de nouvelles compétences en matière de recherche et de développement d'une culture scientifique au sein de leur propre discipline que le défi le plus important compose le savoir de base de tout professeur producteur de savoirs (ce qui change radicalement par rapport au statut de formateur), car dans une haute école, il est généralement attendu que l'enseignement se fasse par le transfert des résultats de recherche et des nouvelles connaissances auprès des étudiants » (Nadot-Ghanem & Nadot, 2011, p. 14). Cela veut aussi dire que cette élaboration de connaissances, « requiert l'aptitude à prendre de la distance par rapport aux implications personnelles, la capacité d'introduire les concepts adéquats et de théoriser la démarche, la volonté de ne pas prédéterminer les conclusions et la résolution de substituer aux convictions personnelles des procédures d'évaluation, au total la maîtrise des procédures appropriées à l'objet visé » (Avanzini, 1991, p. 127). Par la suite, membre d'un réseau de compétences (RECSS) en matière de recherche de la HES-SO (Nadot-Ghanem, 2006), nous avons eu l'occasion de développer nos aptitudes conceptuelles⁵ et méthodologiques et enfin, après avoir pris la

⁵ L'Annexe 1 comporte la liste des activités de valorisation scientifique menées par la doctorante depuis 2003.

décision de poursuivre sur ce profil de « producteur de connaissances », nous avons entrepris nos études doctorales en 2008, tout en dirigeant à notre tour, une recherche financée par le FNS (Nadot-Ghanem, 2012). Nous projetions alors de contribuer à l'élaboration d'un dispositif permettant soit la simulation, soit l'analyse de l'activité à partir de séquences de travail coopératif et de coordination entre acteurs du milieu hospitalier. Il s'agit toujours de proposer des situations qui font sens pour les étudiants et les professionnels et qui leur permettent de construire des connaissances pertinentes pour agir. Il n'y a pas que les malades qui bénéficient des compétences infirmières ! Afin d'être source de conception de dispositifs facilitant la création de signification, nous proposons dans le cadre de cette thèse et plus particulièrement dans son premier chapitre un niveau de problématisation de la coordination entre professionnels de la santé du milieu hospitalier, pour arriver a) à un deuxième niveau de problématisation liant coopération avec coordination et articulation, puis b) à mettre en évidence les types de coordinations observés sur le terrain et c) à établir des liens avec la coopération et les possibilités d'élaboration de dispositifs de formation favorisant la coordination et la coopération.

Chapitre 1

Recherche empirique et analyse de l'activité

Ce chapitre porte sur la délimitation de l'objet d'étude et du lien entre analyse du travail réel des infirmières et autres professionnels de la santé en vue de la conception d'une formation répondant aux exigences du travail collectif, de la coopération et de la coordination.

Il est structuré en deux sections :

La première section porte sur le contexte général d'exercice des soins infirmiers et permet de décrire l'environnement des soins, le travail en équipe, la formation des infirmières et leurs effets sur les prestations de soins

La deuxième section porte sur la délimitation de l'objet d'étude, les intentions poursuivies et les questions principales de recherche

1. Contexte général d'exercice des soins infirmiers

De profondes restructurations liées aux transformations politiques, sociales, économiques et gestionnaires caractérisent le secteur de la santé et son environnement. Elles ne sont pas sans affecter le travail dans les établissements hospitaliers dans un contexte des restructurations actuelles, de réduction des coûts de santé, d'introduction des *Diagnosis related groups* (DRGs) en Suisse depuis 2012⁶. Nous interrogeons les effets de cette rationalisation sur la qualité des soins. Notre intérêt porte essentiellement sur le travail des infirmières⁷ et leur contribution au processus de coopération et de coordination de leurs activités⁸ avec celles d'autres acteurs du milieu hospitalier.

⁶ Exactement au 1^{er} janvier 2012 : Cf. <http://www.swissdrg.org/fr/>

⁷ La forme féminine est utilisée dans le présent document afin de faciliter la lecture. Cette disposition ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre et les termes employés s'appliquent aussi bien aux personnes de sexe féminin que masculin.

⁸ Dans le cadre de ce travail le terme "activité" est utilisé selon deux acceptions : a) usage de sens commun : la pratique, ou l'action réalisée par un acteur dans le cadre de l'exercice professionnel ; b) dans un sens « technique », il s'agit alors de « l'activité humaine » conçue comme une continuité ou une totalité résultant du

Bien que traditionnellement considérées comme indispensables aux institutions de soin toutes les infirmières constituent une grande partie de la masse salariale dans ce secteur. L'application de mesures de rationalisation risque d'avoir des conséquences sur les effectifs et la qualité des prestations de soins dont une des composantes majeures est la coordination.

1.1 L'environnement, le travail en équipe, la formation des infirmières et leurs effets sur les prestations de soins

Différentes études (Aiken *et coll.*, 2008, 2014 ; Kane *et coll.*, 2007 ; Lucero *et coll.*, 2009 ; Schubert *et coll.*, 2008) relèvent les effets positifs de l'environnement des soins, du *ratio* infirmières – patients, de la formation des infirmières sur la réduction des risques de mortalité, de morbidité et sur la durée du séjour hospitalier. Ces données sont spécialement significatives pour les services de soins intensifs et les services chirurgicaux. D'après Kane *et coll.* (2007) chaque augmentation de « poste équivalent plein temps » d'infirmière par journée d'hospitalisation de patient est associée à une réduction de la mortalité liée à l'hospitalisation : de 9% dans les services de soins intensifs et de 16% dans les services de chirurgie. Toutefois ces auteurs précisent que la relation entre augmentation de l'effectif et meilleurs résultats n'est pas nécessairement causale. Évoquant le rationnement implicite des soins⁹, Schubert *et coll.* (2008) relèvent ses conséquences sur la qualité des prestations fournies. Les infirmières de huit hôpitaux Suisse rapportent que le rationnement a des incidences sur l'apparition d'incidents critiques, d'erreurs dans l'administration des médicaments, d'infections nosocomiales, de chutes et d'escarres tandis que la qualité élevée de l'environnement des soins, la collaboration interdisciplinaire, la coopération et la coordination, favorisent l'obtention de meilleurs résultats par les personnes soignées, les infirmières et l'organisation hospitalière. Cela confirme les propos d'Aiken et Patrician (2000) pour qui les résultats des patients, des soins infirmiers et de l'institution sont affectés par l'environnement dans lequel les soins sont donnés. La prévention, la détection précoce d'événements indésirables pouvant atteindre les personnes soignées, le temps que les infirmières leur consacrent affectent la qualité des soins (Aiken & Patrician, 2000 ; Lucero *et*

couplage de l'acteur avec un milieu particulier, exprimant ce couplage et donnant lieu à une expérience pour l'acteur (Maturana et Varela, 1994 ; Varela, 1989).

⁹ rationing of nursing care, define comme 'the withholding or failure to carry out necessary nursing tasks due to inadequate time, staffing level, and/or skill mix,' may be a directly observable consequence of low staffing levels and poor practice environments (Schubert *et coll.* 2008, p. 227).

coll., 2009). Selon des recherches menées entre 2000 et 2004 aux USA, neuf infirmières sur dix disent ne pas avoir assez de temps à consacrer aux patients et laisser de côté des soins qu'elles considèrent comme essentiels (Lucero *et coll.*, 2009). Pourtant, l'organisation hospitalière et les infirmières elles-mêmes semblent oublier que les prestations de service de ces soignantes ne sont pas au service exclusif des patients et qu'une de leurs plus importantes fonctions est d'être « intermédiaires » entre plusieurs bénéficiaires de la prestation de service (Allen, 2004 ; Nadot, 2008a 2009, 2013).

1.2 La formation professionnelle des infirmières

Dans le domaine de l'analyse des activités professionnelles des infirmières et de leur formation, Allen (2004), dans une étude de la littérature professionnelle, met en évidence le décalage entre attentes sociales, exigences du travail en contexte, idéaux et culture professionnelle. Selon cette auteure, la formation des infirmières devrait les préparer à l'exercice du mandat qui leur est confié à leur sortie des écoles et à tenir compte du rôle qu'elles jouent dans le relais des informations nécessaires à la continuité des soins et à la coordination. Le « soin des malades », image représentative de la profession infirmière véhiculée par les professeurs et les étudiants, devrait être remplacé par le rôle (scientifique, politique, économique) d'intermédiaire entre différents partenaires, qu'elles jouent effectivement. Nous rejoignons en cela Grosjean & Lacoste (1999) pour qui l'articulation, dimension spécifique de l'activité des infirmières, n'est ni pensée, ni parlée, ni représentée en tant que composante des modèles professionnels et de la définition de leur activité. Dans leur recherche ces auteures mettent en évidence la reconnaissance par le public et les autres professionnels de la santé de cette part d'articulation et de coordination dans l'activité des médecins, mais pas dans celle des infirmières. En effet, la coordination des activités, les attentions multiples portées à l'espace-temps spécifique dans lequel évoluent les professionnels autour de la personne soignée et de sa famille, l'émergence d'indicateurs à traiter et les exigences nouvelles à prendre en compte, ne s'expriment que rarement en termes de charge de travail et de situations de formation à inclure dans les curriculums. La rupture entre formation et exercice professionnel est parfois importante. La prise en charge par l'infirmière d'une partie du travail de conception de la trajectoire des personnes soignées est largement sous-estimée, car invisible (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Nadot, 2009 ; Nadot *et al.* 2013).

Si la rupture entre formation et exercice professionnel est si importante, il est nécessaire d'envisager d'autres modalités de formation basées sur l'étude des processus, notamment ceux qui permettent l'organisation, la coopération, la prise de décision, la réorientation et la coordination des activités à réaliser en fonction des éléments situationnels et contextuels. Dans ce cadre, la formation est à envisager en tant que construction étroitement articulée à l'analyse de l'activité (Durand, 2008 ; Leblanc *et coll.* 2008). En effet de nombreuses recherches en enseignement et en formation semblent dessiner une évolution allant d'une centration sur les savoirs vers une centration sur l'activité (Barbier & Durand, 2003). Concevoir la formation à partir de l'analyse de l'activité permet à la fois la professionnalisation des acteurs, mais aussi leur développement personnel et cognitif.

À cet effet il nous semble judicieux de faire un état des lieux de la formation des infirmières en Suisse Romande afin de répondre aux questions suivantes : « Quelles sont les prescriptions qui régissent la formation des infirmières en Suisse Romande ? Sont-elles exclusivement centrées sur les soins des patients ou comportent-elles des composantes significatives du travail collectif, de la coopération et de la coordination ? » Nous présentons dans le paragraphe qui suit une synthèse des référentiels de compétence, élaborés successivement en 2000, 2006, et 2012¹⁰. Le chapitre trois porte sur la clarification des notions de travail collectif en milieu hospitalier, de collaboration, de coopération et de coordination.

1.3 Évolution de la formation des professionnels de la santé dans les cantons romands

En Suisse, et depuis 1990, la formation des professionnels de la santé - dont les infirmières - a connu de multiples transformations. Après avoir été régies durant plus d'un siècle par la Croix Rouge Suisse (1893-1999) sur mandat des cantons, les écoles d'infirmières de Suisse romande sont devenues des Hautes Écoles Spécialisées (HES) relevant de la Confédération. Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les Hautes Écoles Spécialisées (6 octobre 1995, LHES, état au 1^{er} janvier 2013) les domaines de la santé et du travail social, ont été transférés dans la sphère de compétence de la Confédération dès 2002. Selon cette loi, les HES ont, entre autres, pour mandats de proposer des études de niveau universitaire et des formations continues fondées

¹⁰ Il est utile de préciser ici, que notre travail de recherche s'est déroulé entre 2005 et 2010. Le référentiel de compétence de 2012 a été discuté avec les professeurs de la HEDS-Fr vers fin 2010. Il est mis en œuvre à la rentrée académique Automne 2012, malgré le fait que la préparation de l'ensemble des modules ne soit pas terminée.

sur la science et orientées vers la pratique. Dès les années 2000, les formations du domaine de la santé de la HES-SO ont développé un profil de praticien réflexif et praticienne réflexive dans les curriculums de formations.

Au cours d'une période transitoire allant de 2002 à 2006¹¹, en fin de formation, il était attendu de l'infirmière qu'elle réponde, entre autres, aux besoins des clients, des familles, des groupes et de la communauté, en offrant des prestations fondées sur ces besoins et qu'elle travaille au sein d'équipes pluri-professionnelles en étant autonome et responsable dans son travail (cf. plan d'études-cadre, 2002, p. 3). Les compétences à développer portaient essentiellement sur a) la conception et la réalisation des prestations de soins en partenariat avec le patient et en faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client (Compétences 1 et 2, cf. plan d'études-cadre, 2002, pp. 5-6), b) la promotion et l'accompagnement de la clientèle dans son processus de gestion de la santé (Compétence 3), c) l'évaluation de sa pratique professionnelle et la conceptualisation des interventions de soins (Compétence 4), d) la contribution aux recherches disciplinaires et interdisciplinaires et à la formation des étudiants et des pairs (Compétences 5 et 6), e) la collaboration au fonctionnement du système de santé et la participation aux démarches qualité (Compétences 7 et 8) et enfin l'explicitation du rôle infirmier (Compétence 9). Les compétences « effectives » déclinées en relation avec la collaboration au fonctionnement du système de santé sont relatives à : a) l'orientation de la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé, b) la contribution adéquate aux différents réseaux et c) au recours aux prestations et compétences des autres professionnels (cf. plan d'études-cadre, 2002, p.7). Ces compétences restent orientées sur les soins des patients (7a), et ne sont pas suffisamment explicites quant à la « contribution adéquate » (7b) ou au recours aux prestations et compétences des autres professionnels (7c).

Le référentiel de compétences guidant la formation entre 2006 et 2012¹² est développé en spécifiant trois niveaux et axes d'observation des compétences. Le premier axe relève du rôle d'apprenant et de professionnel, le deuxième de la compréhension des situations professionnelles et le troisième des interventions professionnelles. Les niveaux sont déclinés en termes de « maîtrise professionnelle partielle », de « maîtrise professionnelle affirmée », et d' « expert ». Ce dernier niveau correspond à ce qui est attendu de l'étudiant au terme de la troisième année de formation *bachelor of science* en soins infirmiers.

¹¹ Cf. Annexe 2 : « Plan d'études-cadre Bachelor 2002-2003 ».

¹² Cf. Annexe 3 « Plan d'études cadre Bachelor 2006 ».

Dans l'ensemble, les compétences à développer restent identiques à celles décrites dans le plan d'études-cadres de 2002. Seule la Compétence 7 est argumentée et rend compte explicitement du travail d'équipe, de la coopération et de la coordination de « son activité avec les acteurs du système sociosanitaire ». Comme pour le plan d'études de 2002, les Compétences 1 à 3 relèvent du service à rendre au client ; les Compétences 4 à 6 font référence à l'évaluation de ses propres prestations, à la participation à la recherche disciplinaire et interdisciplinaire et à la formation ; les Compétences 8 et 9 sont en lien avec la démarche qualité et à l'exercice de la profession de manière autonome et responsable.

Un nouveau plan d'études-cadres des filières du domaine Santé de la HES-SO a été mis en place en 2012¹³. Il a la particularité d'être plus explicite quant aux compétences à développer en relation avec le travail en équipe, la coopération et la coordination. Par ailleurs, la formation est régie par les principes suivants : pertinence pour la société, employabilité, attractivité et adéquation de la formation avec le développement des compétences professionnelles. Les formations ne doivent pas seulement répondre aux besoins de santé actuels et futurs de la population et s'ajuster au système sanitaire suisse : elles doivent aussi garantir l'employabilité. Dans cette visée, divers éléments des plans d'études-cadres ont fait l'objet de consultations avec les milieux professionnels employeurs et employés de manière à répondre à leurs attentes. Ces plans d'études-cadres ont été conçus en privilégiant la cohérence des objectifs et des contenus des enseignements afin de permettre le développement de compétences professionnelles. Afin de permettre aux diplômé-e-s de faire face aux situations complexes, difficilement prévisibles dans lesquelles se trouvent les usagers du système de santé et à l'évolution rapide des savoirs scientifiques, les formations ont un haut niveau académique. Destinées à des êtres humains, les interventions professionnelles sont par essence singulières, mais doivent faire simultanément appel à un savoir spécialisé et à des méthodes d'action variées. Les pratiques ne peuvent plus être considérées comme des applications de prescriptions, de savoir-faire techniques et de normes correspondant à des situations prédéterminées. L'activité et la formation professionnelles doivent être appréhendées à travers la croissance de la diversité, de la contingence et de la complexité. Une praticienne réflexive a la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes. Les référentiels de

¹³ Cf Annexe 4« Plan d'études cadre Bachelor 2012 ».

compétences des filières du domaine Santé ont été définis par la KFH¹⁴. Les compétences génériques sont réparties en quatre catégories : a) un savoir approprié aux défis de la politique de santé, b) une expertise professionnelle et des compétences méthodologiques, c) un comportement professionnel et responsable, et d) des aptitudes à communiquer, à interagir et à documenter. Les référentiels de compétences définissent les professions du domaine santé au travers de sept rôles communs : Expert; Communicateur; Collaborateur ; Manager ; Promoteur de la santé ; Apprenant et formateur ; Professionnel.

Afin de définir la collaboration interprofessionnelle et le référentiel de compétences qui s'y rapporte, le domaine de la santé a porté une attention particulière à la formation interprofessionnelle et s'est appuyé sur les travaux réalisés par le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC). Les compétences interprofessionnelles à développer reposent essentiellement sur les rôles de communicatrice et de collaboratrice qui doivent être développés au cours des trois ans de formation. Dans le domaine des soins infirmiers, les rôles joués par les infirmières sont décrits de la manière suivante :

Rôle de communicatrice

Les infirmières facilitent les relations et le rapport de confiance avec les personnes et transmettent des informations pertinentes. Parmi les compétences les plus significatives du rôle de communicatrice, on peut citer : a) la participation, dans l'équipe intraprofessionnelle ou interprofessionnelle, au développement d'une compréhension partagée des situations de soins et, si nécessaire, à la gestion des conflits, et b) la communication avec les patients, les proches et les professionnels et le partage de son savoir et expérience avec les pairs.

Rôle de collaboratrice

Les infirmières participent efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle. Parmi les compétences les plus significatives de ce rôle : a) s'engager, dans une équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle, à défendre des soins individualisés optimaux, b) assumer la responsabilité des soins et coordonner, accompagner, soutenir et diriger d'autres membres de l'équipe de soins, c) participer à la prise de décision au sein

¹⁴ Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz – Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses.

des groupes intraprofessionnels ou interprofessionnels en y défendant l'éthique professionnelle, d) mettre ses compétences professionnelles à disposition des acteurs du système de santé, des patients et de leurs proches.

Cette présentation synthétique des plans d'études-cadre *bachelor* qui se sont succédé depuis le passage des écoles de soins infirmiers au niveau HES, met en évidence les changements progressifs intervenus. Le passage s'effectue d'une centration quasi exclusive sur le service rendu au patient - y compris lors de collaboration au fonctionnement du système de santé -, aux interventions de soins infirmiers et à leur conceptualisation, à la formation des pairs et à l'affirmation de l'identité professionnelle de l'infirmière vers un élargissement, entre autres, aux rôles de communicatrice, de collaboratrice impliquée dans un travail d'équipe. Les différents rôles décrits dans ce référentiel, dont celui de communicatrice et de collaboratrice, sont des rôles novateurs qui ne figuraient pas de manière explicite dans les référentiels des années précédentes. Au sein de la Haute École de santé de Fribourg, les différentes compétences relatives à ces deux rôles sont opérationnalisées et planifiées dans différents modules - se déroulant dans l'institution académique - réparties sur les trois années de formations¹⁵. Ces compétences devant être mises en œuvre et développées dans différentes situations et milieux professionnels, dans le cadre de ce travail notre intérêt porte sur l'activité collective dans le milieu hospitalier.

1.4 Le travail en milieu hospitalier

L'hôpital, en tant qu'organisation, regroupe différents départements et professionnels spécialistes de leurs domaines. Le travail en milieu hospitalier est un travail collectif institutionnalisé qui s'articule aux trajectoires des patients (Strauss, 1992). Afin de répondre aux besoins des personnes soignées et à ceux de l'organisation, ces différents acteurs doivent nécessairement coopérer, collaborer et coordonner leurs activités. Ils sont mutuellement dépendants. La coordination, qui suppose la gestion des dépendances et la réalisation d'actions concertées, doit être orientée de manière à servir utilement les soins et l'accompagnement des patients et de leurs proches, et aussi un fonctionnement efficient de l'organisation hospitalière. À l'hôpital, la spécialisation est à la base de la répartition des collaborateurs en mondes de pensée distincts, ayant des buts, des savoirs, des statuts

¹⁵ Cf. Annexe 5, Description générale des modules de formation bachelor.

différents. La spécialisation peut être source de richesse, mais aussi de fragmentation et de rupture dans la coordination (Gittel, 2009).

1.5 Les infirmières, « actrices » d'un collectif

En tant qu'actrices d'un collectif les infirmières sont concernées par le travail supplémentaire, souvent invisible, largement sous-estimé par rapport aux activités directement productives qu'il conditionne pourtant, que constitue le travail d'articulation et de coordination. Elles sont aussi concernées par les dysfonctionnements qui apparaissent dans les zones d'interdépendance entre activités, entre équipes, entre catégories professionnelles, aux interfaces avec les malades, là où l'ajustement est problématique (Grosjean et Lacoste, 1999). En tant que prestataires, les infirmières rendent service à trois grands ensembles institutionnels et culturels : au système de santé au travers de ses institutions hospitalières, au corps médical, au patient et son entourage (Allen, 2004 ; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 1999 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Lanza *et coll.* 2002, 2004 ; Nadot *et coll.*, 2002, 2008 a, 2008b, 2009, 2013 ; Theureau, 1993 ; Tucker & Spears, 2006). Les pratiques de coordination et de partage des informations relatives à l'état de santé des personnes soignées et au contexte peuvent représenter jusqu'à 72% de l'activité journalière d'une infirmière (Nadot *et coll.*, 2002, 2013). Ces pratiques représentaient déjà dans des études budget-temps aux USA en 1976, 60% de l'activité professionnelle infirmière (Delaunay & Gadrey, 1987). Les tâches en lien avec la trajectoire des personnes soignées doivent être organisées de manière à ce que les efforts collectifs de l'équipe soient plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail.

2. Problématique

En l'absence formelle d'indications portant sur le travail d'équipe, la coopération et la coordination dans les plans d'études cadre de la formation des infirmières des années 2002 et 2006, nous nous interrogeons sur la contribution des infirmières au travail collectif du milieu hospitalier et à l'articulation de leurs activités à celles des autres professionnels de la santé. En effet, ce n'est qu'en 2012 que le plan d'études cadre de la formation des infirmières (BSc) identifie les rôles de communicatrice et de collaboratrice comme faisant partie intégrante des référentiels de compétences des formations HES dans le domaine santé.

Par ailleurs, différentes études empiriques consultées, portant sur le travail de coordination en milieu de soins aigus, c'est-à-dire dans les services de chirurgie, soins intensifs et salles

d'opération, mettent essentiellement en lien coordination entre différents services, efficacité et qualité des soins. Ces études relèvent, selon notre compréhension, des niveaux macro et méso, car elles se rapportent à l'analyse organisationnelle et relationnelle entre différents services d'une même institution hospitalière ou de celle, à plus large échelle, de différentes institutions hospitalières d'un même pays et celles de neuf pays européens (Aiken *et coll.*, 2008, 2014 ; Gittel, 2009 ; Kane *et coll.*, 2007 ; Longest, 1974 ; Lucero *et coll.*, 2009 ; Schubert *et coll.*, 2008). Le niveau micro, c'est-à-dire celui portant directement sur l'articulation en situation des activités entre acteurs, est peu abordé, si ce n'est par Theureau (1993), Jourdan et Theureau (1993), Grosjean et Lacoste (1999) et Lanza (2004). Enfin et depuis 2011 et jusqu'à fin août 2014 un projet de recherche déposé au Fonds National Suisse de la Recherche scientifique (FNS) s'intéresse à ce niveau micro et porte sur les « interactions de travail mobiles et contingentes à l'hôpital » ou « *Mobile and contingent work interactions in the hospital care unit* ». Ce projet déposé par Esther Gonzalez-Martinez - requérante principale - a fait l'objet de communications orales dans des congrès nationaux et européens et porte sur l'analyse multimodale conversationnelle des interactions entre infirmières et autres professionnels et la coordination de leurs activités (González-Martínez, E., 2013 ; Sterie, A., E. González-Martínez, 2014 ; Lê Van, K., E. González-Martínez, 2014). C'est aussi à ce niveau micro que nous posons notre propre problématique de recherche. En effet, notre recherche financée par le Fonds National Suisse de la recherche ayant débuté en décembre 2010 et terminée - au niveau de son financement - en août 2012, porte le titre d'« Etude de la coordination entre infirmiers-ères et autres professionnel-les de la santé du milieu hospitalier : conséquences pour la formation professionnelles dans les Hautes Ecoles spécialisées » et se focalise sur l'articulation – coordination des activités des acteurs selon le cadre théorique et méthodologique du cours d'action. En cohérence avec les recommandations de Lucero *et coll.* (2009) et avec les travaux de Nadot (1992, 2008b, 2013), nous estimons nécessaire de prendre en considération dans les recherches ce que les infirmières font ou ne font pas en termes de prestations de services adressées non seulement aux patients mais aussi à l'institution et en coopération avec d'autres professionnels de la santé et en modifiant les bases conceptuelles sur lesquelles s'appuyer. Nous savons que le travail en milieu hospitalier est un travail collectif qui s'articule aux trajectoires des patients. La coopération y est orientée de manière à servir utilement les soins et l'accompagnement des patients et de leurs proches. Qualifiées pour le travail en équipe, les infirmières « sont des partenaires essentielles à la coopération, au sein des réseaux du système d'assistance médicale » (Groupe de travail « profils

professionnels » de l'ASSM, 2007, p. 1949). Elles assument, en fonction des situations, « des tâches de coordination, d'organisation » (*ibid*). Par ailleurs, et avec l'émergence de nouveaux risques infectieux, environnementaux et comportementaux menaçant la sécurité et la santé de tous, les systèmes de santé doivent répondre à des exigences complexes et coûteuses, augmentant les demandes adressées aux professionnels de la santé (*The Lancet. À Global Independent commission*, 2010, p. 1923). La formation des professionnels de la santé doit donc s'adapter à ces nouvelles exigences et résoudre une problématique complexe regroupant des facteurs multiples qui entravent les politiques de santé égalitaires. Parmi ces facteurs : l'inadéquation des compétences des professionnels en réponse aux besoins et demandes de la population et des patients, les faiblesses du travail en équipe, la centration sur les problématiques techniques sans compréhension contextuelle plus large, les rencontres épisodiques entre professionnels de la santé et patients plutôt que l'octroi de soins continus (*Ibid*. 2010). L'ensemble des institutions et des professionnels du système de santé dont les hôpitaux et les infirmières n'échappent pas à cette exigence, d'où la nécessité pour ces institutions de s'engager dans la formation professionnelle continue des collaborateurs et aux écoles d'adapter leurs formations aux nouvelles exigences du monde de la santé. Cette évolution des formations des professionnels de la santé, dont les infirmières, a débuté, en Suisse Romande, avec le passage au niveau tertiaire non universitaire (1994/FR) et les modifications progressives des plans d'études-cadres. Des modifications sont toujours en cours. Ainsi, le dernier plan d'études-cadres est entré en vigueur en automne 2012 et les modules de formation de fin de deuxième année et de troisième année sont en cours de construction. Qu'il s'agisse de formation continue ou initiale, le développement des compétences organisationnelles des infirmières, leur posture d'intermédiaire culturelle et de coordinatrice et donc leurs rôles de communicatrice, de collaboratrice et de manager gagnent à être mises en évidence et doivent se poursuivre.

À cet effet, et avant l'introduction du plan d'étude cadre de 2012, nous avons focalisé notre attention sur la coopération et la coordination en situation et nous les avons étudié selon : a) le cadre théorique et méthodologique du cours d'action (Theureau, 2000a, 2004, 2006) qui nous permet de découvrir l'articulation des activités entre acteurs selon un « grain fin », b) et en inscrivant notre recherche dans le cadre d'un « programme technologique de formation » (Durand, 2008) qui consiste en la conception d'outils innovants pour agir dans des environnements dont la problématique est porteuse de questions clés d'apprentissage / développement individuel et collectif (*Ibid*, 2008), ainsi que, c) dans le courant de

l'anthropologie culturelle et cognitive, qui conçoit la connaissance scientifique de l'activité de travail comme mettant en œuvre et construisant à chaque instant des compétences. Nous développons ces cadres théoriques et approches dans les chapitre deux et trois qui suivent.

En fonction de la recension des écrits effectuée qui confirme nos connaissances antérieures : a) de la coopération et coordination, b) du travail des professionnels de la santé du milieu hospitalier et c) de la formation des infirmières et d) notre insertion dans le milieu de l'éducation professionnelle et dans une Haute École de la Santé¹⁶, nous orientons notre projet de recherche selon deux axes. Le premier porte sur le recueil et l'analyse des données contextuelles relatives au travail collectif et à la coopération et coordination, considérés du point de vue des infirmières et d'autres acteurs professionnels de deux hôpitaux. Le deuxième axe est un objectif à plus long terme¹⁷ et articulé au premier, il porte sur la formation des infirmières, et la conception de curriculums de formation initiale et continue en lien avec cette analyse.

Selon notre implication et notre intérêt pour le programme de recherche « cours d'action » nous avons pris appui sur l'un de ses principes méthodologiques : la familiarisation avec le terrain. Cette dernière nous a permis d'orienter, à partir des données observées et du contact avec les infirmières, nos questions de recherche et d'affiner nos connaissances théoriques et conceptuelles.

Dans cette étude nous considérons la coopération et la coordination selon les définitions minimales suivantes. La coopération repose sur trois caractéristiques principales étroitement liées : l'interdépendance des activités individuelles, le partage d'une « situation de travail », et l'articulation collective dynamique d'activités individuelles (relativement) autonomes (Theureau, 2004, 2006). Les acteurs qui coopèrent doivent nécessairement coordonner, emboîter, inter-relier leurs activités individuelles. Ainsi, tout en faisant partie intégrante de la coopération, la coordination des activités « n'est jamais pré-spécifiée : c'est un processus de co-construction qui passe par la production d'intelligibilité mutuelle et par la vérification des conditions de cette intelligibilité » (Salembier et Zouinar, 2004, p. 69). Elle permet la facilitation des activités individuelles, la réalisation de la tâche commune et la gestion des interférences (Saury, 2008), qui apparaissent lorsque « les effets des actions d'un agent sont

¹⁶ Cette insertion s'est arrêtée en septembre 2013 en raison d'un départ prématuré à la retraite.

¹⁷ *Idem.*

pertinents pour les buts d'un autre agent, c'est-à-dire, qu'ils peuvent soit favoriser la poursuite de certains buts des autres agents (interférence positive), soit mettre en péril certains d'entre eux (interférence négative) (Castelfranchi, 1998, p.162).

2.1 Questions de recherche et intentions poursuivies

Avant la modification de la formation des infirmières, de l'introduction du plan d'études cadre et du référentiel de compétence de 2012 incluant les rôles de collaboratrice et de communicatrice des infirmières - et même des autres professionnels de la santé – et, enfin en relation avec le cadre théorique et méthodologique du cours d'action et les définitions minimales de la coopération et coordination énoncées ci-dessus, nos intentions, au travers de cette recherche sont :

En relation avec les présupposés du cours d'action et du programme de recherche technologique en formation des adultes

- De mettre en évidence, la dynamique du couplage structurel de chacun des acteurs avec sa situation et d'autres acteurs
- D'identifier les structures significatives de la coopération et de la coordination-articulation constituant les cours d'action des acteurs en présence.
- De dépasser ainsi la description des occurrences singulières de l'activité dans son environnement et de tendre vers la généralisation et la typicalisation de la contribution des infirmières à la coopération et à la coordination, c'est-à-dire de spécifier, dans le cours d'action des acteurs en présence, une ou des occurrences comme étant une ou des occurrences types condensant les traits partagés par les autres occurrences.
- D'élaborer, à partir de ces occurrences des outils innovants pour agir dans des environnements complexes et porteurs de questions clés d'apprentissage / développement individuel et collectif.

A partir de cette recension des écrits et des intentions poursuivis nous énonçons deux questions de recherche principales :

- Quels sont les traits typiques de la coopération et de la coordination assurées par les infirmières lors du travail collectif dans un service hospitalier ?
- Quels principes, méthodes et contenus de formation peuvent être conçus à partir des résultats et hypothèses du cadre théorique?

Structure de la thèse

Après la présentation de l'émergence des questions de recherche, de l'énoncé de la problématique, des intentions poursuivies dans cette étude et des questions de recherche, dans ce Chapitre 1, nous poursuivons avec :

- Le Chapitre 2 qui porte sur le cadre théorique et méthodologique d'analyse de l'activité individuelle et collective selon le programme du « Cours d'action »
- Le Chapitre 3 qui porte sur le développement des notions théoriques d'activité collective, de coopération et de coordination,
- Le Chapitre 4 qui porte sur la méthode adoptée et les Phases 1 et 2 de la recherche,
- Les Chapitres 5, 6 et 7 qui portent sur les résultats dont : la présentation synthétique du corpus étudié, les caractéristiques typiques de la coordination et de la coopération ;
- Le Chapitre 8 qui porte sur la discussion des résultats, et enfin,
- Le Chapitre 9 qui porte sur les perspectives de Formation - principes, méthodes et contenus - conçues à partir des résultats et des hypothèses du cadre théorique.

Chapitre 2

Le cadre théorique et méthodologique de l'analyse de l'activité individuelle et collective

Dans ce chapitre sont développées les options épistémologiques et théoriques de cette recherche. Il est composé des sections suivantes :

La Section 1 comprend les options d'inscription de la thèse dans un programme de recherche technologique en formation des adultes, la clarification du rôle de l'analyse de l'activité pour la conception d'artefacts utiles à la formation,

La section 2 permet d'inscrire l'étude de l'activité humaine selon une approche d'anthropologie cognitive située et distribuée

La section 3 porte sur les préalables théoriques et scientifiques du cours d'action. Sont ainsi développés dans cette section les postulats d'enaction, de conscience préreflexive ainsi que les principaux présupposés relatifs à la nature de l'activité humaine selon lesquels l'analyse de l'activité collective est conduite, ainsi que les objets théoriques du cours d'expérience et celui du cours d'action retenus dans le cadre de cette étude.

La Section 4 présente l'observatoire du programme de recherche technologique en formation des adultes, ses fondements théoriques les méthodes de recueil et d'analyse des cours d'expérience et l'articulation possible entre observations de recherche et formation.

1. Le programme de recherche technologique en formation des adultes

En tant qu'infirmière puis qu'enseignante, ayant exercé durant de nombreuses années dans une école de soins infirmiers, et enfin en tant que professeure dans la même institution devenue Haute École de santé, notre intérêt porte sur la formation des adultes et la conception d'artefacts destinés à favoriser l'apprentissage et le développement des compétences des futures infirmières et autres professionnels de la santé. Cet intérêt a trouvé une réponse dans le programme de recherche technologique de formation des adultes. Ce programme, est « en

relation organique avec des recherches empiriques¹⁸ (...) et consiste en la conception d'outils innovants pour agir dans des environnements dont la dynamique est porteuse de questions clés d'apprentissage/développement individuel et collectif » (Durand, 2008, pp. 103-104). L'attractivité de cette approche réside dans la distance à prendre avec notre expérience d'infirmière puis d'enseignante, de ce qu'est ou devrait être la coopération et la coordination entre infirmières et autres professionnels de la santé des services de chirurgie hospitalière ainsi que des prescriptions de ces pratiques figurant dans les cahiers des charges des infirmières ou dans les plans-cadre de formation.

1.1 Rôle de l'analyse de l'activité

Basée sur l'analyse de l'activité, la conception d'artefacts a pour référence l'activité réelle des acteurs et la mise en évidence de sa typicité. Ces artefacts devraient permettre l'acquisition par « les individus et les collectifs de modes d'action nouveaux pour eux » ou de « permettre la transformation de leur répertoire d'actions » (Durand, 2008, p. 98). Le rôle de l'analyse préalable de l'activité est de permettre sa modélisation c'est-à-dire la mise en évidence de ses constituants critiques afin soit de contester les modèles usuels de formation, soit de concevoir des formations innovantes. Dans le cadre de notre recherche et de l'analyse des activités des infirmières et d'autres professionnels de la santé du milieu hospitalier, nous avons pu mettre en évidence des types particuliers de coopération et de coordination¹⁹. Ces types sont en rupture avec l'enseignement traditionnel des exigences du travail en équipe, mais peuvent contribuer au développement des compétences et des rôles de « communicatrice » et de « collaboratrice » attendus en fin de formation et énoncés dans le nouveau plan d'études-cadres *Bachelor* 2012. Ils peuvent aussi être exploités dans le cadre de la formation continue des professionnels de la santé.

1.2 Connaissance et modélisation de l'activité cible

Connaitre et modéliser l'activité cible étudiée, c'est-à-dire les interactions et types de coopération-coordination entre différents acteurs du milieu hospitalier, passe par l'ancrage

¹⁸ Pour Durand (2008, p. 98) et Theureau (2006), une relation organique signifie qu'outre la résolution de problèmes pratiques, un programme technologique a une fonction de validation et d'invalidation des énoncés issus des programmes scientifiques, de contribution à la génération d'hypothèses et de fécondation mutuelle entre programme scientifique et programme technologique.

¹⁹ Ces différents types de coopération et coordination sont présentés dans le Chapitre N°8.

dans un programme de recherche empirique - le cours d'action - basé sur une approche anthropologique et sur des préalables théoriques et scientifiques que nous développons dans les sections qui suivent. Ces préalables comprennent : a) les postulats *d'enaction et de conscience pré-reflexive*, b) *le cadre théorique sémio-logique* comprenant une clarification de la notion d'*activité humaine* et spécifiant les objets théoriques *cours d'action et cours d'expérience*.

2. L'anthropologie cognitive située (et distribuée) pour approcher l'activité enactée des professionnels de la santé

L'objectif premier de notre étude est de connaître le travail collectif ainsi que les modalités d'articulation des activités des professionnels de la santé de services de chirurgie lors de leurs interactions, qu'elles soient planifiées ou impromptues / informelles. Nous avons opté pour une étude selon une perspective d'anthropologie cognitive située et distribuée comme cadre d'analyse des activités coopératives et de leurs articulations. Le collectif est appréhendé au travers de l'activité collective envisagée en tant qu'articulation d'activités individuelles de plusieurs acteurs munis de leurs interfaces ainsi qu'à partir de l'activité individuelle et de la signification que l'individu lui attribue. Qu'elle soit individuelle ou collective, l'activité est considérée située et distribuée dans un environnement spatial, temporel, matériel, social et culturel. Elle est indissociable du contexte dans lequel elle prend forme. Elle présente un caractère opportuniste et improvisé. Elle se construit dans les interactions avec des objets, des artefacts technologiques ou organisationnels, d'autres acteurs présents dans l'environnement et la culture dont les artefacts et les pratiques sont l'expression à un moment donné (Hutchins, 1995 ; Poizat & Seferdjeli, 2013 ; Schmidt, 1994 ; Suchman, 1987).

3. Les préalables théoriques et scientifiques du cours d'action

3.1 L'enaction et la conscience préreflexive

L'enaction

Ce postulat, issu des sciences de la vie et de la cognition, dérive de celui d'autopoïèse qui est la particularité des systèmes vivants de produire leur propre organisation - ou organisation circulaire, auto-référentielle -. L'existence et l'organisation de ces systèmes vivants ne sont pas établies préalablement à leur activité ; elles tiennent à leur fonctionnement même : ils s'auto-produisent (Durand, 2008).

Pour Maturana et Varela (1994) les systèmes vivants ont la capacité à engendrer et spécifier leur organisation dans leurs rapports avec l'environnement. Par un processus incessant de remplacement de ses composants résultant de sa propre pulsion de vie, le système compense les perturbations provenant de cet environnement. Il maintient son organisation par transformation de sa structure et les formes successives prises sont liées aux modifications du réseau des relations entre ses éléments constitutifs.

Le système a des rapports dynamiques avec l'environnement et « le couplage structurel » - ou transformations de la structure du système - est significatif de ses rapports avec son environnement. Ce couplage construit et modifie à chaque instant la structure dont, dans le même temps, il dépend. Il est asymétrique, car c'est le système qui définit ce qui, de son environnement, le perturbe et ce qui est « pertinent ou significatif pour lui ».

Comme nous le verrons dans les résultats de notre recherche, les interactions des infirmières ou autres professionnels de la santé avec l'environnement dont font partie d'autres acteurs sont soit différentes soit similaires à celles réalisées dans d'autres environnements ou par d'autres acteurs. Ces interactions sont asymétriques, car l'organisation interne de chacun de ces acteurs à chaque instant sélectionne ce qui, dans l'environnement, est susceptible de la perturber et façonne la réponse qu'elle peut apporter à cette perturbation. À chaque instant le monde pour cet acteur et l'acteur lui-même sont « *fait-émerger* » ou « *enactés* ».

Le concept « *d'enaction* » désigne cette émergence auto-référentielle en même temps que le caractère de totalité et de totalisation de l'activité. L'asymétrie du couplage structurel est concrétisée par le fait que chaque acteur – en tant que système vivant – a un point de vue propre sur son environnement. Ce couplage structurel se transforme en permanence et certaines de ces transformations ont un caractère pérenne, au sens où elles correspondent à la reproduction de comportements par l'acteur.

En raison de l'asymétrie des interactions et du caractère anticipateur de l'organisation interne de l'acteur à chaque instant, l'activité humaine reste complexe. Il est impossible *a priori* de connaître l'activité d'un acteur de l'extérieur, c'est-à-dire à partir de données d'observation et enregistrement de son comportement, d'où l'importance d'y associer l'entretien d'autoconfrontation révélateur de la conscience préreflexive.

La conscience préreflexive

L'activité humaine s'accompagne d'un vécu donnant lieu à expérience. La notion d'expérience est précisée avec le concept de « conscience pré-reflexive » qui caractérise une

modalité particulière de vécu, ou « familiarité de l'acteur à lui-même et sa présence à soi continue accompagnant le flux de son activité » (Durand, 2008, p. 99). Cette conscience pré-réflexive est une composante de l'activité qui est exprimable moyennant la réunion de conditions favorables. Ainsi, un acteur, tel qu'une infirmière ou un étudiant, peut à chaque instant, montrer, mimer, simuler, raconter et commenter son activité à un observateur-interlocuteur (chercheur ou formateur) ; cette possibilité constitue, selon Theureau (2004, 2006) un effet de surface des interactions asymétriques entre cet acteur et son environnement. L'expression par l'acteur de cette expérience permet - à l'observateur ou au formateur - un accès à la dynamique interne et à la signification pour l'acteur de son couplage structurel, c'est-à-dire la désignation par l'acteur des éléments de l'environnement dont il tient compte.

3.2 Le cadre théorique sémio-logique

Ce cadre repose, entre autres, sur les postulats de l'enaction et de la conscience pré-réflexive. Selon ce cadre l'activité humaine, est définie en tant que totalité complexe qui peut être étudiée scientifiquement en définissant des objets théoriques particuliers.

L'activité humaine

À la suite de Poizat et Durand (2013, sous presse), nous décrivons l'activité comme tout ce que font des individus ou des collectifs, dans l'intention globale de produire des biens ou des services, au sein d'organisations qui offrent à la fois des contraintes et des ressources pour agir. L'activité humaine présente les caractéristiques suivantes : - elle est sociale c'est-à-dire exprimant une culture professionnelle ou de groupe, - elle est toujours collective même lorsqu'elle est réalisée par un seul acteur, - elle est dynamique : elle se transforme pas à pas et de façon incessante, - elle est située : ajustée aux environnements et exprimant les points de vue des acteurs, - elle est signifiante et cognitive : elle produit en permanence des significations intimes ou partagées et convoque, transforme ou construit des savoirs, - elle est autonome : irréductible à ses préalables cognitifs ou culturels, - elle est inventive et indéterminée et révèle l'engagement identitaire, subjectif, émotionnel et affectif des acteurs, - elle est enfin incarnée, incorporée et partiellement transparente pour l'acteur qui ne peut en rendre compte de façon simple et directe.

L'activité est une permanence dynamique, un cours ouvert aux deux bouts. Ce cours : a) hérite à chaque instant de l'histoire de l'activité passée, b) il est ouvert sur un avenir indéterminé, c) il s'auto-organise, d) il est ordonné sans être réductible à une prescription, et

e) il résulte d'états successifs du couplage structurel de l'acteur avec son environnement (Theureau, 2004, 2006). Dans le cadre de notre recherche, nous retenons deux objets théoriques qui nous permettront d'analyser, de comprendre et de décrire le cours de l'activité des acteurs observés.

Les objets théoriques « cours d'expérience » et « cours d'action »

« *Le cours d'expérience* » désigne le cours d'activité faisant expérience pour un acteur dans un contexte donné (e.g. la signification, pour une infirmière, de la visite médicale réalisée avec un médecin-chef de clinique plutôt qu'avec un médecin-assistant). Quant au « *cours d'action* » individuel ou collectif, il désigne les relations entre les cours d'expérience et ses déterminants et effets extrinsèques : culture, tâche, état de l'acteur (e.g. la relation entre cours d'expérience d'une infirmière et celui d'une physiothérapeute est déterminée par la culture d'action de chacun de ces acteurs : la croyance et la crainte de la physiothérapeute d'être mal reçue par l'infirmière sont déterminées par cette croyance partagée par d'autres physiothérapeutes ; la centration de l'infirmière sur l'aide à domicile à fournir à la patiente plutôt que sur son besoin d'être encadrée par une physiothérapeute).

4. L'observatoire du programme de recherche technologique en formation des adultes

4.1 Fondements théoriques

Le cours d'action et le cours d'expérience sont documentés à l'aide de données recueillies grâce à un observatoire comprenant l'ensemble des conditions méthodologiques et éthiques qui précisent les modes de construction des données pour l'analyse de l'activité humaine. (Durand, 2008 ; Theureau, 2006). Cet observatoire se veut en cohérence avec les postulats d'enaction et de conscience préreflexive. Décrire la conscience préreflexive de l'acteur nécessite de recueillir des données valides et de rendre compte du couplage structurel de cet acteur dans cet environnement particulier, en respectant son asymétrie c'est à dire en accordant dans la description un primat à son point de vue (ou primat de l'intrinsèque) et en l'articulant à celui de l'observateur. Cette approche phénoménologique fournit des conditions permettant d'accéder au niveau préreflexif de l'activité et de recueillir des « données comportementales et contextuelles » ayant pour visée de documenter les « contraintes et effets de l'activité » (Theureau, 2006, p. 181).

4.2 Méthodes de recueil des données

L'observatoire relie trois méthodes de recueil de données : les observations réalisées lors d'une phase de familiarisation avec le contexte et les participants à l'étude, les observations et enregistrements audiovisuels en continu et *in situ* des comportements et communications des participants lors des périodes d'activités, et des verbalisations *a posteriori* recueillies lors d'entretiens d'autoconfrontation (Sève et Saury, 2010).

Au cours de la phase de familiarisation - avec le contexte et les participants - le chercheur-observateur recueille des notes de type ethnographique, pose des questions à l'acteur et crée les conditions pour que l'acteur en autoconfrontation, puisse se concentrer sur l'explicitation de son activité 'montrable, racontable, commentable et mimable à tout instant'. Cette phase permet aussi de clarifier les conditions éthiques contractuelles et les règles de comportement des observateurs-interlocuteurs.

Au cours de la deuxième phase de recueil de données, un corpus de données comportementales et contextuelles - permettant d'identifier des éléments de la situation aidant à la compréhension du déroulement de l'activité des participants et à la documentation du cours d'action - est recueilli. Les participants sont filmés au cours de périodes plus ou moins longues et l'enregistrement de données vidéo peut porter sur les « activités individuelles-sociales » d'un individu comme il peut être centré sur le collectif (Theureau, 2006, p.185).

Les verbalisations *a posteriori* sont recueillies au cours d'entretiens d'autoconfrontation. Le participant visionne avec le chercheur l'enregistrement et est invité à décrire et commenter pas à pas son activité. Il est ainsi dans une posture et un état mental favorables à l'expression de son expérience et de sa conscience préreflexive en « tant qu'effet de surface de la dynamique de couplage structurel » (Theureau, 2006, p. 189).

Les conditions de la collaboration entre chercheurs et participants sont précisées dès le départ. Un contrat de collaboration énonce les objectifs et la méthodologie de la recherche et établit plusieurs principes d'ordre déontologique et éthique.

4.3 Le cadre d'analyse du cours d'expérience

Le cadre d'analyse sémio-logique du cours d'action se rattache à l'hypothèse selon laquelle l'homme pense et agit par signes et s'inspire du concept de « pensée-signé » de Peirce (1978) et d'« activité-signé ». Le concept de pensée-signé de Pierce permet de rendre compte de la

conscience préreflexive comme émergence du couplage acteur-environnement et comme effet de surface de ce couplage (Theureau, 2004-2006). Toute action ou toute pensée est un signe qui émerge de l'interaction de l'acteur avec l'environnement dans lequel il évolue. Analyser le flux de l'activité suppose : a) d'analyser la succession des unités de significations pour l'acteur c'est-à-dire les actions, les communications, les interprétations, les focalisations et les émotions, b) de déconstruire la totalité de l'activité puis de reconstruire sa globalité par une circulation ou itération entre le local et le global (Durand, Ria et Veyrunes, 2010 ; Sève et Saury, 2010 ; Theureau, 2004, 2006). Cette déconstruction-reconstitution est réalisée au travers de quatre étapes. Les deux premières étapes de déconstruction correspondent à la constitution de protocoles à deux volets et l'identification des signes composant le cours d'action. Les deux dernières étapes de reconstruction consistent en l'identification des structures significatives constituant le cours d'action et l'analyse globale du cours d'action.

Afin de dépasser la description des occurrences singulières de l'activité dans son environnement, l'analyse doit tendre vers l'atteinte de degrés plus ou moins élevés de généralisation, c'est-à-dire sa typicalisation. Ceci suppose de spécifier une ou des occurrences comme étant une ou des occurrences types condensant les traits partagés par les autres occurrences. En raison de ce partage, ces occurrences sont considérées comme « membres de la famille des occurrences observées ». Être membre d'une famille ne signifie pas appartenir à une catégorie : certaines occurrences sont plus typiques que d'autres parce qu'elles possèdent davantage des traits caractéristiques et sont de meilleurs représentants de la famille que d'autres. Ces « familles » peuvent varier en extension : la famille des actions d'un acteur au travail, des actions de plusieurs acteurs dans le même travail, dans des pratiques professionnelles voisines, etc. Pour identifier le caractère typique d'une occurrence, deux indices sont retenus : l'expression par l'acteur de ce caractère de typicité lors des séances d'autoconfrontation, la validation *a posteriori* par lui des regroupements d'occurrences réalisées par l'analyste (Durand, 2008).

4.4 Articuler observatoire de recherche et formation ?

Du point de vue de la formation, nous pensons, suite à Durand (2008, p. 101) que l'instauration d'un observatoire, présente deux avantages majeurs facilitant les apprentissages et le développement des compétences.

Le premier est en lien et en cohérence avec le programme de recherche technologique en formation des adultes. Ainsi, sous l'angle des effets de la recherche confrontant chercheur et

acteurs, il nous semble « que l'observation et la confrontation aux traces de leur activité (...), les réponses aux questions de l'analyste, la consultation des résultats de la recherche » sont susceptibles d'enrichir l'environnement habituel et la culture des acteurs observés. La condition de cet apprentissage/développement réside dans la « suspension de tout jugement » qui facilite l'expression de la conscience préréflexive des acteurs et rend possible un travail personnel sur ces expériences (Durand 2008, p. 101).

Le deuxième est en lien avec le programme technologique lui-même. Selon Durand (2008), la coopération entre analyste/formateur et acteurs/formés est requise et a pour principal objectif la conception de dispositifs de formation. L'activité des acteurs est alors l'objet « d'une mise au travail » ayant pour principe la transformation de la structuration et de la signification de leur activité. Une fois mise en œuvre, la formation suppose une démarche itérative alternant des phases de conception, d'analyse de l'activité des formés, d'ajustements de l'environnement, d'analyse de l'activité des formés, etc. Cela demande une coopération à long terme avec les formés.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi pour des raisons personnelles liées aux conditions de travail dans notre milieu institutionnel de nous limiter aux effets formateurs des séances d'autoconfrontation et de la communication des résultats de la recherche. En espérant pouvoir développer plus tard une coopération dans la durée avec des infirmières et autres professionnels de la santé du milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Chapitre 3

Activité collective, collaboration, coopération et coordination

Ce chapitre permet de définir les notions utilisées dans le cadre de cette recherche. Il s'agit des notions d'activité collective, de collaboration et de coopération et enfin de coordination. Il est divisé en trois sections :

La section 1 porte sur l'activité collective et sa définition minimale

La section 2 porte sur les notions de collaboration, de coopération et de sa définition minimale incluant les caractéristiques d'interdépendance et d'interférence ainsi que le caractère complexe et indéterminé des modes de coopération et pour terminer la comparaison des notions de collaboration e de coordination

La section 3 porte sur la coordination et sa définition minimale ainsi que sur un exemple issu des données de notre recherche permettant d'illustrer cette notion.

1. Activité collective

Dans le cadre des soins de santé et du travail en milieu hospitalier, les termes de travail collectif, de travail d'équipe, de collaboration, coopération, coordination sont régulièrement utilisés. Pour définir, démêler les relations entre ces notions et clarifier ainsi notre objet d'étude nous nous basons sur des écrits relevant de recherches dans le domaine des sciences infirmières et de l'ergonomie.

Selon Barthe et Quéinnec (1999), les notions de « groupe de travail », « collectif de travail » ou « équipe de travail » sont utilisées indifféremment pour désigner l'entité composée de plusieurs opérateurs potentiellement conscients les uns des autres. Pour d'autres auteurs, ces notions sont empreintes de significations différentes et utilisées en fonction de critères faisant référence soit à la stabilité temporelle du groupe, soit au partage d'un objectif commun par les acteurs concernés. Barthe et Quiénnec (1999) relèvent par exemple des différences dans les écrits de Leplat (1993), et ceux de Bourdon et Weill-Fassina (1994). Ainsi, Leplat (1993), différencie 'l'équipe formelle de travail' de 'l'équipe effective'. La première est définie par l'organigramme et est de ce fait stable ; la deuxième est composée des acteurs qui effectuent réellement le travail collectif et peut

se constituer de façon temporaire. Dans les écrits de Bourdon et Weill-Fassina, l'équipe effective se nomme collectif de travail. Ce collectif fait partie de l'équipe de travail, prise au sens d'équipe formelle.

Au vu de ces différences et afin de donner sens à l'activité collective, nous avons recours à une *définition minimale* (Saury, 2008, p 30). A la suite de cet auteur, nous qualifions de « définition minimale » une définition : a) qui permet de circonscrire « de façon suffisamment opérationnelles des activités et situations empiriques », b) neutre vis-à-vis de tout jugement évaluatif et/ou normatif de ce en quoi consiste « la bonne activité collective » ou ce qu'est « bien coopérer » ou ce que devrait être « l'activité collective » ou ce « que « devrait être bien coopérer », c) ne préjugant pas de la nature spécifique des activités collectives et des processus coopératifs eux-mêmes.

1.1 Une définition minimale de l'activité collective

L'activité collective suppose l'existence d'une finalité commune aux acteurs, l'interdépendance des activités individuelles, le partage d'une « situation de travail » et l'articulation collective dynamique d'activités individuelles. Les acteurs du collectif doivent coordonner, emboîter, inter-relier leurs activités individuelles autonomes.

- L'existence d'une finalité commune à l'ensemble des acteurs engagés dans l'activité collective est le déterminant de l'occurrence de ce type d'activité. Cette finalité est en relation étroite avec la tâche prescrite. Les acteurs peuvent poursuivre cette finalité sans que leurs préoccupations ou intentions immédiates soient identiques. Ainsi, lors d'une visite médicale, regroupant médecin, infirmière, physiothérapeute, diététicienne autour du lit d'un patient, ces acteurs peuvent souhaiter atteindre une finalité commune (tâche prescrite), c'est à dire résoudre le problème de santé du patient et le mener vers la guérison, mais leurs préoccupations immédiates ou à moyen terme peuvent être différentes : l'infirmière peut être préoccupée par la réaction du patient à l'annonce du diagnostic de cancer, le médecin par celle de la planification d'une scintigraphie osseuse en vue de déterminer l'existence de métastases, la diététicienne par l'alimentation la plus adaptée à l'état du patient et la physiothérapeute par ses capacités et sa motivation à se mobiliser...

2. La collaboration et la coopération

Afin de préciser les notions fréquemment utilisées dans le cadre des soins infirmiers, nous décrivons et différencions les notions de collaboration puis de coopération, et déterminons celles qui sont utilisées dans le cadre de cette recherche. Les paragraphes qui suivent portent sur une définition minimale (Saury, 2008) de la coopération ainsi que sur la coordination basée sur les écrits de Salembier & Zouinar (2004), Saury (2008), et Schmidt (1991, 1994a, b). La modélisation des activités coopératives des professionnels de la santé du milieu hospitalier, puis celle de l'articulation et de la coordination de ces activités, s'inspirent, des théories et approches du « cours d'action » (Theureau 2004, 2006), de « l'action située » (Suchman, 1987), de « l'action distribuée » (Hutchins, 1995) qui sont développées dans le chapitre suivant.

2.1 La collaboration

Les travaux consultés afin de définir et de décrire les attributs de la collaboration reflètent l'absence d'une terminologie commune et la présence de multiples théories.

Dans le domaine de l'ergonomie et de la psychologie du travail et des organisations, Kouabéna et Dubois (2000, p. 22) décrivent la collaboration en tant que résultat « des stratégies qui se construisent sur le terrain, sur la base d'une relation de confiance mutuelle et d'une connaissance du travail de l'autre et de son état de santé ». Les acteurs partagent la même tâche prescrite et collaborent pour une résolution collective de problèmes, telle que poser un diagnostic collectif ou prendre une décision collective lors d'un incident imprévu. Ils peuvent occuper le même espace de travail en coprésence, et partager éventuellement les mêmes ressources. Ils peuvent avoir des buts différents.

D'autres décrivent la collaboration en tant que situation où les buts à court et à moyen terme sont identiques avec des actions différentes pour chaque opérateur ; par exemple : afin d'installer le patient dans son lit pour son repas, un soignant rehausse le lit et l'autre rapproche la table (Caroly & Weill-Fassina, 2007 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Rogalski, 1994).

Dans le domaine des soins infirmiers, D'Amour (1997, p.104) définit la collaboration en tant que « structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques ». Après analyse de divers écrits, elle relève (2002) que la notion de collaboration réfère à cet ensemble d'actes par lesquels les individus d'une même profession ou de professions différentes, et d'une même

organisation ou d'organisations différentes, établissent des pratiques communes dans la perspective convenue de rendre leur action plus efficiente. Dans cette optique la collaboration est un acte collectif de personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément. Toutefois, la mise en pratique de la collaboration recèle une difficulté, qui est celle de la compréhension de cette notion par chacun des acteurs. Pour certains, la collaboration est un simple échange d'informations et pour d'autres elle est un partage de la prise de décision. De tels écarts reflètent des attentes et des formes multiples de collaboration.

S'interrogeant sur l'existence d'une définition scientifique de ce concept, D'Amour (2002) rapporte les divergences relevées dans les écrits et les recherches menées par différents auteurs reflétant les intérêts, focalisations et interprétations suivantes. La collaboration est tantôt : a) le fait de partenaires qui partagent une philosophie commune du soin (King, 1990), b) un processus conjoint de prise de décision (Gray, 1991), c) un partage d'expertise (Arcangelo, 1994), d) un partage d'autorité pour une pratique égalitaire, e) un partage du pouvoir basé sur le savoir et l'expertise plutôt que sur le rôle ou le titre, f) un processus interpersonnel dans lequel les membres contribuent à un produit ou à un but commun (Hanneman, 1995), g) un processus dynamique et transformateur, permettant la création d'un partenariat où le pouvoir est partagé (Sullivan, 1998) et, enfin h) un travail *across boundaries* i.e. entre frontières professionnelles et organisationnelles (Liedtka & Whitten, 1998).

Pour D'Amour (2002) comprendre, mettre en œuvre et développer la collaboration suppose de prendre en compte trois dimensions : a) la dimension structurelle ou organisationnelle, puisqu'il faut réorganiser le travail sur des assises qui permettent un exercice véritablement effectif de la collaboration ; b) la dimension politique, puisqu'il faut réaménager le processus décisionnel traditionnel et l'adapter à cette nouvelle forme de travail ; enfin, et surtout, c) la dimension morale où les valeurs de la collaboration pourraient se construire durablement grâce à un processus de négociation par lequel les partenaires parviennent à s'entendre et à édifier la collaboration.

Il apparaît ainsi que : a) pour certains auteurs, la collaboration est un moyen de maximiser les bénéfices, les partenaires d'interaction collaborant dans la mesure où les bénéfices de la collaboration surpassent ses désavantages ; b) d'autres conceptualisent la collaboration au travers de facteurs permettant le rapprochement entre individus tels que les valeurs d'homogénéité/hétérogénéité, congruence des buts, et confiance entre partenaires ; c) d'autres abordent la collaboration par le pouvoir et les conflits prenant naissance dans la diversité des

valeurs, des buts et des ressources des acteurs en présence ; d'autres encore, d) sont axés sur les processus d'apprentissage sociaux et insistent sur l'importance de cet apprentissage dans l'émergence de la collaboration entre des individus et dans une organisation. Les comportements de collaboration naissent d'une culture organisationnelle imposée à travers la création de normes et de valeurs, et de la pression des individus, du groupe et de l'organisation ; et finalement des auteurs e) s'intéressent à l'influence des facteurs sociaux structuraux et des conditions présentes dans ce système sur l'émergence de relations de collaboration.

2.2 La coopération : définition minimale

La coopération est un processus par lequel les acteurs effectuent une activité en commun. Elle consiste en la réalisation conjointe d'une opération, ou d'un ensemble d'opérations ayant la même finalité, par différents acteurs travaillant en parallèle ou en série dans un enchaînement d'actions successives (Barthes et Quéinnec, 1999 ; Caroly et Weill-Fassina, 2007 ; De la Garza, 1995 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Kouabéna & Dubois, 2000 ; Rogalski, 1994). Par sa dimension fondamentalement sociale, l'activité comporte une dimension collective (Leplat, 1993 ; Schmidt 1994) ou individuelle-sociale (Theureau, 2006). Elle est dite activité coopérative, car elle procède d'un partage du travail qui se fait en fonction des connaissances et des compétences des acteurs disponibles et des exigences du travail. Elle peut être soit prescrite et imposée par l'encadrement, soit initiée par les acteurs, en fonction des exigences du travail.

Interdépendance et interférence des activités individuelles

Quelle que soit sa forme (prescrite ou initiée), la coopération est l'activité mise en œuvre par des acteurs lorsqu'ils partagent à un moment donné la même finalité, lorsque leurs finalités interfèrent et lorsque leurs activités sont mutuellement dépendantes ou interdépendantes. La coopération est alors requise pour accomplir le travail (Saury, 2008 ; Schmidt, 1994). Il existe des situations de coopération dans lesquelles les finalités immédiates des membres du collectif diffèrent, mais concourt à une action commune. Ainsi à partir d'une tâche cible commune, les acteurs réalisent chacun une tâche qui leur est propre : chirurgien, anesthésiste... L'interdépendance est une caractéristique fondamentale de l'activité coopérative, elle rappelle la notion d'interférence – fondement de la définition proposée par Hoc (2001, 2003) de la coopération cognitive –. L'interférence des activités peut se situer au niveau des finalités, des ressources, des procédures, etc. Il y a interférence dans la coopération lorsque « les effets des actions d'un agent sont pertinents pour les buts d'un autre agent, c'est-à-dire, qu'ils peuvent, soit

favoriser la poursuite de certains buts des autres agents (interférence positive), soit mettre en péril certains d'entre eux (interférence négative) » (Castelfranchi, 1998, p.162). Les notions d'interdépendance et d'interférence s'opposent donc à celle d'indépendance des activités individuelles (Saury, 2008). L'interdépendance apparaît ainsi en tant que l'une des trois caractéristiques de la coopération, les deux autres étant le partage – au moins potentiel – d'une situation de travail, puis l'articulation collective *in situ* et en temps réel d'activités individuelles autonomes (Saury, 2008).

Le caractère complexe et indéterminé des modes de coopération

En tant que processus, la coopération est finalisée, active, organisée et s'auto-organisant.

La coopération est finalisée, c'est-à-dire fixée par l'atteinte d'un objectif qui est le plus souvent le but de la tâche collective. En relation avec l'objectif de la tâche finale, la coopération peut être qualifiée de : a) « coopération amplificatrice », si elle consiste à accroître les capacités physiques ou intellectuelles d'un collectif de travail, b) « coopération de diversification » si elle consiste à intégrer plusieurs spécialités ou techniques dans un collectif, c) « coopération de confrontation », si elle consiste à objectiver et/ou fiabiliser les solutions comme dans un diagnostic médical, ou à prendre en compte tous les aspects d'un problème en confrontant plusieurs points de vue (Schmidt, 1991, 1994).

La coopération est organisée et s'organise. La répartition des tâches au sein du collectif fait partie de la structuration de la coopération et permet la préparation des activités et de la tâche finale par l'ensemble des acteurs impliqués. La préparation puis la réalisation de l'activité permettent d'accorder les représentations des membres du collectif sur le but à atteindre et sur la façon de l'atteindre. Il s'agit de l'élaboration d'un référentiel commun qui ne va pas être de même nature et ne va pas avoir le même coût si l'équipe travaille souvent ensemble ou si elle se réunit de façon ponctuelle (Schmidt, 1994). Construire un référentiel commun passe par la communication et permet aux acteurs de se synchroniser sur le plan cognitif. Les opérateurs doivent ensuite se synchroniser sur le plan de l'action, c'est-à-dire coordonner les actions à réaliser (Darses et Falzon, 1996). Ainsi que l'expriment Salembier & Zouinar (2004), il n'y a pas de coopération sans partage d'informations entre les protagonistes de la coopération. Les informations partagées déterminent la compréhension des situations et conduisent à une intelligibilité mutuelle dans la coopération. Les informations partagées sont appréhendées en

termes d'informations contextuelles, davantage qu'en termes de connaissances ou de représentations inhérentes au fonctionnement cognitif de chaque acteur et sont en accord avec les présupposés de « l'action située », concernant l'externalisation et la distribution du « contrôle²⁰ » de l'action (Salembier & Zouinar, 2004). Le concept de « contexte partagé » élaboré par Salembier & Zouinar (2004, 2006), rend compte de cette notion de partage cognitif dans la coopération, et a été conçu en référence à la notion de « manifesteté mutuelle » développée par Sperber & Wilson (1989). Un « contexte partagé » est un « *ensemble d'informations ou d'événements contextuels mutuellement manifestes pour un ensemble d'acteurs, à un instant t dans une situation donnée, compte tenu de leurs capacités perceptuelles et cognitives, des tâches qu'ils doivent réaliser, et de leur activité en cours* » (Salembier & Zouinar, 2004, p.79). Comme le signale Saury (2008), cette approche du partage d'information s'inscrit en cohérence avec les concepts de « descriptibilité » (*accountability*) et de « réflexivité » (Garfinkel, 1967), qui thématisent en ethnométhodologie des propriétés fondamentales des activités sociales quotidiennes, permettant à celles-ci d'être mutuellement intelligibles pour les acteurs en présence. Au cours des interactions, le caractère public des comportements de chaque acteur offre aux autres un accès à des ressources permettant de co-construire cette intelligibilité. Selon cette perspective l'intelligibilité est favorisée par un accès mutuel aux ressources disponibles dans un environnement matériel, social et culturel particulier, et ne se réduit pas aux mécanismes impératifs impliqués dans la communication (Salembier, Theureau, Zouinar & Vermersch, 2001).

La coopération est active. Elle peut être prescrite, c'est-à-dire imposée par l'organisation du travail et les cadres comme elle peut être initiée par les acteurs concernés. L'une de ses manifestations est la répartition des tâches ou sous-tâches entre les différents membres de l'équipe de travail. Cette attribution / répartition des tâches n'est pas fixe et peut évoluer en fonction des modifications de l'environnement, de la survenue d'incidents, ou de la fluctuation des horaires ayant des incidences sur l'état physiologique des acteurs. Ces fluctuations nécessitent par exemple de faire appel à l'intervention d'acteurs supplémentaires. Le partage d'une même situation de travail suppose de la part des acteurs « de traiter les interférences pour faciliter les activités individuelles ou (et) la tâche commune quand elle existe » (Hoc, 2003,

²⁰ Le terme de « contrôle » est utilisé dans une acception considérant les « moyens de contrôle » (éléments de la situation, autres acteurs, artefacts...) comme des ressources pour l'action, et non dans l'acception cybernétique forte reprise dans les cadres des modèles cognitivistes (selon lesquels l'action est contrôlée par des structures cognitives : plans, connaissances, représentations).

p.165). Ainsi, les acteurs coopèrent et articulent leurs activités individuelles selon diverses modalités, non seulement parce qu'ils partagent les mêmes ressources dans une situation, mais parce qu'ils interagissent dans un « champ de travail commun » (*common field of work*) (Schmidt, 1994a, 1994b) ou « situation commune de travail » délimitée par le travail collectif et les « arrangements » du travail coopératif lui-même (Schmidt, 1994a, 1994b). Les notions de « *cooperative work arrangements* » et « *common field of work* » se définissent réciproquement et mutuellement dans un rapport de forme / fond (Saury, 2008).

En résumé, la coopération s'organise *in situ* en relation avec l'activité collective, les ressources et les contingences des situations de travail. Elle met en jeu des configurations particulières d'arrangements coopératifs (Schmidt, 2002), des « articulations collectives de cours d'actions particulières » (Theureau 2006 ; Theureau & Filippi, 1994). Ces articulations collectives de cours d'action, tout en étant intégrées dans les activités individuelles coopératives, constituent des activités « supplémentaires » (Hoc, 2001 ; Saury 2008 ; Schmidt 1994b) que l'on peut qualifier d'activités de coordination.

2.3 Comparaison des notions de collaboration et de coopération

Différencier les notions de collaboration et de coopération à partir des définitions et descriptions faites dans les paragraphes ci-dessus nous permet d'utiliser la notion de coopération dans le cadre de ce travail. Cette décision est basée sur les points communs aux deux notions figurant ci-après :

Tâche à réaliser, buts à atteindre, activités des acteurs

- La réalisation d'une même tâche prescrite et l'atteinte d'un but final commun ;
- Les buts à atteindre à court terme peuvent être identiques, mais les actions des acteurs peuvent être différentes ;

Compétences des acteurs, modalités de réalisation des activités et environnement de travail

- Les acteurs peuvent partager le même espace de travail ;
- Les acteurs peuvent être d'une même profession, d'autres professions, d'une même organisation ou d'autres organisations ;
- Les acteurs ont des compétences et des connaissances différentes / partage des tâches ;
- Le partage d'informations, de connaissances et de décision ;
- Il y a interdépendance et interférence entre buts, entre activités et entre acteurs ;

- Les pratiques communes sont basées sur le partage des connaissances et l'élaboration d'un référentiel commun ;
- Les acteurs s'adaptent à l'environnement et aux conditions de travail.

Modalités d'interactions entre acteurs

Établissement d'interactions basées sur :

- Une philosophie commune ;
- Des pratiques égalitaires par exemple lors des prises de décision, non hiérarchisées avec partage de l'expertise et du pouvoir.

Une composante prescriptive normative

Les notions de collaboration et de coopération comportent une composante prescriptive et normative dans le sens où certaines étapes sont pensées, organisées et structurées à l'avance, telles que la répartition des tâches entre acteurs et la préparation des activités qui permettent d'accorder les représentations, d'élaborer un référentiel commun, de synchroniser et de coordonner les actions des différents acteurs.

La mise en évidence de points communs aux notions de collaboration et de coopération nous permet de décider d'utiliser, dans le cadre de cette étude, le terme de coopération.

3. La coordination

3.1 Ses formes et ses caractéristiques

La coordination se présente sous différentes formes caractérisant différentes séquences de l'activité collective. Ces formes apparaissent tour à tour dans les phases d'organisation de l'activité collective et/ou de déroulement de la situation de travail. Dans le cadre du travail collectif et de la coopération, la coordination est non seulement planification, organisation et ordonnancement des comportements, des actions et des décisions dans le temps, mais elle suppose aussi de tenir compte de la disponibilité temporelle des différents membres et des ressources matérielles. La coordination est sous-tendue par un ensemble de règles appliquées par les acteurs afin de mettre en relation les différentes tâches qui leur sont attribuées. Ces règles fixent la nature des tâches et l'affectation des acteurs aux différentes tâches, car « pour atteindre certains résultats l'activité collective se déroule toujours dans un contexte organisé : les règles, les conventions, les normes, les cultures constituent des éléments de coordination qui orientent l'action des acteurs » (De Terssac & Lompré, 1994, p.176). Dans le cadre des soins infirmiers, la coordination est une fonction organisationnelle des infirmières. Elle

permet l'utilisation maximale des ressources et des personnes engagées dans les soins et les traitements. Elle consiste à faire circuler l'information c'est-à-dire à faire le lien entre les différents professionnels de manière à ce que les personnes soignées reçoivent les traitements et les soins requis par leur état. Cette fonction de coordination s'effectue par le biais d'une collecte de renseignements qui fait ensuite l'objet d'un jugement clinique, à la suite duquel les infirmières décident si l'intervention d'autres professionnels est requise (Dallaire, 1999, 2002, 2008). Dans le cadre des sciences de l'organisation, la coordination renvoie aux moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent leur travail. Cinq mécanismes expliquent cette coordination : a) la standardisation des procédés qui spécifie ou programme le contenu du travail, b) la standardisation des résultats, qui spécifie à l'avance les dimensions du produit ou la performance à atteindre, c) la standardisation des qualifications, qui spécifie la formation de celui qui exécute le travail, d) la supervision directe, ou mécanisme par lequel une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres, e) et l'ajustement mutuel par communication informelle (Mintzberg, 1982, 17-24). Ce type de coordination régi par l'organisation est appelé *coordination décidée d'avance* par Maggi (1996, pp. 637-662) et se distingue, entre autres, de la coordination contextuelle ou auto-organisation qui fait référence à ce qui se passe réellement au niveau de l'activité des coéquipiers. Cette forme est développée dans le paragraphe qui suit et est mise en relation avec la notion d'articulation.

3.2 Définition minimale et lien avec la notion d'articulation

Dans le cadre de cette recherche, nous adoptons la définition minimale suivante. La coordination résulte de l'articulation des actions individuelles (Theureau 2004, 2006). Elle émerge en situation, et implique le partage verbal et non verbal d'informations contextuelles. Elle permet la prise en compte des dépendances, la synchronisation et la réalisation d'actions favorisant l'efficacité du collectif. En tant que synchronisation des activités collectives, la coordination est un révélateur : a) des significations construites par chacun des acteurs au cours de leurs interactions en situation, b) de la dynamique du couplage structurel de chacun des acteurs avec sa situation et d'autres acteurs, c) de l'adaptation cognitive, affective et sensorielle de chacun des acteurs aux exigences de la situation. Activée par un accès mutuel aux ressources disponibles dans un environnement matériel, social et culturel particulier (Salembier & Zouinar, 2004, 2006), la coordination est une co-construction permanente, interactive, construite ou improvisée. Elle s'auto-organise et sa stabilité varie en fonction des incidents, des imprévus, des changements ou des perturbations qui peuvent se produire dans la

situation ou dans l'environnement de travail. La coordination ou « travail d'articulation » est un travail de « second ordre » faisant partie intégrante du travail coopératif lui-même et permet à ce dernier de « fonctionner » (Schmidt, 2002). La notion de « travail d'articulation » intègre donc à la fois les notions de « coordination des activités et de gestion des interférences » chez Hoc (2003). La notion de coordination des activités regroupe « des métaopérations permettant la gestion des interférences, la facilitation des activités individuelles et la réalisation de la tâche commune quand elle existe » (Saury, 2008). Ce « travail d'articulation » n'est donc pas à proprement parler une deuxième activité, se surajoutant à la coopération (Lacoste, 2000) : elle est une activité enchâssée dans le travail coopératif. Elle spécifie l'activité coopérative par rapport, d'une part aux activités de travail « individuelles » (ou « individuelles-sociales »), et d'autre part aux activités collectives non coopératives (qui ne requièrent pas *a priori* ce « travail d'articulation ») (Saury, 2008).

L'exemple ci-dessous reflète le processus de coopération et de coordination/articulation des préoccupations/engagement d'une physiothérapeute et d'une infirmière en relation avec la prise en charge des soins d'une patiente et la préparation de son retour à domicile. Cet exemple est issu des données récoltées - par observation et par entretien d'autoconfrontation - dans le cadre de notre étude et correspond à leur analyse selon le cadre théorique et méthodologique du cours d'action développé dans le chapitre suivant.

Description des actions

Observations	Quelques extraits du verbatim : Interaction Infirmière-physiothérapeute
 L'infirmière est installée devant l'ordinateur. Elle actualise les données figurant dans les dossiers des patients. La physiothérapeute arrive et s'adresse à elle. L'infirmière se retourne pour échanger avec la physiothérapeute. Cette dernière reste debout derrière elle. L'infirmière est toujours dans la même position : à moitié tournée vers la physiothérapeute La physio fait des gestes avec les mains et prend une intonation signifiant que la patiente agit précipitamment sans prendre les précautions nécessaires en relation avec son opération	<u>Premier extrait</u> Phys. : C'est toi qui es chez Mme L ? Inf. : oui Phys. : C'est juste est-ce que tu sais déjà quand est-ce qu'elle va rentrer ? Inf. : Oui euh j'ai fait la visite et puis euhh parce que tu comprends elle a besoin d'aide au ménage cette dame et Phys. : Et puis physio à domicile je dirais Inf. : Oui physio à domicile Phys. : Nous on a un peu peur qu'elle fasse les déplacements en bus et tout Inf. : Et puis qu'elle tombe de nouveau surtout qu'il y a de la glace Inf. : Tu lui as donné les coordonnées pour qu'elle puisse téléphoner en physio à domicile ? Phys. : Non c'est justement je voulais voir avec toi d'abord Inf. : Y'a pas de souci <u>Deuxième extrait</u> Inf. : Aujourd'hui elle peut rester bien sûr à l'hôpital, mais demain peut-être qu'elle va partir oui elle va sortir Phys.: Moi je vais lui imprimer la liste avec les physio qui font la physio à domicile Inf. : Ah super Phys.: Je pense qu'il faut juste qu'on soit sûr qu'elle a tout ça avant qu'elle parte Inf. : Oui, oui elle doit avoir ça absolument et puis de toute façon elle aura la physio à domicile quoi 3 fois par semaine ? Phys. : Oui 2 ou 3 fois Inf. : Et puis après elle peut faire les exercices elle-même à la maison ? Phys. : Oui, mais je pense justement au début en fait il faudrait qu'elle soit bien guidée parce que elle est un peu Inf. : ah d'accord Phys. : Elle tout de suite (en faisant des grands signes avec les mains) Inf. : Alors tu lui dis, tu lui dis bien hein ? Inf. : Parce que elle elle pense déjà à faire les exercices elle-même, tu vois qu'elle ne fasse des faux mouvements puis que ce soit pire après Phys : Hummhum Inf. : Oui parce qu'on a discuté de ça avant ... Phys : Hummm Inf. : Alors j'ai lui dis ben de toute façon la physio elle passera et puis elle vous dira quoi ce qu'il faut faire Phys. : Et les cannes aussi je dois lui amener encore

Tableau 1 : Extrait de l'échange entre infirmière et physiothérapeute. Évocation de la date de sortie souhaitée par la patiente

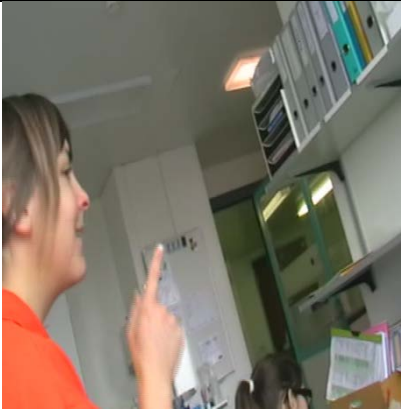
Observation	La physiothérapeute mime le geste et le ton de la patiente lorsqu'elles évoquent ensemble le retour à domicile	Extrait du verbatim : Infirmière-Physiothérapeute
La physiothérapeute est debout, face à l'infirmière (assise) ; elle évoque avec cette dernière la date de sortie de la patiente. Elle mime les gestes et les paroles de la patiente ; elle pointe le doigt vers le haut pour affirmer sa position		Inf. : Alors, écoute, je pense, entre vendredi et samedi Phys. : Hummm, hummm Inf. : Mais elle elle a envie de rentrer donc ce sera plutôt demain Phys. : Elle (la patiente) m'avait déjà dit mardi : « ah vous m'avez dit que »... j'ai dit « non non non moi j'ai rien dit... »

Tableau 2 : La physiothérapeute mime le ton de la patiente et pointe le doigt vers le haut pour affirmer sa position lorsqu'elles évoquent ensemble le retour au domicile.

Observation	La physiothérapeute contrôle sur un document sorti de sa poche l'état d'avancement des exercices de mobilisation effectués par la patiente	Extrait du verbatim : Infirmière-Physiothérapeute
La physiothérapeute, s'apprêtant à quitter le bureau des infirmières, se déplace de deux pas en direction de la porte. Elle continue de discuter avec l'infirmière de la date de sortie de la patiente. Elle réagit en disant « non, non » lorsque l'infirmière lui dit avoir appris de la patiente qu'elle « a fait les escaliers ». Elle sort un papier de sa poche pour contrôler.		Inf. : Elle fait déjà les escaliers, hein... Phys. : Alors...euh... Inf. : Elle m'a dit... avec toi... t'as fait les escaliers hier Phys. : Non non...ah.. bouhhou Inf. : Oui Phys. : Je ne crois pas qu'elle a fait Inf. : Oui elle m'a dit Phys. : Marche dans le couloir... ah oui un étage escaliers elle a fait...oui... Inf. : Elle m'a dit ça bien été Phys. : Avec ma collègue... ouiiiiiii... ma collègue elle avait

		<i>aussi dit</i> Inf. : <i>Mais tu vois c'est pour ça que je te dis...</i> Phys. : <i>Oui</i> Inf. : <i>Fallait quand même... euh... voir ça</i> Phys. : <i>Oui... non alors je vais voir...</i>
--	--	--

Tableau 3 : La physiothérapeute mime le ton de la patiente et pointe le doigt vers le haut pour affirmer sa position lorsqu'elles évoquent ensemble le retour au domicile.

Commentaires

La physiothérapeute s'adresse à l'infirmière pour organiser les interventions des physiothérapeutes au domicile de la patiente et cherche à avoir des informations précises sur ce que l'infirmière sait et sur les démarches déjà entreprises. Elle s'attend à obtenir une confirmation de la nécessité de planifier les séances de physiothérapie au domicile, car la patiente a été opérée d'un genou et ne se mobilise pas encore très bien ; sa sortie prochaine doit être préparée notamment parce que les conditions climatiques, le froid et le gel peuvent lui occasionner une chute et une lésion au niveau du genou opéré. Elle évoque lors d'un entretien *a posteriori* dit « d'autoconfrontation »²¹, la crainte des physiothérapeutes : « *Nous on a peur qu'elle tombe et qu'elle se casse encore des fois quelque chose ou bien qu'elle se refait mal là ou elle a déjà été opérée* ». L'infirmière confirme la sortie de la patiente et cherche à partager l'information de la nécessité de programmer une aide à domicile : « *Par rapport aux médecins y'a pas de souci, elle peut rappeler l'aide à domicile et puis y'a Catherine X tu sais du service social qui va lui donner les brochures pour que maintenant elle téléphone aux soins à domicile et ... aide ménage parce que le service social de l'hôpital fait plus ça...: alors elle elle va faire les démarches pour savoir si l'assurance va payer ou bien pas* ».

Interrogée sur la sortie par la physiothérapeute, l'infirmière dit « *la sortie, pour le médecin c'est égal entre demain après-demain quoi, je pense ça va se faire là maintenant* »

Pour cette infirmière et pour cette physiothérapeute, les soins des patients nécessitent un travail pluridisciplinaire et le partage des connaissances sur l'évolution de leur état de santé ainsi que des démarches à réaliser en prévision du retour à domicile. Cela fait partie de la tâche prescrite. Du point de vue du travail « réel », se rendant compte de l'imprécision de la

²¹ Une description détaillée de l'entretien d'autoconfrontation figure dans le chapitre 5, p. 63.

réponse de l'infirmière « *aide à domicile* », la physiothérapeute apporte une clarification : la contribution des physiothérapeutes (*Physio à domicile je dirais* ». En fonction de la signification qu'elle donne à la réponse de l'infirmière, la physiothérapeute adapte son intervention. Cette clarification permet la mise à niveau des apports de chacune et la direction à donner à la suite de l'échange. De cette adaptation résulte la synchronisation des activités collectives et la spécification des interventions de chacun des acteurs : la physiothérapeute fournit à la patiente les noms de physiothérapeutes intervenants à domicile « *moi je vais lui imprimer la liste avec les physio qui font la physio à domicile*, », et l'infirmière fournit à la patiente les noms et adresses des services de soins à domicile et d'aide à domicile. Préparer la sortie des patients n'est parfois pas une tâche facile à réaliser, car la planification et l'organisation de cette étape ne sont pas faites suffisamment à temps.

« Parce que ce n'est pas toujours le cas... des fois on va tout d'un coup courir après tout au dernier moment alors... Là c'était à temps... c'était bien... je perds moins de temps moi-même... si c'est moi qui dois encore courir après tout par après... que c'est moi qui dois encore prendre contact avec le médecin... est-ce que c'est d'accord de faire ça... tandis que si c'est déjà dis et presque mis... pour moi c'est moins de travail ».

La coordination est ainsi une co-construction, une exploitation des ressources que constitue l'activité des autres. Elle est une gestion des interférences entre le travail de l'infirmière et celui de la physiothérapeute, et un travail de second ordre faisant partie intégrante du travail coopératif lui-même. Elle permet à ce travail coopératif de fonctionner puisqu'il s'agit d'organiser le retour au domicile en tenant compte de la contribution de divers types de professionnels de la santé y compris les physiothérapeutes.

La physiothérapeute organise le retour à domicile de la patiente en tenant compte de ses ressources et des risques de chute et de fracture qu'elle encourt (Tableau N°1). La préparation du retour à domicile se fait avec l'infirmière même si la physiothérapeute craint d'être critiquée (Tableau N° 2):

« Ben avec X (l'infirmière) des fois euh c'est peut-être un c'est un peu plus enfin comment je pourrais dire ça elle coupe un peu plus près les mots quand je lui dis quelque chose c'est un peu plus ah, mais t'as pas fait tu vois là elle était un peu plus ouverte à moi ça fait maintenant une année que je suis là et que je savais que ce n'était pas toujours facile pour d'autres physio alors j'étais préparée à ça et je me suis mis aussi un peu mon petit mur autour au début et maintenant ça va très bien je sais contrer aussi... ».

L'interaction et la préparation du retour au domicile de la patiente requièrent un travail d'articulation qui émerge en situation. Ce travail implique le partage verbal et non verbal d'informations contextuelles. La perception par la physiothérapeute de l'attitude d'ouverture de l'infirmière l'autorise progressivement à mimer et à décrire la patiente lors de sa mobilisation. Chacune de ces professionnelles mime soit les postures physiques, soit les intonations et les propos de la patiente permettant ainsi la compréhension et la prise en compte de son état actuel par la collègue. L'échange se termine par une mise à niveau des connaissances de la physiothérapeute quant aux derniers exercices réalisés par la patiente avec une autre physiothérapeute (« faire les escaliers ») (Tableau N° 3).

Chapitre 4

Méthode adoptée et Mise en œuvre du cadre d'analyse

Ce chapitre présente la méthode adoptée dans le cadre de la Phase 1 et de la Phase 2 de cette étude et rend compte :

Dans la section 1 : du terrain de l'étude c'est-à-dire des unités de soins de deux hôpitaux où s'est déroulée la recherche,

Dans la section 2 : des participants,

Dans la section 3 : des demandes d'autorisation

Dans la section 4 : des modes de récolte et de traitement des données au cours des Phases 1 et 2 de la recherche. La phase 1 étant la phase de familiarisation et la phase 2, celle de la recherche proprement dite.

1. Le terrain de l'étude

La recherche s'est déroulée dans des Unités de chirurgie de deux hôpitaux : l'un intercantonal et l'autre cantonal.

L'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB Payerne) est un établissement de 105 lits. Il appartient à deux cantons (VD-FR) et de ce fait, son contrat de prestations est en relation avec les exigences et normes différentes issues de ces deux cantons. Cet hôpital accueille pour leur « formation pratique » un certain nombre d'étudiants de la Haute École de Santé de Fribourg. Notre choix s'est porté sur cette institution, malgré sa petite taille, en raison de sa position géographique, ses moyens financiers plus limités que ceux d'un hôpital cantonal, et de la volonté de son infirmier-chef de participer à la valorisation et au développement des soins infirmiers. Le service de chirurgie de cet hôpital est composé de deux Unités qui accueillent environ 30 patients, dont cinq ou six en soins ambulatoires. Les infirmières qui y travaillent peuvent être appelées à assurer les soins aux patients dans l'une ou l'autre Unité de soins en fonction de la charge de travail, c'est-à-dire du nombre de patients hospitalisés dans l'une ou l'autre des deux Unités et leur état de dépendance. Au HIB, des négociations pour mener une étude exploratoire ont débuté en 2005. Après une phase de familiarisation et d'observation de l'activité des infirmières selon une approche ethnographique d'une durée de six mois suivie

d'une interruption²² de cinq années, les autorisations d'enregistrement vidéo des données ont été octroyées par la direction administrative, médicale et infirmière de l'établissement. En accord avec le principe de volontariat, la direction a accepté que deux infirmières d'un service de chirurgie soient volontaires pour être les principaux « supports » de l'observation et de l'autoconfrontation.

Suite à la soumission d'un projet de recherche et l'obtention d'un subside du Fonds National suisse de la Recherche scientifique, puis grâce à l'obtention du soutien de la direction de la Haute École de Santé de Fribourg, la deuxième phase de cette recherche a pu débuter en automne 2010. L'engagement pour une durée déterminée d'une assistante de recherche nous a permis de procéder « à deux » à la collecte et l'analyse des données.

À la période où devaient être réalisées les observations et les séances d'autoconfrontation, une Unité de chirurgie du HIB a dû accueillir des patients de médecine plutôt que de chirurgie en raison de la détection d'une bactérie pouvant contaminer les patients de chirurgie. Les observations ont alors été menées auprès de deux infirmières de l'Unité qui accueillait des patients de chirurgie.

L'Hôpital fribourgeois (HFR) regroupe - depuis le 1^{er} janvier 2007- six hôpitaux (Billens, Châtel-St-Denis, Fribourg, Meyriez-Murten, Riaz et Tafers). Le site de Fribourg retenu pour notre étude est composé de 351 lits et dessert une population d'environ 250'000 habitants. Cet établissement est un site partenaire important de la Haute École de Santé de Fribourg (HES-SO). Il accueille pour leur « formation pratique » un nombre important d'étudiants de cette Haute École. Il regroupe environ 1200 collaborateurs et 200 médecins. Cet hôpital a été choisi, car il offre d'autres conditions de travail aux infirmières dans ces Unités de soins. Les démarches initiées le 10 février 2010 ont obtenu l'accord de la direction des soins infirmiers et de direction de chirurgie générale.

Pour les deux institutions, la recherche s'est déroulée dans des services de chirurgie générale. Les Unités de chirurgie sont caractérisées par la courte durée des séjours des patients ce qui engendre une forte mouvance, nécessite l'adoption d'un rythme rapide par les infirmières et

²² Interruption liée à des impératifs professionnels et financiers. En effet, le passage des écoles de soins infirmiers au niveau tertiaire non universitaire exige des professeurs, non seulement d'initier, de mener des recherches et de transférer les résultats dans l'enseignement, mais aussi de trouver les sources de financement nécessaires.

engendre des relations multiples avec de nombreux médecins et autres services hospitaliers. Les équipes soignantes sont composées généralement d'infirmières, d'infirmières assistantes (IA), d'assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), d'aides-soignantes et d'étudiants *bachelor* en soins infirmiers.

2. Les participants

Les professionnels concernés par les observations et les séances d'autoconfrontation étaient :

- Au niveau de l'équipe soignante restreinte : les quatre infirmières « volontaires », les autres infirmières de l'Unité de soins, les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) et le médecin-assistant attaché à l'Unité de soins.

- Au niveau de l'équipe élargie comprenant des professionnels qui intervenaient dans différentes Unités de soins ou services hospitaliers : le chef de clinique et le physiothérapeute intervenant dans l'Unité.

D'autres professionnels tels que l'anesthésiste, la diététicienne, l'infirmière de liaison, désignés pour intervenir dans l'Unité de soins n'ont pu être filmés, car soit : ils arrivaient dans l'Unité à des moments où les deux observatrices n'y étaient pas, soit ils se dirigeaient directement vers les chambres des patients sans s'adresser à l'infirmière observée. Il est à noter que ce personnel n'a pas d'horaire fixe de passage dans les Unités de soins. Même s'ils étaient dans l'Unité au moment de l'observation et s'ils ont interagit avec les infirmières observées, les professionnels suivants n'ont pas été sollicités pour les entretiens d'autoconfrontation : les secrétaires médicales, les aumôniers, les ergothérapeutes. Il en est de même pour les laborantins ou radiologues qui ont interagi par téléphone avec les infirmières observées.

3. Demandes d'autorisation

Autorisations et principes éthiques

En accord avec : a) les principes de constitution d'un observatoire du cours d'action et du cours d'expérience (Theureau, 2004, 2006), b) du programme de recherche technologique en formation des adultes (Durand, 2008), c) les règles d'éthique en matière de recherche de l'Association Suisse des Infirmières (ASI, 2000) qui précise que la participation à une recherche est volontaire, les participants ont droit aux informations nécessaires pour une décision prise sans contrainte, de refuser d'y participer, et enfin de se retirer à tout moment de

la recherche, d) et au vu du type de démarche et des outils que nous pensions utiliser, nous avons laissé aux infirmières et aux personnes avec qui elles interagissaient la possibilité de se porter volontaires. Les participants ont été informés des buts et modalités de l'étude. Un contrat de consentement éclairé²³ a été établi et signé par les participants. Ces derniers ont reçu l'assurance que les données collectées sont anonymisées, et que les supports vidéo sont gardés sous clé. Cette recherche a reçu l'accord d'un comité d'éthique²⁴ et celui des directions²⁵ (médicales, administratives et infirmières) des deux hôpitaux.

Contrat de collaboration

Pour réaliser cette recherche, nous avons, après obtention de l'accord de la direction hospitalière (administrative, médicale et infirmière), défini lors d'une séance rassemblant le personnel soignant de l'Unité (les infirmières, les cadres infirmières et le médecin hospitalier), le « contrat », c'est-à-dire la préoccupation d'utilité de la recherche, et les modalités des engagements personnels et de coopération. Les principes suivants ont été explicités : le bornage de la durée de la coopération, le contrôle des données recueillies par les soignants, l'acceptation librement consentie des contraintes de la recherche, l'explicitation des conditions de rupture de contrat. La coopération entre chercheuses et professionnels a été délimitée aux « activités de coordination » permettant d'assurer la continuité des soins. Initialement il était prévu de produire des artefacts - outils médias - qui seront des ressources possibles pour l'enseignement et le développement de l'activité soignante des infirmières et de ses collaborateurs. En relation avec les contraintes temporelles rencontrées, les résultats de cette recherche se limiteront aux suggestions et propositions à apporter aux curriculums de formation initiale et continue des infirmières et autres professionnels de la santé.

4. Modes de recueil et de traitement des données

La phase de collecte de données a consisté en l'usage de deux méthodes : l'observation couplée d'enregistrement audio et vidéo et les séances d'autoconfrontation.

Le recueil des données a été réalisé en deux phases : la Phase 1 de familiarisation et la Phase 2 de recherche. Ces deux phases sont décrites dans les paragraphes qui suivent.

²³ Annexe 6 : Formulaire en vue d'un consentement libre et éclairé.

²⁴ Annexe 7 : Accord du représentant du comité d'éthique des deux hôpitaux.

²⁵ Annexe 8 : Accord des directions hospitalières, infirmières et médicales.

4.1 La Phase 1 : une phase préalable de familiarisation

La mise en œuvre des différentes méthodes de recueil de données à l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) a nécessité une familiarisation mutuelle des acteurs et de l'observatrice principale²⁶ identique à ce qui peut être mis en œuvre dans une enquête ethnographique. La familiarisation mutuelle a permis aux soignantes – infirmières et aides – de prendre de la distance par rapport à leurs expériences relationnelles et de formation antérieure avec des « enseignantes en soins infirmières ». Par ailleurs cette phase a confirmé le choix de l'objet d'étude et la centration sur la coordination et l'articulation des activités entre acteurs, car l'observation du terrain mettait clairement en évidence les nombreuses interactions des infirmières avec d'autres professionnels et le peu de temps dont elles disposaient pour les réaliser.

Dans les paragraphes qui suivent nous rendons compte de l'étude réalisée au cours de cette phase de familiarisation ou exploratoire, c'est-à-dire : la description de la chronologie et des faits significatifs de cette phase incluant les modalités d'observation, d'entretien, d'analyse des données et les conséquences pour la suite de la recherche, ainsi que sur la confirmation des questions de recherche et des intentions poursuivies.

4.1.1 Chronologie et faits significatifs de la phase de familiarisation

En prévision de la seconde phase de la recherche qui s'est effectuée dans deux hôpitaux²⁷, la phase de familiarisation s'est déroulée dans un service de chirurgie incluant deux Unités de soins de l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) - premier terrain de récolte des données -. Cette institution nous était inconnue contrairement à l'Hôpital fribourgeois (HFR) - deuxième terrain - en relation avec nos activités antérieures d'enseignement sur le terrain des étudiantes infirmières, nous avons eu l'occasion, à maintes reprises, de collaborer avec les infirmières des unités de chirurgie de l'Hôpital fribourgeois.

Pour cette phase de familiarisation, la négociation avec la direction de la Haute École de Santé de Fribourg et la direction infirmière de l'Hôpital Intercantonal de la Broye a inclus les

²⁶ La phase de familiarisation a été réalisée par l'observatrice principale, hors financement FNS. La deuxième observatrice s'est jointe à la recherche grâce au financement du FNS. Les observations, les transcriptions et l'analyse des données de la deuxième phase de la recherche ont été réalisées par deux observatrices. La rédaction du rapport scientifique a été réalisée par l'observatrice principale.

²⁷ La description de ces terrains figure plus haut dans le chapitre.

conditions de l'observation (rythme, durée, volontariat des infirmières observées et modalités du recueil de données). Cette phase a débuté en automne 2005 au rythme d'une visite sur une demi-journée chaque semaine et en alternant les observations dans l'une ou l'autre des Unités de chirurgie. Elle s'est terminée au cours de l'hiver 2006.

4.1.2 Observations et entretiens exploratoires – HIB (Payerne)

Après information du personnel et obtention de la collaboration « volontaire » de deux infirmières, les séances d'observation et les entretiens ont débuté. Les observations ont été menées dans deux Unités d'un même service de chirurgie. Elles se sont déroulées sur une durée de quatre heures en alternant observation du matin, puis observation de l'après-midi. Les entretiens étaient menés de manière informelle soit en posant des questions à l'infirmière observée lors des pauses en lui demandant de commenter ses activités au fur et à mesure de leur déroulement. Au total une douzaine d'observations ont été menées auprès de deux infirmières en interaction avec d'autres professionnels de la santé. L'observation de type ethnographique était complétée par une prise de notes incluant le lieu de l'observation, les acteurs concernés et les objets de l'interaction ou de l'intervention. La tenue d'un journal de bord nous a permis de mettre à jour nos questionnements face à la problématique du travail coopératif, à la coordination et enfin aux méthodes spécifiques du 'cours d'action'. Progressivement et en fonction de la familiarisation respective des différents acteurs (infirmières, autres professionnels de la santé, patients, et chercheure) a pu être introduit l'usage de l'enregistrement audio, puis lors de la deuxième phase de la recherche, l'usage de la vidéo.

4.1.3 Analyse des données

Les données recueillies ayant trait à l'activité de coordination et aux mesures prises par les infirmières pour assurer la continuité et la qualité des soins ont été traitées. Différentes articulations-coordinations ont été saisies et analysées. Elles sont nommées dans le cadre de cette phase exploratoire: coordinations formelles et coordinations informelles. Ces activités de coordination identifiées nous ont permis de confirmer notre choix de mener une recherche empirique et de répondre à notre intention d'identifier les structures archétypes de la coopération, de la coordination et de la contribution des infirmières au travail collectif. Ces coordinations sont présentées ci-après de manière succincte, l'intention ultérieure étant de détailler ce type de situation dans le cadre de la Phase 2 :

Les coordinations informelles – entre infirmières – qui permettent par exemple de :

Gérer les dépendances intra-équipe, organiser le travail de l'équipe, former les nouveaux collègues au fonctionnement institutionnel et de l'Unité, assurer la continuité, la qualité des soins et l'efficacité en :

- Fournissant des réponses aux questions d'une infirmière travaillant à faible pourcentage et en la rassurant ;
- Informant et formant une nouvelle infirmière en provenance d'un autre pays aux particularités des services et de l'institution hospitalière et en l'aidant à organiser son travail ;
- Demandant l'aide ponctuelle d'une infirmière lorsque certains soins devaient être réalisés en simultanéité ou en demandant des explications quant aux modalités de réalisation d'une investigation (prise de sang ou autre) ;
- Enquêtant auprès d'une autre infirmière pour clarifier des incohérences notées dans les prescriptions médicales ;
- Gérant les domaines de compétence différents : organiser, déléguer, superviser les soins lorsqu'infirmière et assistante en soins et santé communautaire, travaillent en binôme (respect des descriptions de fonction de chacun et difficultés liées au contexte des soins : unité de chirurgie et compétences des ASSC) ;
- Enquêtant auprès des collègues puis en recherchant une information en vue d'une prise de décision auprès de l'infirmière responsable d'unité quant aux modalités de réalisation d'une investigation inconnue des infirmières ;
- Informant, en tant qu'infirmière responsable du service de chirurgie, avec ménagement l'infirmière, des doléances des professionnels de la salle d'opération quant à la préparation d'un patient pour une intervention ;
- Informant l'infirmière des doléances des laborantines et en enquêtant sur la disparition d'une pochette vide de transfusion sanguine (traçabilité, sécurité).

Les coordinations formelles

- Les coordinations formelles au sein même de l'équipe soignante : tels que les « rapports journaliers de service » à 07:00 et à 13:00.
- Les coordinations formelles entre infirmières et médecins ainsi qu'en présence d'une étudiante :

- o En partageant des connaissances sur l'état de santé du patient et des propositions de traitement ou de soins ;
 - o En favorisant l'apprentissage de l'étudiante - infirmière et médecin-assistant conjuguent leurs efforts afin de permettre à la stagiaire de première année de rendre compte de l'état de santé de la patiente dont elle a la charge -.
- Les coordinations formelles entre infirmière et physiothérapeute :
- o En partageant les savoirs relatifs aux patients tout en acceptant les différences professionnelles et en respectant le champ de compétence du partenaire

4.1.4 La présence sur le terrain et ses conséquences

La présence sur le terrain au cours de cette phase a permis de : a) favoriser la familiarisation mutuelle entre observatrice et acteurs du terrain - principalement les infirmières -, b) identifier à un premier niveau les éléments du contexte qui pourraient avoir des incidences sur le cours d'action des acteurs, c) vérifier les conditions éthiques et méthodologiques de mise en œuvre d'une récolte de données des cours d'action des acteurs impliqués, y compris des patients, d) identifier, à l'intérieur d'un domaine complexe, des questions sur lesquelles focaliser notre recherche.

De cette étude préalable a découlé :

- L'établissement d'un climat de confiance entre observatrice et infirmières grâce notamment aux échanges et à la connaissance mutuelle progressive ;
- La détermination et la mise en œuvre des différentes dimensions du cadre d'analyse sémiologique de l'activité ;
- La décision de choisir des séquences d'interaction entre acteurs permettant de rendre compte de l'articulation de leurs cours d'action en situation ;
- L'exclusion des patients en tant qu'acteurs possibles. Cette dernière mesure se justifie par les situations jugées complexes des patients hospitalisés dans ces deux unités et par l'usage projeté de la caméra vidéo permettant la saisie filmée des observations. Cette pratique est peu connue dans le milieu hospitalier et est susceptible d'engendrer des difficultés chez les professionnels et les patients.

4.1.5 Démarche itérative et clarification des questions de recherche

En tant qu'étape d'une démarche itérative, la phase de familiarisation avec le terrain et les acteurs a permis de prendre en considération des éléments significatifs pour les différents acteurs en présence et de vérifier l'adéquation des intentions poursuivies et des questions de recherche que nous maintenons :

Avant la modification de la formation des infirmières, de l'introduction du plan d'études cadre et du référentiel de compétence de 2012 incluant les rôles de collaboratrice et de communicatrice des infirmières - et même des autres professionnels de la santé – et, enfin en relation avec le cadre théorique et méthodologique du cours d'action et les définitions minimales de la coopération et coordination énoncées ci-dessus, nos intentions, au travers de cette recherche sont :

En relation avec les présupposés du cours d'action et du programme de recherche technologique en formation des adultes

- De mettre en évidence, la dynamique du couplage structurel de chacun des acteurs avec sa situation et d'autres acteurs, et ainsi
- d'identifier les structures significatives de la coopération et de la coordination-articulation et constituant les cours d'action des acteurs en présence,
- de dépasser la description des occurrences singulières de l'activité dans son environnement et de tendre vers la généralisation et la typicalisation de la contribution des infirmières à la coopération et à la coordination, c'est-à-dire de spécifier, dans le cours d'action des acteurs en présence, une ou des occurrences comme étant une ou des occurrences types condensant les traits partagés par les autres occurrences
- D'élaborer, à partir de ces occurrences des outils innovants pour agir dans des environnements complexes et porteurs de questions clés d'apprentissage / développement individuel et collectif.

Les deux questions de recherche principales sont :

- Quels sont les traits typiques de la coopération et de la coordination assurées par les infirmières lors du travail collectif dans un service hospitalier ?
- Quels principes, méthodes et contenus de formation peuvent être conçus à partir des résultats et hypothèses du cadre théorique?

4.2 La Phase 2 : la recherche proprement dite

4.2.1 Observations filmées

Lors de chaque journée d'observation de cette phase deux de la recherche, des enregistrements audio-vidéo ont été réalisés en continu sur une durée de quatre heures. Les interactions entre acteurs, les activités reflétant divers types de coordination ou d'articulation ont été mises en évidence et reprises lors des séances d'autoconfrontation. Au total, dans les deux hôpitaux, huit séances d'observation de quatre heures ont eu lieu (32 heures de film). Ces séances ont été réparties de la manière suivante : quatre sur l'horaire de matin et quatre sur l'horaire du soir. Les enregistrements audio-vidéo ont été complétés par des notes décrivant le plus exactement possible le contexte de l'activité. Quand cela était nécessaire, la situation du patient a été décrite afin de comprendre les enjeux des actions entreprises. En tant que travail planifié, la coordination a été saisie lors des « rapports journaliers », le matin à l'heure d'arrivée de l'équipe soignante, mais ces dernières n'ont pas été exploitées étant donné leur brièveté et le peu d'interactions entre membres de l'équipe. Un rapport de service, celui de 13 heures qui correspond à l'arrivée de l'équipe du soir, a été analysé en raison de la richesse des interactions. Certaines activités des infirmières observées n'ont pas été filmées, notamment celles ayant lieu auprès des patients qui ne souhaitent pas la présence des observatrices et de la vidéo dans leurs chambres ou dont l'état de santé ne le permettait pas. Le travail de coordination émergeant en situation a été filmé grâce à l'usage d'un matériel audio-vidéo porté par l'observatrice principale ou son assistante (caméra) et par l'infirmière (micro). Cette observation a concerné, selon les situations, les membres de l'équipe soignante de l'Unité de soins, les médecins, les physiothérapeutes, etc. Tous les médecins-assistants et les anesthésistes n'ont pas été filmés, car certains ont refusé de participer à la recherche ou sont passés « en coup de vent » sans s'adresser aux infirmières.

4.2.2 Les séances d'autoconfrontation

Dans cette phase de collecte de données qui donne accès au point de vue des personnes filmées et des acteurs avec lesquels elles interagissent, les chercheurs ont mis à la disposition des acteurs concernés la transcription verbatim de l'activité étudiée. Les séquences visionnées ont porté sur des interactions formelles et planifiées – telles que les transmissions lors de la relève ou de la visite médicale – et informelles qui ont surgi au décours du travail et des trajectoires des personnes soignées. Les acteurs ont été invités à décrire et commenter leurs

perceptions, leurs interprétations, les éléments pris en compte pour agir, les connaissances mobilisées.

Le dispositif standard, composé d'un lecteur audio-vidéo a permis à l'acteur filmé de se remettre en situation dynamique et a facilité l'accès à son expérience. Des arrêts sur des séquences significatives ont été réalisés dans le but de permettre à l'un et l'autre de revenir sur certains passages. Le guide suivi par les observatrices au cours de ces séquences visait à maintenir ou ramener l'acteur dans une dynamique d'évocation et d'expression de son expérience. Les relances ont porté sur les sensations, les perceptions, les focalisations, les préoccupations, les émotions, les pensées et les interprétations (Durand et Veyrunes, 2005 ; Theureau 1993, 2000b, 2004, 2006).

La méthode utilisée a permis une approche du travail réel des infirmières. Un tel corpus est rare dans ce domaine professionnel, notamment parce qu'il est centré sur la coopération et la coordination du travail exigée par les situations professionnelles réelles vécues en milieu de soins. Nous avons choisi pour cette étude d'analyser et de rendre compte de manière synthétique de huit séquences vidéo considérées comme les plus significatives en lien avec l'objet de l'étude. Quatre séquences vidéo considérées représentatives des différents grades de coopération et de coordination sont présentées de manière détaillée. Plusieurs de ces séquences vidéo sont à même de servir de matériel pédagogique ultérieurement.

Critères de sélection des scènes choisies

Des séquences d'échanges entre infirmières et entre infirmières et physiothérapeutes ainsi que quatre visites médicales ont été retenues. Les critères suivants ont été à la base de ce choix :

- Le partage d'une même situation de travail ;
- L'interférence et l'interdépendance entre activités, et l'articulation collective dynamique d'activités individuelles autonomes ;
- Les séquences qui ont été retenues sont celles où les différents acteurs ont accepté d'être volontaires et ont signé le document de consentement éclairé ;
- En ce qui concerne les séquences portant sur la visite médicale, et malgré l'intérêt porté au point de vue de la personne soignée en tant que partenaire et bénéficiaire de soins coordonnés, nous nous sommes limitées à la « visite médicale sur dossier » et avons exclu de nos observations la « visite médicale au lit du patient » pour des raisons éthiques et méthodologiques. Bon nombre des visites médicales observées concernaient des patients

en situation critique ou qui avaient refusé la présence des observatrices ainsi que la présence de la caméra.

4.2.3 Chronologie et faits significatifs du recueil des données²⁸

Observations filmées – Hôpital de Fribourg

La collecte de données dans deux Unités de chirurgie du HFR a débuté le 23 novembre 2010 et s'est terminée à mi-avril 2011. Nous avons alterné les séances d'observation filmées et d'autoconfrontation. Au total deux observations filmées ont eu lieu le matin et deux l'après-midi.

Deux médecins-assistants n'ont pas souhaité participer à l'étude et n'ont pas été filmés.

Séances d'autoconfrontation – Hôpital de Fribourg

Seize séances d'autoconfrontation ont été réalisées auprès de 13 professionnels (cinq infirmières, une ASSC, une infirmière responsable du service de chirurgie, deux physiothérapeutes, deux médecins-assistants, deux étudiantes HES). Trois professionnels ont participé à deux séances d'autoconfrontation chacun. La durée des entretiens a représenté en moyenne une durée de 60 minutes par séance (16 heures d'autoconfrontation). Les séances d'autoconfrontation se sont déroulées dans un local libre du HFR loué pour l'occasion. Ces séances ont été réalisées par la chercheuse et sa collaboratrice et ont été filmées. Ces séances ont débuté en avril et se sont terminées en septembre 2011.

Observations filmées – Hôpital de Payerne

Nous avons alterné les séances d'observation filmées et les séances d'autoconfrontation. Au total deux observations filmées ont eu lieu le matin et deux l'après-midi. Ces observations se sont déroulées dans la même Unité de chirurgie et ont concerné deux infirmières en interaction avec d'autres professionnels de la santé.

Séances d'autoconfrontation- Hôpital de Payerne

Vingt séances d'autoconfrontation ont été réalisées auprès de 16 professionnels (dix infirmières, une infirmière responsable du service de chirurgie, deux médecins, une étudiante HES, deux aides). Quatre professionnels ont participé à deux séances d'autoconfrontation chacun. La durée des entretiens a représenté en moyenne une durée de 60 minutes par séance (20 heures d'autoconfrontation). Les séances d'autoconfrontation se sont déroulées dans un

²⁸ Annexe 9 : Planification de la recherche

local libre du HIB loué pour l'occasion. Ces séances ont été réalisées par la chercheuse et sa collaboratrice et ont été filmées.

4.2.4 Organisation du travail des observatrices

Une grande partie des heures consacrées à cette recherche ont été financées par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (FNS) et les autres ont été effectuées sur les heures personnelles de l'observatrice principale. La récolte de données (observations et séances d'autoconfrontation) a été réalisée par deux observatrices²⁹. La collaboratrice était chargée de filmer. Au cours des observations, l'observatrice principale est restée attentive non seulement au déroulement des situations, mais aussi à l'activité des patients lors de l'entrée dans les chambres ou à l'arrivée de personnes étrangères à l'Unité de soins. Les buts étaient : de rassurer, d'expliquer notre présence dans l'Unité de soins et l'usage de la vidéo et enfin d'obtenir le consentement des professionnels.

Entre les séances d'observation et les séances d'autoconfrontation, les films ont été visionnés et séquencés. Les séquences les plus significatives de la coopération et de la coordination ont été repérées et transcrites en vue des séances d'autoconfrontation. Ces séances ont été considérées significatives en fonction des critères suivants : leur relation avec la continuité des soins, l'interdépendance et l'interférence des activités individuelles, l'intelligibilité et l'accès mutuels aux ressources d'un environnement matériel, social, culturel particulier, l'organisation *in situ* de l'activité collective et les configurations particulières d'arrangements coopératifs et de coordination. Ce repérage, accompagné de prises de notes a facilité les interactions entre observatrices et personnes filmées.

4.2.5 Traitement des données

Les données recueillies ayant trait à l'interaction entre acteurs, à leur articulation et coordination et aux mesures prises par les infirmières pour assurer la continuité et la qualité des soins ont été traitées selon une démarche visant à : a) déconstruire l'activité, puis b) reconstruire sa signification et sa dynamique d'engendrement et enfin à c) articuler les activités des acteurs en présence.

La déconstruction de l'activité a été réalisée par construction de protocole à deux volets puis découpage du cours de l'activité de chaque acteur en Unités élémentaires, chaque Unité

²⁹ La doctorante et sa collaboratrice scientifique.

comprenant six composantes - décrites ci-après -. L'ensemble de ces six composantes constitue le « signe hexadique ». Nous présentons, ci-après des définitions et des exemples des six composantes d'un « signe hexadique » ou structure dynamique qui spécifie la conscience préreflexive d'un acteur donné à un instant donné en tant que passage d'un état de préparation de cet acteur à un autre état de préparation. Ce passage émerge de l'ensemble des interactions des composantes du signe hexadique. Chaque composante étant reliée dynamiquement aux autres, la description de chacune d'entre elles ne peut être séparée de celles qui lui sont directement reliées (Theureau, 2004, 2006, 2009).

Les composantes du signe hexadique

- L'Engagement dans la situation (E) correspond aux horizons des possibles (états intentionnels ou de recherche et tonalités émotionnelles) découlant des actions passées, de l'histoire personnelle et professionnelle, ainsi que des habitudes de l'acteur. Cette composante est constituée par le faisceau des préoccupations de l'acteur.

Exemple : lors d'un échange avec le médecin, l'étudiante, en relation avec l'histoire de la maladie de la patiente et des faits observés lors de la réalisation des soins, cherche à obtenir (intention) une prescription d'intervention de soins à mettre en œuvre auprès de la patiente et à faire part de son désarroi (« passion », état affectif) face au refus de la patiente d'être soignée.

- L'actualité potentielle (A) - ou anticipation - correspond aux attentes structurées de l'acteur relatives à sa situation dynamique à un instant donné. Elle désigne les attentes relatives au déroulement de l'activité ou éléments inattendus ou ruptures d'anticipation.

Exemple : (L'étudiante) S'attend à obtenir une prescription et à ce que son propre désarroi soit pris en compte.

- Le référentiel - culture propre ou savoir situé - (S) désigne les connaissances, les règles d'action, les situations vécues précédemment ainsi que des éléments relatifs à la culture propre de l'acteur.

Exemple : L'étudiante « sait » que : a) elle est étudiante de début de deuxième année et que son statut ne lui permet pas d'avoir la même relation et position professionnelle qu'une infirmière diplômée face à un médecin ; b) l'infirmière diplômée est responsable

des soins et est l'interlocutrice principale du médecin (et non l'étudiante) ; c) le silence du médecin est un signe de « manque de confiance » vis-à-vis des étudiantes ; d) pour obtenir un résultat et une amélioration de l'état de santé, le patiente doit se conformer au traitement prescrit ; e) cette patiente est non compliant (elle ne suit pas le traitement prescrit).

- Le Représentamen (R), désigne les éléments significatifs pour l'acteur, sur lesquels il se concentre, fonde ses focalisations. Il est un jugement perceptif (« Je perçois ceci »), mnémonique (« Je me rappelle ceci ») ou proprioceptif (« Je ressens ceci »).

Exemple : (L'étudiante perçoit) le silence du médecin - qui ne propose aucune action de soins en relation avec les observations qu'elle vient de lui communiquer - en tant que signe de manque de confiance.

- L'Unité élémentaire du cours d'expérience (U) désigne une action pratique, une communication, un discours privé, ou une émotion.

Exemple : lors d'un échange avec le médecin, l'étudiante :

Est déçue par le manque de réaction du médecin lors de la transmission de données d'observations récoltées lors des soins à la patiente (émotion)

- L'interprétant (I) désigne la transformation des habitudes situées, la création d'une nouvelle habitude et ou la généralisation.

Exemple : à la fin de la visite médicale, l'étudiante constate que le médecin est à l'écoute et qu'il a pris note de ses observations et propos. Il y a évolution et transformation de l'expérience de l'étudiante :

La déception ressentie (au début de la visite médicale) par le manque de réaction du médecin et les connaissances relatives aux réactions des médecins lors de leurs interactions avec des étudiants, laissent place à un nouvel état de satisfaction chez l'étudiante et à nouvel apprentissage situé : une étudiante peut faire part de ses observations au médecin ; ce dernier l'écoute et prend note de ses propos.

Analyse locale de l'activité

Cette étape a consisté en la construction du protocole à deux volets et celle des signes hexadiques des infirmières observées et de leurs partenaires de terrain.

La construction du protocole à deux volets

Cette étape a permis de présenter de façon synthétique et exploitable chacun des segments des interactions entre infirmière observée et autre professionnel du milieu hospitalier. Les enregistrements des segments sélectionnés ont été visionnés. Les communications entre acteurs ont été transcrites. Les données d'autoconfrontation ont été traitées de la même manière. La construction des tableaux à deux volets a été réalisée. Le Volet 1 comprend les transcriptions des interactions entre acteurs en situation, le Volet 2 constitué des transcriptions des communications de l'acteur (infirmière observée ou autre partenaire du terrain) et de l'observatrice lors de l'autoconfrontation (Tableau N°4).

Outre les deux volets comprenant les verbalisations des deux acteurs lors de la visite médicale sur dossier ainsi que les verbalisations de l'infirmière, le tableau ci-après comporte la description des acteurs et de leurs actions au cours de cette scène. Cette description est faite dans le langage de l'observatrice ou « point de vue externe ».

L'expression de l'acteur en situation associée à celle faite lors de l'autoconfrontation permet de rendre compte du « primat de l'intrinsèque » (Theureau, 2004). Cette formule se rapporte à l'accès aux significations de l'acteur et aux processus de construction / mobilisation de ces significations. Le principe du primat de l'intrinsèque repose sur le postulat qu'un acteur agissant dans un environnement, ne prend pas en compte tous les éléments qui le composent, mais uniquement ceux qui, pour lui, sont signifiants. En fonction de son engagement, il agit dans un environnement qu'il considère comme significatif. L'acteur construit sa réalité subjective et n'agit pas dans un monde objectif comme peut le laisser supposer l'unique point de vue extérieur.

Description générale des acteurs au cours de cette visite médicale sur dossier

Médecin-assistant et infirmier sont installés côte à côte devant le « desk ». L'infirmier est installé devant l'ordinateur. Alternativement, il regarde le médecin-assistant puis consulte le dossier informatisé. Le médecin a un document papier devant lui qu'il consulte de temps en temps ou sur lequel il note de nouveaux éléments issus de l'échange avec l'infirmier. Alternativement chacun d'entre eux mène l'entretien à partir des problèmes prioritaires et actuels des patients. D'autres sujets sont aussi discutés: la fatigue du médecin-assistant qui vient d'effectuer une garde de nuit ainsi qu'une intervention chirurgicale qui s'est terminée à six heures du matin et le suivi médical des patients qui sera assuré par un autre médecin-assistant.



Volet 1

Volet 2

Descriptions des actions observées au cours de cette « scène »	Verbalisation lors de la visite médicale	Verbalisations de l'infirmière en autoconfrontation
L'infirmier regarde l'écran de l'ordinateur, puis regarde le médecin Le médecin consulte le document papier, puis se tourne vers l'infirmier L'infirmier, semble gêné, tire sur son pantalon, et dit À cet énoncé, l'infirmier tourne sa tête pour regarder le dossier informatisé Puis ils se regardent à nouveau L'infirmier regarde le médecin L'infirmier cherche à se souvenir du nom du produit et met la tête en arrière (regard vers le plafond) Le médecin regarde l'infirmier en énonçant le mot « nutriflex » en secouant le stylo qu'il a dans la main (semble dire j'ai trouvé) L'infirmier regarde le médecin Ce dernier tend la main et saisi le téléphone	Inf : Puis moi j'ai encore Mme d'A qui va pas mal je trouve par rapport à ce qu'elle a Med : Mais elle était pas mal Inf : Non, mais avec sa santé comme elle a perforé et tout Med : Voilà c'est ça le problème Inf : Je m'attendais à voir plus Med : C'est pour ça qu'elle reste à jeun stricte... on refait une gastro jeudi j'ai vu qu'il y avait déjà le TP d'hier qui était bon à 100 je vais téléphoner à l'anesthésiste pour poser une parentérale en attendant ça fait trois jours sans manger... je n'ai pas vu comment elle est maintenant, mais vu son âge je dirais que 3 jours sans manger ça va pas... Inf : Mais tu veux poser une voie centrale Med : Oui Inf : Ou bien tu veux du périphérique... Med : Ah y'a du périphérique ? Inf : Oui y'a... euh... le... euh... comment ça s'appelle ? Med : Ah... le nutriflex ?	Inf. : Là on peut voir ce qu'on fait... les trucs sur la communication non verbale... mon interrogation par rapport à une personne qui doit rester que 3 jours là... par rapport aux indications de mettre une voie centrale au risque qu'il y ait... à ce que ça demande... ben là bon je lui dis après, mais là je vois que sur mon visage je suis pas... j'ai quand même l'air un petit peu dubitatif... et comme dans le hoquet c'est... (il fait une mimique du visage)... Ch. : Tu essayes quand même de lui dire... euh... pas de voie centrale, mais... Inf. : Pas encore, mais après ça vient si... ben là... justement il parle de voie centrale et moi je suis pas convaincu je propose de mettre en périphérique... c'est quelque chose... euh... enfin... une idée que

L'infirmier réagit à cet énoncé Le médecin se reprend et dit vivement Le médecin semble ennuyé L'infirmier émet un rire et dit Le médecin raccroche et énonce ce qui doit être réalisé. Évoquant le port-à-cath, il pointe son crayon vers la base de son cou.	Inf. : Le nutriflex oui... le nutriflex on le met en périphérique... demande peut-être à tes chefs voir ce qu'ils pensent... Med : Justement c'est à... docteur... euh... j'ai déjà hésité à mettre... euh... une parentérale et je me suis dit oh, mais quand même... (il prend le téléphone pour appeler le médecin-chef de clinique) je vais voir... Inf. : Voir pour combien de temps c'est... si c'est pour 3 jours y'a pas tellement de... autrement ça vaut pas tellement la peine de... (son interlocuteur décroche le téléphone) Med : Oui c'est T... j'appelle pour Mme D'A. pour toi ça va si on met du parentéral par... périphérique avec du nutriflex ou bien tu veux vraiment du novasource par VVC ? Interlocuteur (au téléphone) Inf. : Novasource par VVC ? (rire) Med : Pas novasource... euh... Inf. : Structo Med 1 : Structokabivène par VVC Interlocuteur : Med : Juste ça... ok... ciao Med : (à V) Alors on met un port-à-cath avec... (sourire) nutriflex oui... Inf. : Combien ? Med : Voir avec la diét...	j'amène lui il la prend tant mieux... ce qui n'arrive pas toujours... des fois c'est... euh... c'est comme ça... de toute façon c'est un peu le rôle justement d'amener des idées qui sont plus... basées sur les habitudes et de son expérience que ce qu'on voit que le médecin aura plus... euh... au début en tous cas... y'a plus les connaissances... d'amener des idées qui sont plus basées sur les habitudes et de son expérience que ce qu'on voit que le médecin aura plus... euh... au début en tous cas... y'a plus les connaissances... y'a plus les théories qui commencent à... qu'on propose et puis là je... là il appelle...et puis là je dis vraiment ce que je pense par rapport... euh... au début parce que c'est court et puis que ça vaut pas la peine de... enfin de faire intervenir l'anesthésiste et tout ça et c'est quand même un acte... euh... c'est quand même un cathéter qui va jusqu'à l'oreillette donc c'est pas... ça reste quand même risqué quoi... Inf. : Là il fait une erreur en parlant des médicaments L'infirmier se met à rire ch. : Alors ? Inf. : Bon là c'est clairement lui... on voit qu'il est fatigué... il mélange toutes les sortes de nutrition puis novasource c'est quelque chose qu'on donne qui est pas du tout stérile, qu'on donne par les sondes... euh... nasogastriques et tout ça donc là je rigole un peu
---	--	---

Tableau 4 : Extrait d'un protocole à deux Volets.

Construction des signes hexadiques des infirmières observées et de leurs partenaires de terrain

Trois catégories de l'expérience humaine selon Pierce

À partir des options théoriques du « cours d'action », nous avons procédé à la documentation des différentes catégories d'expérience en respectant l'ordre de construction des signes, c'est-à-dire l'ordre d'apparition des trois catégories de l'expérience humaine proposées par Peirce (1978). La première catégorie est celle de la priméité : l'engagement (E), l'actualité potentielle (A) et le référentiel (S), la deuxième est celle de la secondéité : le représentamen (R), et l'unité élémentaire (U), et la troisième est celle de la tiercéité : l'interprétant (I).

La priméité est la catégorie d'expérience d'un acteur tel qu'il est positivement sans référence à quoi que ce soit d'autre. Elle se caractérise par la révélation immédiate de soi au monde. Par exemple, la sensation du « mouillé » saisie dans sa seule présence. Par son indétermination, la priméité se rattache au mode potentiel dans la mesure où elle constitue pour l'acteur une ouverture – liée à ses expériences passées – de possibles non actualisés dans l'expérience présente.

La secondéité est la catégorie d'expérience d'un acteur lors de la concrétisation d'un fait. Elle traduit l'expérience pour l'acteur d'une interaction particulière avec son monde. Par exemple, la sensation du « mouillé » mise en relation avec la « pluie qui tombe ». La secondéité se rattache au mode actuel dans la mesure où elle est l'actualisation concrète d'un ou plusieurs possibles pour l'acteur. Par exemple, l'action de se protéger de la pluie qui tombe ou de penser que la pluie est utile pour la végétation.

La tiercéité est la catégorie d'expérience d'un acteur donnant lieu à l'élaboration de raisonnements, à la généralisation. Elle est le mode de la construction de connaissances. Par exemple, l'expérience-type d'être de mauvaise humeur quand il pleut, confirmant à l'acteur la régularité de son expérience dans des situations vécues par lui comme similaires. La tiercéité permet la typicalisation de son rapport au monde à partir des expériences passées et présentes. Elle se rattache au mode virtuel dans la mesure où elle produit et/ou modifie les connaissances de l'acteur selon un mode dégagé des contingences (Ria et Chaliès, 2003 ; Theureau, 2004).

Identification des composantes du signe : quelques préalables

Lors des séances d'autoconfrontation, il n'a parfois pas été possible de documenter exhaustivement les données d'observation. Nous avons utilisé alors un ensemble d'inférences

afin de compléter les composantes du signe hexadique en faisant appel, comme le propose Theureau (2001), à la “ rétrodiction ”, au comblement des manques des sources par des inférences.

À l’instar des procédures proposées par Veyrunes (2004), nous avons : a) soit repéré ce qui fait signe pour l’acteur dans la situation (le representamen (R)) à partir des verbalisations et de l’observation des comportements, b) soit repéré ses attentes (aR), c) soit identifié par déduction ses préoccupations dans la situation (eR) en partant de l’hypothèse que les attentes (aR) constituent le prolongement, la concrétisation des préoccupations dans la situation (eR) au moment *t*. Et enfin, les dernières sources d’inférence ont été l’ensemble des connaissances de l’observatrice principale des situations étudiées, des soins infirmiers dans le domaine de la chirurgie hospitalière, des travaux de recherche effectués dans le domaine de la collaboration et de la coopération en milieu hospitalier et enfin des travaux portant sur l’analyse du cours d’action ou l’analyse de l’activité de manière générale.

Les paragraphes qui suivent permettent la description des démarches réalisées pour l’identification des composantes du signe hexadique. Le Tableau N° 5 sert la description des composantes du signe hexadique.

Identification des Unités des cours d’expérience

Le cours de l’activité a été décomposé en unités élémentaires à partir de l’analyse des protocoles à deux volets présentant de façon synthétique et exploitable des données d’enregistrement et d’auto-confrontation. Au cours de cette phase d’analyse locale et de déconstruction du cours de l’activité, nos questions ont porté sur les actions pratiques (Que fait-elle ?), aux communications (Que communique-t-elle et avec qui communique-t-elle ?), aux focalisations (Sur quoi se concentre-t-elle ?), aux interprétations (Que pense-t-elle ?) et aux émotions (Que ressent-elle ?). Ces données ont été articulées entre elles de façon à permettre l’identification et l’étiquetage des unités élémentaires. Ces dernières sont formulées avec un verbe d’action au présent suivi d’un complément d’objet direct et/ou indirect. Un second verbe d’action au participe présent est aussi utilisé lorsqu’il s’agit de traduire un engagement pluriel de l’acteur. L’usage d’un adjectif qualificatif est aussi utilisé pour traduire l’état émotionnel de l’acteur (Salini, 2013 ; Veyrunes, 2004).

Identification du Representamen

Le Representamen (R) a été identifié en cherchant ce qui, dans la situation au temps t , est pris en compte par l'acteur. Il a été identifié en réponse aux questions suivantes : Quel est l'élément significatif dans la situation pour l'acteur ? Quel(s) élément(s) de la situation considère-t-il ? (une affirmation de son interlocuteur, par exemple). Quel est l'élément rappelé, perçu ou interprété par lui ? (une situation vécue précédemment, par exemple). Lors des entretiens d'autoconfrontation, certains représentamen (R) ont été exprimés par les acteurs, d'autres ont été inférés par la chercheuse, en fonction de sa connaissance du domaine d'activité des infirmières.

Identification de l'Engagement

L'Engagement a été identifié en cherchant à saisir les horizons des possibles ou ouverts (d'intentionnalité) saillants pour l'acteur au temps t , en fonction de ce qui faisait signe pour lui, c'est-à-dire du Representamen. Il est identifié par les questions suivantes : Quelles sont les intentions manifestées par l'acteur ? Quelles sont des préoccupations en lien avec l'élément (ou les éléments) pris en compte dans la situation ? Quelles recherches s'activent ou se continuent ? Quelles émotions ou sentiments l'acteur exprime-t-il ? En relation avec le contexte hospitalier et la mission qui lui incombe, nous avons repéré des similitudes dans l'engagement des acteurs en présence ce qui nous a conduits à uniformiser la formulation de ces engagements. Les deux principaux engagements repérés sont : « Chercher à contribuer à l'interprétation partagée de la situation » et « Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation ».

Identification des Attentes ou structure d'anticipation

L'Attente (A) est ce qui, compte tenu de son Engagement, est attendu par l'acteur dans la situation à un certain instant. Elle a été identifiée à partir des questions suivantes : Quelles sont les attentes de l'acteur à cet instant résultant de sa ou ses intentionnalités et de l'élément considéré dans la situation ? Quelle(s) modification(s) attend-il de sa situation ? Quelles anticipations ont été bouleversées par (R) ?

Identification du référentiel ou culture propre ou Savoir situé

La culture propre ou savoir situé (S) exprime les connaissances effectivement mobilisées dans la situation à un certain instant. Le (S) a été identifié par le questionnaire suivant : Quelles sont les connaissances mobilisées par l'acteur au temps *t* ? Quelles sont les métaphores conceptuelles qu'il propose de façon explicite ? Lors de cette phase d'identification nous avons préféré synthétiser les propos de l'acteur en raison de la multiplicité des savoirs mobilisés. Lorsque certains éléments pouvaient être inférés des expressions de l'acteur, nous avons eu recours à des formulations selon la structure « sujet-prédicat » (e.g. « la double responsabilité (médecine-chirurgie) peut entraîner des confusions dans les prescriptions et suppose la vigilance des infirmières », ou des formulations qui annoncent des « règles d'action » : e.g. « la prescription d'investigation est faite par les médecins, elle n'est pas à remettre en question ».

Identification de l'Interprétant

L'interprétant (I) rend compte du fait que toute activité s'accompagne potentiellement d'un apprentissage. Il a été identifié par le questionnaire suivant : quelles connaissances sont confirmées ou invalidées par l'acteur ?

Comportement observable et extrait de verbatim	Signe Hexadique de l'infirmière
 Médecin-chef de clinique, infirmière et médecin-assistant novice sont dans le couloir, à proximité de la chambre du patient. Les deux médecins sont	Unité d'action (U) Demande au médecin-chef de clinique les résultats de la gazométrie veineuse du jour
	Representamen (R), Le chef de clinique consulte le dossier informatisé du patient et les résultats des examens sanguins,
	Engagement (E) Cherche à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation
	Attente (A)

côte à côte, face à l'ordinateur ; l'infirmière est en face du médecin-chef de clinique qui consulte les résultats des examens sanguins du patient « <i>c'est une créat qui était élevée et revenue à la norme... aujourd'hui... donc 151 de créatine... c'est ça ?</i> » L'infirmière pose la question : « <i>Et sa gazo-veineuse là ça donne quoi ?</i> » Med : « <i>Et sa gazo-veineuse c'est ce que je suis en train de voir en ce moment... (inaudible)... 25-34- oui ça fluctue un petit peu comme-ci comme ça... hein...</i> » Termine sa phrase en regardant l'infirmière	S'attend à avoir les résultats par l'intermédiaire du chef de clinique. S'attend à devoir adapter les soins en fonction des résultats
	Référentiel (S) Sait que le patient avait été hospitalisé dans l'institution, il y a deux jours Croit qu'il avait été transféré dans un centre hospitalier universitaire afin de traiter son acidose métabolique Ne connaît pas le motif réel de ce transfert
	Representamen (R) Une gazométrie a été effectuée le matin même au patient. Les résultats des examens sanguins parviennent directement au médecin Le patient présente une acidose métabolique difficile à gérer
	Interprétant (I) Apprend que les résultats sont fluctuants et il n'y a pas d'amélioration dans l'état de santé du patient Les résultats des examens sanguins sont bien parvenus au médecin

Tableau 5 : Extrait de la déconstruction de l'activité d'une infirmière lors d'une visite médicale avec un médecin-chef de clinique : les composants du signe hexadique.

Analyse globale du cours d'action des infirmières et autres acteurs

Les unités élémentaires s'enchaînent et s'enchâssent en des unités plus larges du fait des relations qu'elles entretiennent entre elles. L'identification de ces niveaux d'organisation plus large constitue l'objet de l'analyse globale qui spécifie l'hypothèse selon laquelle l'activité s'auto-organise.

Dans le cadre de notre recherche, en relation avec les données collectées, nous avons mis en évidence la relation séquentielle entre unités d'action dont un exemple figure ci-dessous.

Construction des séquences

La construction des séquences a été réalisée en identifiant les enchaînements d'unités significatives élémentaires qui présentaient des relations de cohérence séquentielle. Les séquences sont composées de deux ou de plusieurs signes. Associant les signes considérés, elles traduisent une préoccupation significative pour l'utilisateur dans la situation rendant compte d'un engagement de niveau plus global que celui de l'unité élémentaire. Deux signes

ou plus sont rentrés dans la composition d'une même séquence lorsque l'un est déterminé, en partie, par le résultat de l'autre et lorsque les préoccupations associées sont identiques.

L'exemple présenté ci-dessous (Tableau N°6) montre des relations séquentielles entre signes chez un médecin et l'intérêt de l'analyse globale de l'activité. Ainsi, la première relation séquentielle est caractérisée par une même préoccupation (connaissance exacte de l'état de santé de la patiente et de son traitement), la mobilisation des mêmes types (partager la connaissance avec l'infirmier qui n'a pas lu les données figurant dans le dossier médical) et des Représentamen du second et du troisième signe qui sont en cohérence les uns avec les autres. Les propos de l'infirmier, la perforation du duodénum et le traitement qu'elle nécessite font signe pour le médecin et permettent d'enchaîner une suite d'actions déterminées à l'avance qui concernent à la fois le travail coopératif entre médecins et infirmiers face à ce type de lésion ou de pathologie et de l'adaptation en situation aux exigences de la situation et aux propos de l'infirmier. Il en est de même pour les Signes quatre et cinq qui relèvent de la recherche de connaissances opérationnelles et précises de la situation de la patiente. L'analyse globale permet de mettre en évidence l'alternance entre signes ayant la même finalité : fournir des connaissances, avoir des connaissances, puis de nouveau fournir des connaissances opérationnelles et précises de la situation.

Signes (du médecin)	Séquence (du médecin)
U1 : Confirme que la patiente « n'est pas mal » R : L'évaluation énoncée par l'infirmier « <i>qui va pas mal je trouve... par rapport à ce qu'elle a...</i> » E : Cherche à confirmer l'évaluation faite par l'infirmier A S'attend à ce que l'infirmier soit confirmé dans ce qu'il sait « <i>comme elle a perforé et tout</i> » S : L'état de santé de la patiente, de l'incident qui s'est produit lors de l'intervention chirurgicale et du traitement à mettre en œuvre- l'infirmier ne connaît pas tous les détails- I : Importance de la communication à l'infirmier du problème de santé prioritaire de la patiente ----- U2 : Dit « <i>C'est ça le problème</i> » (la perforation du duodénum qui nécessite de garder la patiente à jeun) R : La perforation du duodénum est un problème, l'infirmier surestime l'importance (taille) de la perforation et semble méconnaître le problème du point de vue chirurgical E : Cherche à indiquer le diagnostic chirurgical actuel À : Préciser le problème et fournir la suite des indications thérapeutiques à suivre en fonction du problème de la patiente	

S : La patiente a subi une biopsie ; lors de l'opération, le duodénum a été perforé, puis suturé I : Les infirmières n'ont pas connaissance de l'ensemble des données figurant dans le dossier médical ----- U3 : Énonce le traitement et les actions de soins à mettre en œuvre (le recours à l'alimentation parentérale) R : L'âge de la patiente (66 ans) et le déficit nutritionnel lié à la nécessité de la garder à jeun E : Cherche à ce que l'infirmier connaisse et mette en œuvre le traitement prescrit et à ce que la patiente soit alimentée rapidement À : S'attend à ce que l'alimentation parentérale soit mise en œuvre immédiatement afin d'éviter les risques de complication (déficits en protéines, vitamines, calcium, liquides, etc.) S : L'âge de la patiente et la nécessité de répondre à ses besoins énergétiques et nutritifs; à la suite d'une petite perforation, l'alimentation peut être reprise après trois à quatre jours ; contrôler le taux de prothrombine avant de poser une voie veineuse centrale ; rôle de la diététicienne : régler la quantité de structokabivène à administrer I : Confirmation de l'importance de la communication des prescriptions et de l'organisation des soins	Fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas <i>(première relation séquentielle).</i>
U4 : Saisit le téléphone E : Cherche à appeler le chirurgien opérateur À : S'attend à obtenir une confirmation ou infirmation de la proposition d'administrer l'alimentation parentérale par voie périphérique R : La proposition faite par l'infirmier S : Sait que le chirurgien opérateur reste responsable des décisions relatives aux soins et traitements de ses patients Sait qu'il est médecin-assistant et qu'il doit faire appel à l'opérateur pour toute décision I : Est confirmé dans sa connaissance : l'opérateur est responsable des soins, faire appel à lui pour toute décision importante relative à ses patients.	Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation
U5 : Vérifie la possibilité d'adopter la suggestion faite par l'infirmier auprès de l'opérateur : « pour toi ça va si on met du parentéral par... euh... périphérique avec du » E : Cherche à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas À : S'attend à obtenir son accord, qu'il reste responsable et impliqué dans la prise de décision S : N'étant pas sûr de la décision à prendre, le chirurgien opérateur reste responsable des décisions prises. R : La question-suggestion de l'infirmier I : Est confirmé : a) dans sa connaissance de la responsabilité du chirurgien-opérateur, b) de la nécessité d'obtenir son accord dans les décisions prises, c) connaissance des produits alimentaires à administrer par voie parentérale d) apprend que la patiente devra être traitée pour son lymphome et qu'elle devra avoir un port-à-cath	<i>(deuxième relation séquentielle)</i>

U6 : Confirme la voie d’abord choisie pour l’alimentation parentérale : « <i>alors on met un porte à cath avec</i> » E : Cherche à ce que l’infirmier connaisse et mette en œuvre le traitement prescrit et à ce que la patiente soit alimentée rapidement R : La suggestion faite par l’infirmier, l’âge de la patiente (66 ans) et le déficit nutritionnel lié à la nécessité de la garder à jeun, le diagnostic de lymphome À : S’attend à ce que l’alimentation parentérale soit mise en œuvre immédiatement afin d’éviter les risques de complication (déficits en protéines, vitamines, calcium, liquides, etc.) S : L’âge de la patiente et la nécessité de répondre à ses besoins énergétiques et nutritifs; à la suite d’une petite perforation, l’alimentation peut être reprise après trois à quatre jours ; contrôler le taux de prothrombine avant de poser une voie veineuse centrale ; rôle de la diététicienne : régler la quantité de structokabivène à administrer I : Confirmation de l’importance de la communication des prescriptions et de l’organisation des soins le médecin-assistant fourni des connaissances opérationnelles et précises du cas (U)	
U7 : Délègue le contact avec la diététicienne « <i>nutriflex à voir avec la diét</i> » E : Cherche à ce que l’infirmier connaisse et mette en œuvre le traitement prescrit et à ce que la patiente soit alimentée rapidement en commençant par le contact à prendre avec la diététicienne R : L’avis de l’opérateur, la suggestion faite par l’infirmier, l’âge de la patiente (66 ans) et le déficit nutritionnel lié à la nécessité de la garder à jeun, le diagnostic de lymphome À : S’attend à ce que l’alimentation parentérale soit mise en œuvre immédiatement afin d’éviter les risques de complication (déficits en protéines, vitamines, calcium, liquides, etc.) S : L’âge de la patiente et la nécessité de répondre à ses besoins énergétiques et nutritifs; à la suite d’une petite perforation l’alimentation peut être reprise après trois à quatre jours ; contrôler le taux de prothrombine avant de poser une voie veineuse centrale ; rôle de la diététicienne : régler la quantité de structokabivène à administrer I : Confirmation de l’importance de la communication des prescriptions et de l’organisation des soins	Fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas

Tableau 6 : Exemple portant sur a) l’identification et la nomination de séquences chez un médecin et b) l’intérêt de l’analyse globale

Analyse de l’articulation des cours d’action

En relation avec la situation en cours et après identification des personnes en présence et construction du cours d’action de chacun d’entre eux, les différents cours d’action ont été regroupés dans un tableau afin d’identifier, sur la base de leur synchronisation, la succession des articulations des signes des différents partenaires. À chaque instant de la période d’interaction entre partenaires, nous avons identifié la correspondance, ou non-correspondance, entre les signes de chaque acteur. Cette phase nous a permis de mettre en

évidence les modes de coopération et de coordination ainsi que les activités des autres acteurs prises en compte par les infirmières pour l'organisation de leur propre travail, la coordination et la continuité et l'efficacité des soins (Tableau N° 7).

Description de la situation	Signe hexadique – médecin	Signe hexadique – infirmier
Médecin et infirmier sont installés devant le dossier informatisé de la patiente. Le médecin indique à l'infirmier le plan thérapeutique à suivre	Unité d'action (U) Informe l'infirmier du choix du traitement : pose d'une voie veineuse centrale par l'anesthésiste et alimentation par cette voie pour une durée de trois à quatre jours.	Unité d'action (U) Suggère une voie d'abord périphérique « <i>il parle de voie centrale je ne suis pas convaincu je propose de mettre en périphérique...</i> »
	Engagement (E) Cherche à fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas « <i>ma préoccupation c'est de la nourrir</i> »	Engagement (E) Cherche à donner l'impulsion pour une interprétation partagée du cas.
	Attente (A) S'attend à ce que les actions de soins soient mises en œuvre immédiatement	Attente (A) S'attend à ce que le médecin-assistant modifie sa prescription « <i>c'est une idée que j'amène... lui il la prend... tant mieux... ce qui n'arrive pas toujours</i> »
	Référentiel (S) La patiente est âgée « (...) <i>trois jours sans manger ça ne va pas</i> », « <i>le TP (...) était à 100</i> » ; La voie veineuse centrale doit être posée par l'anesthésiste, La quantité de Structokabiven® à administrer doit être réglée par la diététicienne	Référentiel (S) La pose d'une voie veineuse centrale est plus invasive que la pose d'un cathéter périphérique : risque de complications pour la patiente « <i>c'est court et puis ça ne vaut pas la peine de faire intervenir l'anesthésiste et tout ça et c'est quand même un cathéter qui va jusqu'à l'oreillette ça reste quand même risqué quoi</i> » Elle nécessite de faire appel à différents professionnels, cette technique a des incidences sur l'organisation du travail Le rôle professionnel d'infirmière consiste à « <i>amener des idées qui sont basées sur les habitudes et l'expérience (...) le médecin aura plus, au début en tous cas, des connaissances... des théories</i> ».

	Representamen (R) L'âge de la patiente	Representamen (R) La prescription faite par le médecin-assistant de poser une voie veineuse centrale pour une durée de trois jours
	Interprétant (I) Apprends par l'infirmier que le nutriflex ® peut être administré par voie périphérique	Interprétant (I) Apprends que la patiente a un lymphome et doit avoir un port-à-cath Est confirmé dans le rôle à jouer lors d'intractions avec le médecin et la posture de partenaire à adopter en suggérant d'autres possibles.

Tableau 7 : Extrait de la chronologie et de la mise en correspondance des cours d'action d'un médecin et d'une infirmière lors de la VM 1

Validité du traitement des données et des résultats

Diverses procédures de vérification ont assuré la validité du traitement des données et des résultats.

Le contrat de coopération entre participants et observatrices était basé sur un engagement à long terme (plusieurs mois), il a favorisé une connaissance mutuelle et la collecte d'une grande quantité de matériau à traiter et permis de garantir la validité des sélections dans le corpus et les recoupements des données entre elles (triangulations variées).

Le plus rapidement possible, les données brutes, des scripts des épisodes et des séances d'autoconfrontation ainsi que les bandes audio-vidéo ont été mis à disposition des participants. Les transcriptions leur ont été soumises afin de s'assurer de leur validité.

Les données ont été codées par deux chercheurs indépendants. Le consensus qui devait être obtenu concernait le nombre et les noms des unités élémentaires, ainsi que leurs relations séquentielles. L'analyse qui en a résulté a été soumise à d'autres chercheurs, considérés en tant que « *disinterested peers* » (Lincoln & Guba, 1985, p. 308). Enfin la présentation aux participants des résultats de l'analyse, a concouru à sa validation.

Chapitre 5

Une activité collective conjointe et un processus commun

Ce chapitre présente, à partir de huit séquences retenues et analysées dans le cadre de cette étude, les spécificités de l'activité collective conjointe et le processus de travail commun de divers professionnels du milieu hospitalier. Il est structuré en deux sections.

1. Huit séquences de travail coopératif : une synthèse

1.1 Corpus retenu et critères de sélection

Au cours des journées d'observation, différents moments significatifs du travail collectif et de la coopération et coordination ont été filmés et analysés : nous avons sélectionné deux épisodes d'interaction entre infirmières et physiothérapeutes (EPI-1 et EPI-2), deux épisodes entre infirmières (EII-1 et EII-2) et quatre visites médicales sur dossier regroupant infirmières et médecins (VM1- VM2-VM3-VM4). Ces épisodes sont présentés de manière synthétique³⁰ ci-dessous. Les critères suivants sont à la base de ce choix :

- Le partage d'une même situation de travail, l'interférence et l'interdépendance entre activités, et l'articulation collective dynamique d'activités individuelles autonomes.
- Les acteurs de ces différents épisodes ont été volontaires et ont signé le document de consentement éclairé.
- La « visite médicale au lit du patient » a été exclue de nos observations filmées. Pour des raisons éthiques et méthodologiques, nous nous sommes limitées à la visite médicale sur dossier.

1.2 Description synthétique de huit épisodes entre professionnels

Le premier épisode a lieu dans le bureau des infirmières. Il regroupe infirmier et médecin-assistant pour une visite médicale sur dossier « VM 1 »³¹. Le médecin-assistant termine une veille. Il a opéré jusqu'à 6 heures du matin. Il effectue la visite avant de rentrer chez lui. Ces deux acteurs traitent les situations de plusieurs patients parmi lesquelles la situation d'une

³⁰ Une sélection de ces échanges est présentée de manière détaillée dans les chapitres suivants.

³¹ Annexes 10, 11, 12, 13.

patiente opérée pour biopsie sur suspicion de lymphome. Elle est actuellement traitée et soignée pour perforation iatrogène du duodénum et alimentation parentérale. Cette visite médicale se déroule dans une ambiance collégiale facilitant le partage et le développement des connaissances de chacun. Les deux acteurs se connaissent, travaillent ensemble depuis trois mois et s'apprécient.

Le deuxième épisode « VM2 »³² a lieu dans le couloir à proximité des chambres des patients. Il regroupe médecin-chef de clinique, médecin-assistant novice – à sa première journée de travail dans l'Unité- et infirmière. Le médecin-chef de clinique introduit le médecin-assistant dans l'Unité. L'infirmière reprend ce jour-là le travail après deux jours de congé. Elle connaît certains patients pour les avoir déjà soignés. Médecin- chef de clinique et infirmière traitent les situations de plusieurs patients. Le médecin-assistant écoute et n'intervient presque pas. Parmi les situations traitées, médecin et infirmière évoquent celle d'un patient souffrant de cancer de la vessie et des reins, acidose métabolique³³, urinome³⁴, métastases osseuses ; ce patient revient à l'hôpital après un séjour très bref dans un hôpital universitaire pour pose d'une sonde drainant l'urinome. Infirmière et médecin-chef de clinique se connaissent pour avoir déjà travaillé ensemble. L'infirmière apprécie de faire la visite médicale avec un chef de clinique, car cela lui permet d'approfondir ses connaissances des situations des patients. Quant au chef de clinique, il sait que « cette infirmière sait ».

Le troisième épisode entre médecin et infirmière (VM3)³⁵ a lieu dans le couloir à proximité du bureau des infirmières et regroupe médecin senior et infirmière. Le médecin remplace le médecin-assistant de l'Unité absent pour un congrès. Il ne connaît pas les patients. L'infirmière est à son premier jour de travail après deux jours de congé. Elle a travaillé trois semaines consécutives dans l'Unité de chirurgie avoisinante. Le médecin senior étudie les dossiers des patients de l'Unité en présence de l'infirmière. Il lit à haute voix les données, pose des questions à l'infirmière, commente l'anamnèse des patients et critique les diagnostics médicaux et traitements. L'infirmière répond à quelques questions, car ne connaît pas les

³² Annexes 14, 15, 16, 17.

³³ L'acidose métabolique est une accumulation excessive d'acides dans le sang (son pH devient inférieur à 7,38, la norme étant comprise entre 7.38 et 7.42). Elle est due soit à une production excessive d'acides par l'organisme, soit à une élimination insuffisante de ces acides par les reins.

³⁴ Structure pathologique au niveau de l'abdomen contenant de l'urine et apparue suite à la résection de la vessie du patient.

³⁵ Annexes 18, 19, 20, 21.

patients. Elle est préoccupée par le travail à réaliser auprès des patients de toute l'unité et par ses responsabilités vis-à-vis de l'étudiante dont elle est la référente pour la journée. Lors de l'entretien d'autoconfrontation l'un et l'autre relèvent les difficultés éprouvées lors de cet échange et l'évaluation portée sur le travail du partenaire.

Le quatrième épisode (VM4)³⁶, se déroule au bureau des infirmières, et regroupe la médecin-assistant, l'étudiante infirmière et l'infirmière. Après avoir discuté avec le chef de clinique, la médecin-assistant effectue la visite médicale pour une patiente ayant été opérée pour un pontage aorto-bi-fémoral³⁷ et présentant des complications au niveau de la plaie. Cette patiente souffre aussi de dépression et présente un début d'ongle incarné. Infirmière et médecin-assistant, tout en traitant les différents problèmes de santé de la patiente, allient leurs efforts afin de permettre à l'étudiante de développer ses compétences et de rapporter ses préoccupations vis-à-vis de la patiente dont elle a la charge.

Le cinquième épisode « Infirmier-physiothérapeute » (EPI-1)³⁸ a lieu dans le bureau des infirmières. La physiothérapeute et spécialiste des troubles de la déglutition, qui travaille dans l'institution depuis une douzaine d'année, rend compte à l'infirmier des résultats d'un test effectué pour une patiente présentant des signes de dysphagie³⁹. Outre ces troubles, cette patiente souffre de sclérose en plaques⁴⁰ décompensée suite à un accident de la route (patiente renversée par une voiture). L'infirmier travaille dans l'institution et dans la même Unité de chirurgie depuis deux ans suite à l'obtention du titre de *Bachelor of Science* en soins infirmiers. Il connaît la patiente pour s'en être occupé ainsi que la physiothérapeute qui passe

³⁶ Annexes 22, 23, 24, 25, 26, 27.

³⁷ Le pontage prothétique aorto-fémoral est une technique chirurgicale fréquemment utilisée pour le traitement des obstructions aorto-iliaques d'origine athéromateuse. Le pontage se réalise entre l'aorte et l'artère fémorale. Le pontage entre l'aorte et les artères de la cuisse (pontage aorto-bifémoral) est pratiqué chez les malades souffrant d'une artérite des deux membres inférieurs et dont les obstacles touchent les artères iliaques ou l'origine des fémorales.

³⁸ Annexes 28, 29, 30, 31.

³⁹ La dysphagie est une difficulté à déglutir.

⁴⁰ La sclérose en plaques est une maladie neurologique auto-immune chronique du système nerveux central. Les symptômes les plus fréquents sont une diminution de vision, la faiblesse d'un ou de plusieurs membres inférieurs ou supérieurs, des fourmillements, picotements, sensations anormales dans les membres, sur le tronc ou le visage, des vertiges, des troubles de l'équilibre, une diplopie (vision double), une difficulté à uriner ou à retenir les urines. Une grande fatigue accompagne, précède ou suit ces symptômes. Ces symptômes sont habituellement associés à des signes objectifs observés à l'examen neurologique.

régulièrement dans l'Unité avant et après avoir rencontré les patients hospitalisés qu'elle doit mobiliser. L'infirmier écoute le rapport oral de la physiothérapeute dont il reconnaît l'expertise. Pour sa part, la physiothérapeute est étonnée de l'écoute et de l'attitude « d'ouverture » de l'infirmier en comparaison de ses expériences antérieures et des difficultés éprouvées lors d'échanges oraux et écrits avec les médecins et les infirmières.

Le sixième épisode (EPI-2)⁴¹ a lieu dans le bureau des infirmières. Il regroupe infirmière et physiothérapeute. La physiothérapeute qui travaille dans l'institution depuis une année cherche à obtenir des informations relatives au départ d'une patiente opérée du genou pour arthrose. L'infirmière travaille dans l'institution depuis de nombreuses années. Elle connaît la patiente dont elle s'occupe depuis quelques jours et la physiothérapeute qui passe dans l'Unité avant et après avoir rencontré les patients hospitalisés pour les traiter. Elles échangent des informations relatives à l'organisation de retour au domicile de la patiente et les démarches à entreprendre pour lui assurer des soins de physiothérapie à domicile. À son arrivée dans le bureau, et en relation avec ses expériences antérieures et celles de ses collègues, la physiothérapeute craint d'être mal reçue par l'infirmière et d'être critiquée. Elle se rend compte progressivement de l'attitude d'ouverture de l'infirmière à son égard et manifeste son étonnement face à cela lors de l'entretien d'autoconfrontation.

Le septième épisode entre infirmier et infirmière (EII-1)⁴² se déroule dans le bureau des infirmières avant le rapport de 13:15. L'infirmière, qui travaille à temps partiel et depuis de nombreuses années dans l'Unité de chirurgie avoisinante, interpelle l'infirmière afin d'obtenir des informations quant aux divergences constatées entre transmissions écrites figurant dans le dossier d'une patiente et les prescriptions médicales données par oral en cours de matinée. L'infirmière, diplômée depuis deux années, travaille à plein temps dans cette Unité. L'infirmier est responsable d'autres patients et d'autres activités. Il répond aux questions de l'infirmière tout en étant préoccupé par ses propres activités et responsabilités. Il tente à trois reprises de s'éloigner, mais à chaque fois l'infirmière le rappelle. Pour lui, les infirmières travaillant à temps partiel et celles ayant une formation antérieure au *Bachelor of science*, malgré l'aide ponctuelle qu'elles fournissent, constituent une charge de travail supplémentaire. Cette charge supplémentaire devrait être prise en compte par les supérieurs hiérarchiques et par l'administration hospitalière.

⁴¹ Annexes 32, 33, 34, 35.

⁴² Annexes 36, 37, 38, 39.

Le huitième épisode entre deux infirmiers (EII-2)⁴³, se déroule dans le bureau. L’infirmier, remplaçant de la responsable de l’Unité, interpelle l’infirmière intérimaire. Cette dernière est diplômée depuis trois années et travaille dans cette Unité et dans cet hôpital depuis deux semaines seulement. Elle ne connaît pas encore les particularités de l’institution. Même les noms des médicaments lui sont inconnus. Elle doit faire des efforts pour s’approprier leurs noms, indications et contre-indications. Elle a obtenu son diplôme dans un pays voisin et a toujours travaillé en tant qu’intérimaire. L’infirmier lui communique les doléances d’une laborantine et cherche à clarifier avec elle où doivent être déposés fiches et tubes de prélèvement sanguin. Une fiche d’investigation a été transmise au laboratoire de chimie par erreur. Ils auraient dû être déposés au CTS (centre de transfusion sanguine) et non au laboratoire de « chimie ». Les questions et informations qu’il donne sur un ton conciliant et amusé sont l’expression de sa reconnaissance des compétences de l’infirmière. Il estime que cette erreur est peu grave et peut être « récupérée » et propose à cette nouvelle collègue d’être accompagnée par une aide lors de son déplacement au laboratoire pour récupérer les tubes. Par sa part, l’infirmière manifeste sa contrariété, car elle estime avoir déjà été interrompue plusieurs fois dans la préparation des médicaments et craint de faire des erreurs. Elle remet à plus tard le déplacement au laboratoire.

2. Activité collective conjointe, processus commun, finalité commune et efficacité

Afin d’assurer les soins et les traitements des patients hospitalisés en milieu aigu, différents acteurs doivent coopérer. Pour atteindre cette finalité, les soins sont partagés entre différentes catégories professionnelles. Selon l’état de santé des patients, il est fait appel à tel ou tel professionnel en fonction des compétences requises.

2.1 Activité collective conjointe

Infirmières, médecins et physiothérapeutes appartiennent à des catégories professionnelles différentes ayant des spécialisations et des compétences différentes. Les activités que chacun réalise sont en étroite interdépendance avec celles des autres. Pour atteindre un certain type de résultat, par exemple l’établissement d’un diagnostic, d’un traitement ou d’un soin visant

⁴³ Annexes 40, 41, 42, 43.

l'amélioration de l'état de santé du patient et la récupération de ses capacités à assurer ses propres besoins, ces acteurs doivent coopérer et réaliser des activités qui ne se caractérisent pas par leur similitude, mais par leur complémentarité. Les activités conjointes mettent en jeu des compétences hétérogènes et des coopérations parfois complexes tenues par des impératifs pratiques communs tels que l'administration de solutions énergétiques par voie parentérale chez une patiente qui doit être maintenue à jeun. L'administration de cette alimentation nécessite l'intervention de l'anesthésiste (pose de la voie veineuse centrale), du radiologue (contrôle radiologique du trajet et de l'emplacement du cathéter central), de la diététicienne (calcul de la quantité d'alimentation parentérale à administrer en fonction de l'âge, du poids et de la taille de la patiente), de l'infirmière (pour, entre autres, la surveillance et l'administration de l'alimentation parentérale), et du médecin traitant (assure les prescriptions et le suivi de la patiente). L'intervention de chacun de ces acteurs est nécessaire à l'atteinte d'une visée commune qu'est, par exemple, le cheminement vers le rétablissement de la patiente.

2.2 Processus, arrangements conjoints, finalité commune et efficacité

Aux configurations conjointes de l'activité collective, caractérisées, comme dans l'exemple ci-dessus, par l'hétérogénéité des compétences et par les complémentarités pratiques entre actions de plusieurs acteurs s'applique le terme de processus (Lorino, s.d.). Par les activités et les coopérations mises en œuvre, le processus permet - ou pas - la réalisation d'arrangements de travail compatibles avec la visée poursuivie. Pour être qualifié de travail coopératif, les arrangements de travail doivent répondre aux principaux critères signifiant la coopération, parmi lesquels l'interdépendance, la construction d'un référentiel commun dans un contexte partagé ou champ de travail commun. Selon Schmidt (1994a, 1994b), le '*cooperative work arrangements*' et le '*common field of work*' se définissent réciproquement et mutuellement dans un rapport de forme/fond. Saury, (2008. P 35) traduit cette idée par « *le partage –au moins potentiel- d'une situation commune* » afin « *de souligner le caractère aprioriste de cette caractéristique, qui ne préfigure pas nécessairement l'activité réelle de coopération entre les acteurs, ni le partage effectif d'une situation de travail commune* ». Afin que la transaction ou arrangement se réalise dans des conditions satisfaisantes, les interactions doivent être réglées et l'arrangement doit être géré de manière à rendre les interactions réalisables. Les exemples ci-après rendent compte de l'aspect normatif/precscriptif de la

coopération et des arrangements /transactions/ et coordinations. Tel peut être le cas des : a) transactions entre médecins et, b) entre médecins et infirmières ou, c) entre infirmières et physiothérapeutes ou, d) lors d'échanges entre infirmières d'une même unité de soins. Ces transactions ou arrangements ont trait aux soins des patients, à l'organisation du travail et à la planification des actions de chacun. Dans l'exemple ci-dessus, médecin-assistant, anesthésiste et radiologue doivent négocier leur présence simultanée pour la pose de la voie veineuse centrale. La diététicienne doit être avertie du traitement à mettre en œuvre et de son intervention au lit de la patiente pour le calcul des quantités de solutions à administrer. Médecin-assistant et infirmier de l'unité doivent coopérer et organiser l'intervention des différents professionnels à des moments les plus opportuns pour tous, notamment pour la patiente. Toutefois, les transactions et arrangements de travail ne sont pas seulement en lien avec ce que les ergonomes nomment « tâche prescrite » mais ils émergent en situation en relation avec le contexte, y compris les autres acteurs. Les significations émergent des interactions entre acteurs et avec l'environnement et l'activité collective conjointe émerge dans l'interaction entre les acteurs. Les processus d'activité collective conjointe comportent des variantes et une part d'improvisation destinées à s'adapter à des situations qui ne sont pas intégralement prévisibles. En relation avec l'exemple ci-dessus, la coopération incluant les arrangements de travail, les activités de chacun des acteurs et les coopérations mises en œuvre sont compatibles avec la visée poursuivie, c'est à dire la pose d'une voie veineuse centrale pour l'alimentation parentérale de la patiente.

Dans l'ensemble des situations observées, les soins des patients sont réalisés par un travail collectif. Divers acteurs sont impliqués dans ce travail coopératif. Pour atteindre une finalité commune « les soins et traitements des patients » et favoriser leur efficacité, il est nécessaire de développer les capacités interactionnelles des acteurs et les espaces de rencontre et de partage des connaissances. Saisir les multiples facettes des situations des patients suppose de confronter divers points de vue. Combiner et confronter ces points de vue et perspectives favorise la résolution des problématiques des patients. Tel que nous l'avons observé, les professionnels de la santé du milieu hospitalier se rencontrent régulièrement pour confronter leurs points de vue et développer leurs connaissances de l'évolution de l'état de santé des patients.

2.3 Activités, interdépendance et émergence d'un référentiel partagé dans un contexte partagé

Les activités des acteurs observés dans cette étude répondent à des degrés divers - on parle alors d'arrangements de travail coopératif (Schmidt, 1994) - aux principaux critères signifiant la coopération, parmi lesquels l'interdépendance, la construction d'un référentiel commun dans un contexte partagé ou champ de travail commun. Les activités des acteurs observés sont interdépendantes, qu'il s'agisse de celles : a) des infirmières et médecins lors de visites médicales ou, b) des physiothérapeutes et des infirmières lors d'échanges portant sur la communication des résultats d'un examen ou la préparation de la sortie d'une patiente, ou c) de celles entre infirmières en vue de clarifier des prescriptions médicales ou les modalités de fonctionnement d'un service ou de l'hôpital.

Interdépendance

L'activité de chacun des acteurs a des incidences sur celle de l'autre. En référence aux exigences du travail infirmier et aux prescriptions institutionnelles explicites et implicites, lorsqu'une infirmière soigne un patient porteur d'une sonde pour urinoir suite à une complication (extrêmement rare) survenue après une intervention chirurgicale, elle doit être en mesure de connaître cette complication, les soins proposés par le chirurgien et leurs finalités. Pour sa part le médecin doit recevoir des informations sur les effets du traitement et les réactions du patient au traitement. Il en est de même entre les activités de chacune des infirmières auprès des patients ou lors d'activités en relation avec d'autres services du milieu hospitalier tels que le laboratoire, la radiologie ou le service hôtelier. L'activité d'une infirmière a des incidences sur les activités menées par une autre infirmière travaillant dans la même unité, car l'ensemble de ces professionnels doit être en mesure de prendre en charge les soins des patients hospitalisés dans l'unité. Les mêmes exigences concernent les activités menées auprès des patients par les infirmières ou par les physiothérapeutes. L'activité d'aide au lever d'un patient réalisée par l'infirmière est dépendante des consignes et des exercices de rééducation proposés par la physiothérapeute, elle-même dépendante d'une prescription médicale. L'interdépendance entre activités et acteurs est modulée par le partage d'informations et la construction d'un référentiel de connaissances commun permettant de comprendre et d'agir conjointement pour soigner les patients.

Référentiel partagé et contexte partagé

Le partage de connaissances contextuelles et l'accès mutuel aux ressources matérielles, sociales et culturelles disponibles dans l'unité de soins et dans l'hôpital sont nécessaires à la coopération. Ainsi, lorsqu'un infirmier expérimenté reçoit un appel téléphonique du laboratoire lui signalant une erreur dans la transmission des fiches de demande d'examen et de tubes de prélèvement sanguin, il sait à quelle infirmière s'adresser. Il sait que cette infirmière intérimaire travaille dans l'unité depuis deux semaines seulement et qu'au cours de la matinée, elle s'est dirigée vers le laboratoire pour y déposer les prélèvements. Sa connaissance de l'institution et de l'infirmière et de son activité récente lui permet de s'adresser directement à elle. Le *verbatim* ci-dessous permet de rendre compte de cette interaction :

V : *Dis-voir H*

H : *oui*

V : *H, il y a le laboratoire qui a appelé, ils ont reçu une feuille du CTS, donc qui n'est pas pour eux*

H : *oui*

V (en riant) : *Il y a 2 endroits, il y a le centre de transfusion et il y a le laboratoire*

V rit et H relève ses deux mains et se cache la bouche...elle semble rire silencieusement et baisse la tête

H : *et pourquoi ils ne m'ont pas dit toute à l'heure, j'étais descendue. Ils étaient là ils étaient là*

(Elle secoue la tête tout en relevant ses bras au ciel et en les secouant)

V : *parce que t'as amené la feuille sans les prélèvements ?*

H : *mais en fait je leur ai donné le prélèvement avec la feuille, sauf que sur la feuille ils n'avaient pas mis le nom et si je n'avais pas vérifié*

V : *donc il faudrait qu'on récupère les prélèvements et la feuille*

H : *donc pourquoi ils ne m'ont pas dit que ce n'était pas là quand je suis descendue...et que je leur ai donné en main propre*

V : *je ne sais pas moi, il faut... parce que les tubes c'est toi qui les as apportés*

H. : *Oui*

V : *au labo en bas avec la feuille rose ?*

H : *je les ai apportés, ils étaient là*

V : *avec la feuille rose c'était pour le CTS*

He : *Ah je ne sais pas*

V : *c'était quoi comme labo ?*

He : *c'était... (Incompréhensible)*

V : *ce n'était pas le CTS*

H : *ce n'est pas au même endroit ?*

V : *non*

He : *haaa... (L'air découragée... navrée) elle tourne le dos à Vincent et fais quelques pas de côté*

V : *écoute,*

Hé : *aah...c'est ouf (elle refait un tour sur elle-même et revient se mettre en face de Vincent)*

V : tu veux que je te montre ou bien

He : peut-être qu'il me faut descendre après... quand je redescends

V : je regarde avec **Mé** si elle a le temps de descendre en vitesse avec toi, je l'ai vu dans le couloir là ... et elle te montre où c'est et tu essaies de récupérer les tubes

H : Je finis les médicaments, sinon je m'éparpille trop là (elle s'éloigne vers l'armoire à pharmacie)

V : ce n'est pas urgent (fin de la phrase inaudible). L'infirmier se tourne vers une physiothérapeute qui attend et qui cherche à lui fournir des informations.

Cette interaction permet à ces deux acteurs de clarifier la situation et d'envisager les actions à mettre en œuvre : il lui propose de faire le trajet jusqu'au laboratoire avec une aide afin de régler cet incident. Craignant de se tromper dans la préparation des médicaments pour ses patients et de commettre ainsi d'autres erreurs, l'infirmière décide de terminer cette activité et de régler cet incident plus tard. L'arrangement de travail qui émerge de leur négociation et de l'articulation/coordination de leurs cours d'action au cours de leur échange est significatif de leur adaptation à l'environnement - y compris l'interlocuteur -, et aux conditions de travail. Connaissant l'un et l'autre les effets de la perte des tubes sanguins et des erreurs pouvant être commises dans la préparation des médicaments pour les patients et pour le travail de l'équipe soignante et les infirmières, cet échange facilite la gestion des interférences entre tâches, ainsi que les activités individuelles de chacun d'entre eux et de celles d'autres collègues et la réalisation de la tâche commune.

Chapitre 6

Articulation des cours d'expériences

Ce chapitre présente quatre situations d'échange entre professionnels. Nous avons opté pour une réduction de cette présentation à quatre situations sur les huit situations analysées. Nous considérons qu'elles sont représentatives ou typiques des interactions, de la coopération et de l'articulation des cours d'action des acteurs en présence.

Ce chapitre est structuré en cinq sections :

La première section porte sur les critères selon lesquels se fonde la typicalité des quatre situations choisies ;

Les quatre sections qui suivent portent chacune sur la description d'une situation et son analyse selon les hypothèses caractérisant la théorie du « cours d'action ».

1. Critères fondant la typicalité des situations choisies

Chacune des situations décrites et analysées ci-après, à l'instar de quatre autres décrites succinctement dans le chapitre 5, est l'expression de l'« histoire », ou objet d'un acteur poursuivant une préoccupation ou un problème pratique, qui reflète son intérêt pour ce qui est ici et maintenant - c'est-à-dire l'histoire du patient et son évolution - mais aussi la modulation apportée au cours de l'interaction par une préoccupation de « recherche », ou par des sentiments émergents ou « passion ». Chacune de ces situations est représentative d'un niveau d'articulation des cours d'expérience déterminés après analyse non seulement de la convergence / divergence des unités d'action et des préoccupations de chacun des acteurs, mais aussi en tenant compte de faits possibles pour l'acteur (ou histoire), de l'« atmosphère », du « paysage émotif », ou d'un « ensemble de valeurs » dans lesquels se développe le cours d'action (ou passion), et enfin du fait que le cours d'action ne comprend pas seulement une passion ou des faits possibles, mais aussi des types possibles, car l'acteur peut aussi poursuivre une préoccupation ou un problème théorique et peut chercher à valider et constituer pour lui de nouveaux types, c'est-à-dire à développer de nouveaux raisonnements et nouvelles connaissances (Theureau 2004, pp, 194-198).

En résumé, outre le partage d'une même situation de travail, l'interférence et l'interdépendance entre activités, et l'articulation collective dynamique d'activités

individuelles autonomes, les critères suivants sont à la base de la détermination de la typicalité des quatre situations décrites ci-après :

- La convergence/ divergence des préoccupations /engagements des acteurs interagissant
- L'intérêt de chacun des acteurs pour ce qui est ici et maintenant dans la situation
- La modulation de cet intérêt par la recherche de savoirs et le développement de nouveaux raisonnements ou nouveaux types ou/et par des sentiments et des valeurs,
- enfin et malgré l'intérêt porté à la singularité de chacune des situations nous avons choisi de décrire de manière détaillée quatre afin d'éviter la redondance et de créer un sentiment de lassitude chez le lecteur.

2. Visite médicale 1 : Ajuster les niveaux d'information de tous en échangeant dans une ambiance collégiale

2.1 Description et analyse de la séquence observée

Le contexte

L'Unité de chirurgie en question accueille des patients devant subir des interventions orthopédiques, digestives ou vasculaires. Elle est composée de sept chambres. Deux chambres peuvent accueillir quatre patients chacune et les autres deux patients chacune. Quinze patients sont hospitalisés dans l'Unité le jour de l'observation. L'Unité est répartie en deux secteurs A et B.

Le Secteur A comprend les Chambres « 31 » à « 34 ». Une infirmière est responsable des soins des patients « d'orthopédie » des Chambres « 31 » à « 33 ». Un infirmier et une étudiante *Bachelor of Science* en soins infirmiers (BSc), s'occupent des patientes de la Chambre « 34 » dont trois d'entre elles ont été opérées pour des troubles digestifs et la dernière pour troubles vasculaires.

Dans le Secteur B, une infirmière et une apprentie assistante en soins et santé communautaire (ASSC) ont la responsabilité de quatre patients opérés pour troubles vasculaires, digestifs ou pulmonaires. Quatre autres patients « d'orthopédie » sont hospitalisés dans les Chambres « 38 » et « 39 ». Ils sont soignés par une infirmière diplômée.

Dans cette Unité trois médecins-assistants interviennent en fonction des spécialités : orthopédie, chirurgie générale ou chirurgie vasculaire.

Les acteurs et leur activité

Cette scène se déroule au bureau des infirmières. Un médecin-assistant et un infirmier sont concernés par une visite médicale sur dossier. Le médecin-assistant, en première année d'assistantat, travaille depuis six mois dans cette Unité. L'infirmier, diplômé depuis deux ans, a travaillé la veille selon l'horaire « 07:00 -16:00 ». Il était absent de l'Unité au moment où a été transférée, depuis l'Unité de soins continus, une patiente opérée pour biopsie et perforation iatrogène du duodénum.

Il est 09:30. À la différence des soignants du Secteur A, les infirmières du Secteur B sont à la pause. L'infirmier observé, responsable des soins des patients de la Chambre « 34 », est installé devant l'ordinateur. Il est au téléphone. Le médecin-assistant de chirurgie générale arrive à cet instant. Il souhaite « *faire la visite médicale* ». Attendant la disponibilité de l'infirmier, il contrôle le tableau sur lequel figurent les noms et numéros de chambres des patients. Il revient vers l'infirmier qui lui propose de s'asseoir. Ils sont installés devant l'ordinateur qui leur permet d'avoir accès aux dossiers informatisés des patients. Alternativement médecin-assistant et infirmier mènent l'entretien à partir des problèmes de santé des patients. D'autres sujets sont aussi abordés : la fatigue du médecin-assistant suite au travail de nuit, l'intervention chirurgicale qui s'est terminée à six heures du matin, et le suivi médical des patients qui devra être assuré par un médecin remplaçant.

L'analyse porte sur le suivi d'une patiente hospitalisée depuis la veille en chirurgie suite à la biopsie et à la perforation iatrogène du duodénum.

2.2 Analyse du cours d'expérience de l'infirmier

Types d'engagement de l'infirmier

Lors de l'identification des composantes du signe hexadique du flux d'activité de l'infirmier, quatre unités de cours d'expérience ont été répertoriées (U). Les unités de cours d'expérience ainsi que les différents engagements identifiés peuvent être reliés à ce que Theureau nomme une « histoire », « recherche » et « passion » (2004, pp. 194-198). L'histoire ou les possibles ouverts par l'engagement de l'infirmier en situation se rapportent à la poursuite d'une préoccupation et d'un problème pratique c'est-à-dire à ce qui est le cas ici et maintenant « les soins à donner en fonction de l'évolution de l'état de santé ». La recherche ou les possibles ouverts par l'engagement de l'infirmier en situation se rapportent à la poursuite d'une préoccupation ou problème « théorique » : il ne s'intéresse pas seulement au cas ici et

maintenant, mais cherche à constituer et à valider pour lui de nouveaux types par la construction commune - avec le médecin-assistant - de l'histoire de la pathologie, des traitements et de la surveillance de la patiente : gravité de l'atteinte du duodénum, adaptation du traitement en fonction de la gravité de l'atteinte et gestion d'une situation où deux cliniques sont responsables du suivi médical. Du point de vue de la « passion » ou émotion significative pour l'acteur en relation avec l'atmosphère du travail, on identifie des valeurs de responsabilité et de solidarité : responsabilité vis-à-vis de l'adéquation des soins à la situation de la patiente, et solidarité vis-à-vis du travail avec le médecin-assistant qui vient de terminer un travail de nuit, méconnaît l'existence de certains types de médicaments ou commet quelques erreurs dans l'énoncé des noms de ces médicaments « *Bon là c'est clairement lui... on voit qu'il est fatigué... il mélange toutes les sortes de nutrition puis novasource c'est quelque chose qu'on donne qui est pas du tout stérile, qu'on donne par les sondes... euh... nasogastriques et tout ça donc là je rigole un peu...* ».

L'analyse du cours d'activité de l'infirmier permet de mettre en évidence des structures significatives s'articulant autour des types d'engagement décrits ci-dessous :

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation**

En faisant part de l'évaluation qu'il porte sur l'état de santé de la patiente et en posant des questions (IU1-4).

La patiente dont l'infirmier s'occupe est hospitalisée depuis la veille dans l'Unité suite à une intervention chirurgicale pour biopsie et un séjour de quelques heures aux soins continus. L'infirmier ne connaît, de son histoire médicale, que ce qui figure dans le dossier informatisé qu'il a consulté le matin même « *mais en gros, c'est aussi que la visite moi je connais moins la patiente et puis je lui demande* ». Il sait qu'elle présente une perforation iatrogène du duodénum. Il ne sait pas que la perforation est mineure et nécessite que la patiente reste seulement trois jours à jeun. Lors de l'entretien d'autoconfrontation, il s'exprime ainsi : « *c'est lui directement qui me fait un résumé de... voilà... de la patiente... de la situation* ». L'échange avec le médecin-assistant va lui permettre d'approfondir sa connaissance de la situation de cette patiente et d'établir un lien entre grandeur de la perforation et la gravité de la situation.

Pour avoir consulté le dossier de la patiente et avoir pris connaissance d'une investigation prescrite par les médecins, l'infirmier pose la question suivante « *avec qui prendre contact,*

mais c'est qui qui prime si y'a ? ». Il est confirmé dans sa connaissance : la patiente est suivie par la clinique de médecine et par la clinique de chirurgie. Chacune de ces cliniques reste responsable des problématiques qui relèvent de son domaine d'expertise. Les infirmières doivent s'adresser à l'une ou l'autre selon les situations. L'infirmier est ainsi confirmé dans la connaissance qu'il avait de la nécessaire coopération avec la clinique de chirurgie et la clinique de médecine : « là on voit le manque de passage de l'information entre les cliniques... que la chirurgie a pas forcément... sais pas forcément vraiment ce qui se passe en médecine et puis c'est une patiente qui avait transité par les deux donc on a ce rôle qui est assez... euh... c'est des petites choses mais bon ».

- Chercher à contribuer à une interprétation partagée de la situation »

En suggérant une alternative

Ayant pris connaissance du plan thérapeutique envisagé par le médecin-assistant qui souhaite : a) garder la patiente à jeun durant trois jours, b) administrer l'apport nutritionnel par voie parentérale et, c) faire poser une voie veineuse centrale par l'anesthésiste, mais ne connaissant pas le diagnostic de « suspicion de lymphome » posé par les médecins, l'infirmier suggère au médecin-assistant une alternative à la « solution » d'abord envisagée. Il propose de poser une voie veineuse périphérique *« je trouve ça ne vaut pas la peine. Trois jours c'est court, enfin faire intervenir l'anesthésiste, c'est quand même un cathéter qui va jusqu'à l'oreillette donc ça reste quand même risqué ».*

En fournissant des informations

L'infirmier met le médecin-assistant au courant de l'investigation prescrite (un *pet scan*⁴⁴) par les médecins et cherche à *« savoir si c'est toujours d'actualité si il veut regarder et tout ça et puis ça arrive que c'est plus nécessaire et tout ».*

Les suggestions et informations données par l'infirmier, grâce aux échanges qu'elles suscitent, vont permettre au médecin d'actualiser ses connaissances de la situation de la patiente.

⁴⁴ Pet scan : il s'agit d'une tomographie par émission de positons. Imagerie médicale qui permet de détecter des tumeurs. Le pet scan repose sur le principe de la scintigraphie qui consiste à injecter un traceur dont on connaît le comportement et les propriétés biologiques pour obtenir une image du fonctionnement d'un organe.

Traits typiques de l'expérience de l'infirmier

Il existe une cohérence entre représentamen, engagement, actualité potentielle, culture propre de l'infirmier et création de nouveaux savoirs. La construction de l'histoire de la patiente se fait pas à pas, ainsi :

« Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation », « Collecter des données auprès du médecin-assistant en relation avec le degré de gravité de la perforation du duodénum », « vérifier à quelle clinique (médecine ou chirurgie) s'adresser en cas de nécessité », et « savoir de qui relèvent certaines prescriptions » sont des formes de *recherche de connaissances opérationnelles et précises* de la situation. L'attente de l'infirmier est de recevoir des réponses à ce qu'il cherche, c'est-à-dire à comprendre la spécificité du cas de la patiente dans ses aspects biologiques et organisationnels. Rapportées aux infirmières de l'Unité et discutées lors du rapport d'équipe, ces informations permettent d'accroître les connaissances de chacun, d'adapter les soins à prodiguer à la patiente et d'organiser le travail de l'équipe des soignants de l'Unité.

« Chercher à contribuer à une interprétation partagée de la situation »

Rendre compte au médecin-assistant d'un examen planifié ce jour et noté dans le dossier de la patiente permet : a) à l'infirmier de vérifier l'actualité de cet examen en regard de la situation de la patiente et, b) au médecin-assistant de prendre note de cette investigation prescrite par les médecins puis, de confirmer son adéquation.

Chercheur : *Donc... Donc... euh... ces investigations étaient prescrites par la médecine*

Inf. : *étaient déjà prescrites à... à l'avance... il n'était pas... au courant et puis... euh... après il s'est renseigné et puis c'est bien...*

Chercheur : *donc c'est une manière de lui dire que... euh... y'avait prescription antérieure...*

Inf. : *Oui ben disons que nous on a une info de savoir si c'est toujours d'actualité si il veut regarder et tout ça et puis ça arrive que c'est plus nécessaire et tout*

Inf. : *mais là je ne voyais pas d'indication qu'on le fasse pas donc je lui demande confirmation*

Inf. : *je lui apprend des choses aussi*

Chercheur : *il apprend des choses ?*

Inf. : *Sur l'équipement de la patiente, oui... « Elle a une sonde ? »... « Ben oui elle a une sonde ».*

L'information livrée par l'infirmier permet au médecin-assistant d'actualiser ses connaissances et de prendre note d'une information figurant dans le dossier de la patiente

qu'il ne possédait pas. Rendre compte de cette information au médecin-assistant fait partie de la culture propre de l'infirmier.

Tout au long de cette visite médicale, l'infirmier accorde de l'importance aux informations et connaissances figurant dans le dossier informatisé de la patiente : le diagnostic médical, les investigations et les traitements prescrits par les médecins, les anesthésistes et les chirurgiens. Il pose des questions et suggère des interventions en établissant des liens et en faisant référence aux écrits notés dans le dossier de la patiente. Lors de l'entretien d'autoconfrontation il dit percevoir son rôle en tant que « *rôle pivot* » entre le patient, le médecin, les autres professionnels de la santé et l'institution. Il dit aussi apprécier le travail avec ce médecin-assistant en particulier.

2.3 Analyse du cours d'expérience du médecin-assistant

Types d'engagement du médecin-assistant

En relation avec la situation décrite ci-dessous, cinq unités de cours d'expérience ont été répertoriées (U). À l'instar des unités de cours d'expérience et des engagements de l'infirmier, les unités de cours d'expérience du médecin-assistant ainsi que ses différents engagements peuvent être reliés à ce que Theureau nomme « histoire », « recherche » et « passion ». Les possibles ouverts par son engagement se rapportent à la poursuite de préoccupations ou de problèmes pratiques et théoriques « prescrire les traitements nécessaires à l'alimentation de la patiente et organiser l'intervention de l'anesthésiste et de la diététicienne » mais aussi développer ses connaissances de l'histoire de la patiente. Dans cette situation particulière, le médecin-assistant doit tenir compte de l'avis du médecin-chef de clinique qui a opéré la patiente. Il apprend, grâce à l'intervention de l'infirmier, qu'il existe une autre possibilité d'administrer l'alimentation que par voie centrale et il apprend que la patiente devra porter un port-à-cath⁴⁵ permettant l'administration ultérieure de chimiothérapie pour traiter son lymphome.

Du point de vue de la « passion » ou émotion significative pour l'acteur en relation avec l'atmosphère du travail, on observe dans cet épisode et ce cours d'activité des valeurs de

⁴⁵ Un port à cath ou chambre implantable est un cathéter posé sous la peau, qui permet d'accéder facilement aux veines pour les perfusions. Il est utilisé dans des cas très divers: transfusions répétées, injections de médicaments (chimiothérapie, antalgique, antibiothérapie), nutrition parentérale (artificielle), prélèvement sanguin dans quelques cas.

solidarité et de valorisation d'une bonne ambiance de travail. Le médecin-assistant dit apprécier la tolérance des uns vis-à-vis des autres et des liens amicaux et d'échanges construits avec les membres de cette équipe de soins.

L'analyse du cours d'activité du médecin-assistant permet de mettre en évidence des structures significatives s'articulant autour des types d'engagement décrits ci-dessous :

- **Chercher à contribuer à une interprétation partagée de la situation**

En fournissant des connaissances opérationnelles et précises de la situation

Suite à la garde de nuit effectuée et avant de quitter l'hôpital et l'Unité pour se reposer, le médecin-assistant cherche à communiquer à l'infirmier les prescriptions à mettre en œuvre chez les patients dont il a la responsabilité.

Au début de l'épisode avec l'infirmier, le médecin-assistant fait part de ses préoccupations :

a) la problématique principale de la patiente et son traitement : la perforation du duodénum qui est le « *problème* » pour lequel elle doit rester « *à jeun strict* ». Lors de la deuxième unité de cours d'action b) la préoccupation du médecin-assistant est de « *nourrir* » la patiente, car « *à son âge, trois jours sans manger ça ne va pas* », « *il a vu le T.P. qui était bon à 100* », « *il va téléphoner à l'anesthésiste pour poser une parentérale* ». Deux autres types d'engagement suivent : c) il cherche à ce que l'infirmier prenne note des décisions prises : la voie d'abord choisie et le contact à prendre avec la diététicienne afin qu'elle décide de la quantité de structokabiven®⁴⁶ à administrer à la patiente et enfin, suite à une intervention de l'infirmier, le médecin-assistant d) cherche à lui confirmer qu'il s'agit d'un « *cas de médecine* » et le rôle de chacun des services « *Ils (les médecins) font les investigations, nous (les chirurgiens) on surveille* ».

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation**

En vérifiant les possibilités de traitement auprès de l'opérateur.

Suite à une suggestion faite par l'infirmier, le médecin-assistant vérifie auprès de l'opérateur la possibilité d'administrer l'alimentation parentérale par voie périphérique (et non centrale) « *on demande toujours à l'opérateur hein* ». L'entretien téléphonique avec le médecin-chef de

⁴⁶ Solution d'acides aminés, glucose, émulsion lipidique pour l'alimentation parentérale des patients chez lesquels une alimentation orale ou entérale est impossible, insuffisante ou contre-indiquée.

clinique et l'information livrée par ce dernier vont lui permettre d'apprendre que la patiente devra avoir un port –à- cath⁴⁷ dans le cadre du traitement du lymphome.

Traits typiques de l'expérience du médecin-assistant

Il existe une cohérence entre représentamen, engagement, actualité potentielle, composantes de la culture propre du médecin-assistant et création de nouveaux savoirs.

La dynamique de construction de signification et donc de la construction de l'histoire et de développement de nouveaux types se font pas à pas, ainsi : « nommer la problématique principale de santé de la patiente et les interventions de soins à mettre en œuvre sous-tend l'ensemble de cette partie de la visite médicale ». En fonction des interactions avec l'infirmier et en fonction de l'environnement hospitalier, le médecin-assistant alterne transmission de prescriptions et recueil d'informations par : a) échange téléphonique avec le médecin-chef de clinique opérateur, b) discussion avec l'infirmier et, c) contrôle des données du dossier informatisé. Décrire l'état actuel de santé de la patiente, nommer les investigations et les traitements envisagés fait partie du savoir constitutif de sa culture propre mobilisée dans cet épisode. Différentes connaissances sous-tendent ses propos et ses interventions : des connaissances biomédicales et des connaissances sur les rôles, compétences et responsabilités de différents professionnels (anesthésiste, diététicienne, médecin-chef de clinique) de la santé avec qui coopérer et enfin connaissances en organisation du travail et planification des interventions d'autres professionnels de la santé. La découverte d'autres alternatives d'administration de l'alimentation parentérale et de l'investigation prescrite par les médecins font partie des nouvelles connaissances acquises grâce à l'interaction avec l'infirmier.

2.4 Articulation des cours d'expérience des acteurs

Les éléments indiquant les compréhensions ou incompréhensions réciproques, les convergences et divergences entre engagements et attentes et dynamiques de construction de significations sont pris en compte pour l'analyse de l'articulation des cours d'expérience des deux acteurs (Tableau N°8).

Infirmier : Ajuster les niveaux d'information de tous	Médecin-assistant : prescrire l'alimentation parentérale
(IU1) - Etonné par l'état de santé de la patiente, fait part de son évaluation (U) Cherche à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas (E). S'attend à ce que la patiente présente une modification importante de son état de santé et aimerait avoir des informations complètes (A).	(MU1) - Confirme « la patiente n'est pas mal » et spécifie le problème et le traitement à mettre en œuvre (U) Cherche à fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas (E). S'attend à ce que l'infirmier mette en œuvre les actions de soins et de surveillance à prodiguer (A).
(IU2) - Suggère une alternative à la pose d'une voie veineuse centrale (U) Cherche à donner l'impulsion pour une interprétation partagée du cas (E). S'attend à la possibilité que le médecin-assistant modifie sa prescription (A).	(MU2) - Enonce les actions de soins à mettre en œuvre (U) Cherche à fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas et à ce que la patiente puisse être alimentée (E). S'attend à ce que les actions de soins soient mises en œuvre immédiatement (A).
	(MU3) - Vérifie la possibilité d'adopter la suggestion faite par l'infirmier auprès de l'opérateur Cherche à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas : vérifier la possibilité d'administrer l'alimentation parentérale par voie périphérique (E). S'attend à obtenir son accord, qu'il reste responsable et impliqué dans la prise de décision (A)
(IU3) - Informe le médecin-assistant d'une investigation prescrite par les médecins du service de médecine et vérifie son actualité Cherche à contribuer à l'interprétation du cas (E). Aimerait obtenir une confirmation : a) de la connaissance de l'existence de cette prescription par le médecin-assistant et b) de l'actualité de cette investigation (A).	(MU4) - Confirme la voie d'abord choisie pour l'alimentation parentérale et délègue le contact avec la diététicienne Ayant obtenu l'avis de l'opérateur (R), Fournit des connaissances opérationnelles et précises du cas (U)
(IU4) - Exprime son désagrément tout en cherchant à savoir quel service est l'interlocuteur prioritaire (U) Cherche avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas, à savoir avec qui prendre contact quand nécessaire (E).	(MU5) - Exprime son étonnement et confirme la prescription et les rôles (U) Cherche à fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas (E). S'attend à ce que l'infirmier prenne acte du double regard : médecine / chirurgie (A).

Tableau 8 : Extrait des unités de cours d'expérience de l'infirmier et du médecin-assistant lors de la VM1 mettant en évidence les préoccupations /engagements et attentes des acteurs.

2.5 Partage et co-construction d'informations et de connaissances

Comme cela apparaît dans l'analyse de leurs cours d'expérience séparées, l'articulation des dynamiques de signification se caractérise par le partage et la co-construction des informations et des connaissances. Les interactions de ces deux acteurs sont étroitement dépendantes des spécificités de la situation de la patiente, du travail en milieu hospitalier et des exigences de coopération que nécessite le travail d'un collectif. L'interdépendance entre tâches et entre différents acteurs est prise en compte. Les prescriptions de traitement qui doivent être données aux infirmières sont dépendantes de l'état de santé de la patiente, des informations partagées et des négociations entreprises entre différents professionnels de la santé pour une prise de décision la mieux adaptée à la situation.

2.6 Vers un ajustement des niveaux de connaissances de tous

Au travers de leurs échanges, médecin-assistant et infirmier contribuent à la spécification du cas de la patiente dans ses aspects biomédical, organisationnel et de coopération entre membres du collectif. Connaissant une partie de l'histoire de la patiente par consultation de son dossier informatisé, l'infirmier fait état de la première évaluation qu'il porte sur sa santé. Cette évaluation est rectifiée par le médecin assistant qui fait comprendre que la perforation est minime. À l'énoncé du projet thérapeutique envisagé, l'infirmier cherche à orienter le jugement du médecin-assistant et à donner l'impulsion pour une interprétation partagée en proposant une alternative moins invasive pour la patiente que la pose d'une voie veineuse centrale. Il suggère au médecin-assistant d'en discuter avec ses « chefs » :

Inf. : *mais tu veux poser une voie centrale ?*

Méd. : *oui*

Inf. : *ou bien tu veux euh...du périphérique... ?*

Méd. : *ah y'a du périphérique ?*

Inf.: *oui y'a ...euh...le...euh...comment ça s'appelle ?*

Méd. : *ah... le nutriflex ?*

Inf.: *le nutriflex oui... le nutriflex oui... le nutriflex on le met en périphérique... demande peut-être à tes chefs voir ce qu'ils...ce qu'ils pensent...*

Méd. : *justement c'est à...*

Inf.: *ou bien si...oui je ne sais pas si ...euh...*

Méd. : *docteur...euh...*

Inf.:... *c'est W je crois oui...*

Méd. : *j'ai déjà hésité à mettre...euh... une parentérale et je me suis dit oh mais quand même... (Il prend le téléphone pour appeler le médecin chef de clinique) je vais voir...*

Puis, il l'informe d'une investigation prescrite par les médecins. Malgré son étonnement, car il ne connaissait pas l'existence de cette prescription, le médecin-assistant confirme l'adéquation de cette investigation dont le but est de confirmer ou infirmer le diagnostic de lymphome.

L'interaction progresse vers une évolution des significations chez chacun des acteurs. Les différentes interventions de l'infirmier orientent vers un ajustement des niveaux d'information de tous. La différence de départ dans l'engagement des deux acteurs est progressivement réduite : l'infirmier apprend par le médecin-assistant qu'il est nécessaire de tenir compte de la grandeur de la perforation afin de juger adéquatement de l'état de santé de la patiente « *parce que en postopératoire c'était écrit une petite lésion... ce n'était pas grand-chose, fallait juste la traiter comme ça donc ça allait bien avec une périphérique pour quelques jours* », il est confirmé dans sa connaissance : a) du fonctionnement entre médecins assistants et médecins - chefs de clinique *ben là... justement il parle de voie centrale et moi je suis pas convaincu je propose de mettre en périphérique... c'est quelque chose... une idée que j'amène lui il l'a prend tant mieux... ce qui arrive pas toujours... des fois c'est c'est comme ça... de toute façon c'est un peu le rôle justement d'amener... euh...d'amener des idées qui sont plus basées sur les habitudes et de son expérience que ce qu'on voit que le médecin aura plus... euh... au début en tous cas... y'a plus les connaissances... y'a plus les théories qui commencent à... qu'on propose et puis là je... là il appelle (le médecin chef de clinique).*

Les médecins-chefs de clinique restent les référents principaux lors de prise de décision d'un traitement chez les patients, et b) de l'importance de rester vigilant lors d'une prise en charge simultanée des patients par deux cliniques (médecine et chirurgie) et de veiller à la cohérence des prescriptions en rendant les médecins attentifs aux prescriptions contradictoires « *nous on a une info de savoir si c'est toujours d'actualité si il veut regarder et tout ça et puis ça arrive que c'est plus nécessaire et tout* ». La « place » de l'infirmier entre deux cultures - médicale et chirurgicale - est confirmée. Cette place suppose de veiller au passage des informations de part et d'autre et au partage des significations entre différents partenaires « *la chirurgie a pas forcément... sais pas forcément vraiment ce qui se passe en médecine et puis c'est une patiente qui avait transité par les deux donc on a ce rôle qui est assez... euh... c'est des petites choses mais bon* »

En relation avec les interventions de l'infirmier, le médecin-assistant développe ses connaissances des substituts alimentaires à prescrire en cas de jeûne ainsi que les voies possibles de leur administration *« le problème c'est que... y'a plusieurs...euh... nutritons qu'on peut donner...hein...le nutriflex c'est par la veine périphérique et puis par la centrale c'est le structokabivène... le novasource c'est par la sonde nasogastrique et puis...euh... je crois que c'était de l'autre côté y'avait une autre patiente...euh... qui avait besoin de cette sonde-là et puis on a donné du novasource et puis sortant comme ça...pour moi c'est une nutrition autre que normale... c'est novasource ça veut dire structo... ah oui structo... mais c'était ce jour-là »*.

Sur suggestion de l'infirmier, il prend contact avec le chirurgien opérateur et apprend ainsi la trajectoire et les traitements envisagés pour la patiente. L'alimentation parentérale *« c'était juste provisoire...et puis...euh... c'est pour ça qui disait : « ah on devrait faire... on se mettait d'accord pour la périphérique... mais oui... on demande toujours à l'opérateur hein pas pour des petits cas des fois des petites choses on sait donc on règle mais là c'est quand même lui entre guillemets qui a fait la faute qui a fait la lésion donc on fait... on suit ce qu'il propose... »*.

La suggestion faite par l'infirmier est basée sur les éléments suivants : la prise en considération : a) de la durée de l'alimentation parentérale (trois jours), b) des risques, pour la patiente, inhérents à la pose d'un cathéter central, c) du stade d'étude du médecin-assistant et des modalités de fonctionnement entre médecins-assistants et médecins-chefs de clinique, et enfin, d) de l'impact de cette décision sur l'organisation du travail et la nécessité de faire appel à d'autres professionnels de la santé.

L'interaction se poursuit autour d'éléments contenus dans le dossier de la patiente et connus uniquement par l'infirmier : *« ces investigations étaient prescrites par la médecine il (le médecin-assistant de chirurgie) n'était pas au courant »*. Les prescriptions et les investigations programmées par les médecins ne sont pas modifiées par les chirurgiens.

Le partage d'informations et de connaissances permet à l'infirmier et au médecin-assistant non seulement d'ajuster leur compréhension de la situation médicale de la patiente, mais aussi des interventions de soins à mettre en œuvre en tenant compte de la coopération avec d'autres partenaires tels que le chirurgien opérateur, la diététicienne, les médecins de médecine et l'anesthésiste. Cet épisode renforce chez l'un et l'autre l'importance du travail dans la durée avec les mêmes partenaires et de la connaissance de l'autre. Le médecin-assistant souligne ainsi qu'il s'entend bien avec l'infirmier parce que *« je travaille depuis pas mal de temps dans*

cette Unité » et qu'ils se comprennent même lorsque l'un ou l'autre n'utilise pas le bon terme c'est pour ça que j'aimerais bien rester dans la même unité parce que on est...euh... y'a un peu des automatismes se créent... ou bien des... des petites erreurs... par exemple novasource... il sait très bien que je vais jamais mettre novasource par...euh... par la veine quoi... c'est euh... j'veux dire il sait ». Il aimerait bien rester dans la même Unité et les petites erreurs qui peuvent arriver en discutant sont comprises et corrigées par l'autre.

Quant à l'infirmier, il estime qu'il a un bon contact avec le médecin-assistant et que leur collaboration est bonne : « bon là il y avait le frère d'une collègue qui s'était fait opéré hier et lui on voit il dit : « je suis raide comme ça » donc c'est aussi les côtés qui... euh... j'dirais relationnels entre les 2... entre les médecins et les infirmiers qui permet de... euh... aussi après d'avoir une bonne entente dans le travail. Aussi des fois on aura des petites discussions extraprofessionnelles même si ça reste... ça reste hors sujet... ».

Il apprécie le déroulement de cette visite « là on voit c'est une visite qui est entre guillemets idéale parce que le... là ça fait quoi ? 9 minutes déjà on n'a pratiquement pas été dérangés puis ça c'est vraiment... euh... c'est quand même rare... soit c'est le médecin qui a des appels soit c'est nous qui avons des questions... là pendant un bon moment on est tranquilles et ça c'est... euh... ça c'est quand même assez rare mais c'est quand même agréable c'est des conditions de travail qui sont agréables c'est cool

Chercheur : *vous êtes bien centrés sur la...*

Inf.: *en plus on a une bonne collaboration... on est bien centrés sur les patients tout en restant... euh... détendus puis c'est aussi on a un bon contact entre nous donc c'est encore... euh...c'est encore une... euh... oui c'est encore une manière agréable de travailler*

3. Visite médicale 3 : Ajuster les niveaux d'information de tous et assumer, chacun à sa manière, les aléas du travail de remplaçant

3.1 Le contexte

Cet épisode se déroule dans une Unité de chirurgie qui accueille des patients devant subir des interventions orthopédiques, digestives ou urinaires. L'Unité est composée de 11 chambres. La Chambre « 1 », désignée « HDJ » ou « hospitalisation de jour », comprend cinq lits et est réservée aux patients dont la durée d'hospitalisation n'excède pas une journée. La Chambre « 2 » comprend quatre ou cinq lits en fonction des besoins. Elle permet d'accueillir des patients hospitalisés pour une longue durée ainsi que ceux hospitalisés pour une journée. Les autres Chambres de « 3 à 11 » peuvent accueillir chacune un ou deux patients et sont réservées aux hospitalisations plus longues. Les chambres de l'Unité sont réparties en deux demi-secteurs : A et B. Ce jour-là l'équipe du Secteur A est composée de trois infirmières et d'une étudiante *Bachelor of Science* en soins infirmiers (*Bsc*). L'équipe du Secteur B comprend trois infirmières et une apprentie assistante en soins et santé communautaire (*ASSC*). Une aide-infirmière est aussi présente et s'occupe des activités hôtelières. Deux patients sont hospitalisés dans la Chambre « 1 ». La Chambre « 2 » accueille trois patients, dont deux arrivés le matin même. L'infirmière observée et l'étudiante sont responsables des soins de ces patients ainsi que de ceux hospitalisés dans la Chambre « 3 ». L'équipe soignante du Secteur « B » comprend trois infirmières dont l'une est à son premier jour de travail dans l'institution. Elle doit bénéficier d'un encadrement par l'une des deux infirmières de son secteur. Une apprentie en soins et santé communautaire complète cette équipe qui a la responsabilité des soins de neuf patients.

À 09:30, certains membres de l'équipe sont à la pause. Les soignantes restées sur l'Unité réalisent les soins des patients. Le médecin-assistant de l'Unité est absent : il participe à un congrès. Un autre médecin qui le remplace est arrivé dans l'Unité au moment du rapport de la veilleuse et a écouté une partie des transmissions. Il ne connaît pas les patients. L'infirmière observée est à son premier jour de travail dans l'Unité. Elle a eu deux jours de congé et a travaillé les trois semaines précédentes dans l'autre Unité de l'unique service de chirurgie de l'hôpital. Cette autre Unité reçoit actuellement des patients de médecine en raison de la contamination par une bactérie qui a nécessité la réduction du nombre de patients hospitalisés en chirurgie et des mesures d'isolement de ceux qui en sont porteurs. Des mesures de détection de la présence de cette bactérie sont régulièrement faites chez les patients de

chirurgie. Ce jour-là l'ensemble des patients doit être testé. Les prélèvements sont réalisés par les soignantes de l'Unité de soins.

3.2 Les acteurs et leur activité

Il est 09:30, l'infirmière, ayant reçu un appel téléphonique de la salle d'opération se dirige vers la Chambre « 2 » pour demander à l'étudiante de prémédiquer le patient dont elle s'occupe. Elles reviennent ensemble au bureau. L'infirmière explique à l'étudiante comment raccorder une perfusion et administrer, avant l'intervention chirurgicale, des antibiotiques à un patient. Le médecin remplaçant actualise le dossier d'un patient qui doit être transféré le matin même dans un centre de rééducation. Sans lever la tête, il demande « *avec qui je peux commencer la visite* ». L'infirmière répond « *avec moi bientôt* ». Arrive le cuisinier qui recherche des informations sur la consistance d'un repas. Après lui avoir répondu, l'infirmière reprend l'échange avec l'étudiante « *alors, tu m'as dit Zinacef à 08:30* » et actualise en même temps la carte de soins du patient. Elle se dirige vers une chambre pour répondre à l'appel d'un patient puis revient au bureau. En entrant, elle dit au médecin « *on peut commencer la visite si tu veux* ».

Médecin et infirmière effectuent la visite médicale pour les quatre patients dont cette dernière s'occupe depuis le matin même. Cette visite dure une trentaine de minutes et est entrecoupée par différentes interactions avec d'autres professionnels ou par d'autres activités menées par l'un ou l'autre de ces acteurs.

3.3 Analyse du cours d'expérience de l'infirmière

Types d'engagement de l'infirmière

Les unités de cours d'expérience de l'infirmière ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à ce que Theureau (2004, pp. 194-198) nomme « histoire », « recherche » et « passion ». Les possibles ouverts par l'engagement de l'infirmière en situation se rapportent à la poursuite d'une préoccupation ou d'un problème pratique ou théorique, associés à une « émotion significative pour l'acteur » et une atmosphère de travail « harmonieuse ». Pour cette infirmière, un déroulement harmonieux du travail consiste à associer la tâche de collecter des prescriptions et indications à suivre concernant « les soins à donner aux patients en fonction de l'évolution de leur état de santé » en un temps déterminé c'est à dire qui n'empiète pas sur d'autres activités à réaliser. Cette infirmière est à son premier jour dans une Unité où elle n'a pas travaillé depuis au moins trois semaines « *j'étais*

de l'autre côté oui ça faisait... je pense ça faisait 2 ou 3 semaines que j'étais de l'autre côté... alors... c'est pour ça aussi y'a certains moments je cherche pas mal dans les armoires parce que le bureau en chir2 il n'est pas... ce n'est pas le même... donc ». Elle est appelée à s'occuper de patients qu'elle ne connaît pas et à réaliser la visite médicale avec un médecin qu'elle ne connaît pas et qui ne connaît pas les patients. En fonction de ses expériences antérieures de la visite médicale avec des médecins-assistants de chirurgie, elle anticipe la visite comme lieu d'échanges succincts sur l'état des patients et lieu où le chirurgien indique à l'infirmière les soins, thérapeutiques et investigations à planifier pour les jours suivants. L'expérience qu'elle fait ce jour-là est différente des expériences antérieures. Dans le cadre de cette situation, l'engagement de l'infirmière est décrit ci-dessous. Il se présente sous différentes formes dont les caractéristiques principales sont la simultanéité et la multiplicité.

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise pour chaque cas**

Effectuer la visite médicale en espérant avoir des indications précises et synthétiques, tout en étant préoccupée par ses connaissances partielles des patients, l'état d'avancement des soins et la présence ou pas d'autres infirmières dans l'Unité de soins.

En relation avec les conditions de travail, l'infirmière effectue la visite médicale avec le médecin en ayant plusieurs préoccupations : les soins qui doivent être réalisés a) à des patients qui peuvent être appelés en salle d'opération à tout moment, b) en évitant le dépassement des horaires de réalisation des soins et ses conséquences sur le travail d'autres collaborateurs, c) sa fonction d'infirmière référente auprès de l'étudiante infirmière, d) l'absence momentanée d'autres infirmières de l'Unité et enfin e) sa connaissance limitée des patients hospitalisés « y'a aussi des jours... ben comme là... je connaissais personne donc... euh... y'a des choses que j'ai moins... que je vais moins retenir... enfin... en faisant la tournée par exemple l'après-midi je savais plus le nom de la patiente à la chambre 107 par exemple...enfin... parce que y'a... quand on connaît vraiment personne y'a beaucoup beaucoup beaucoup d'informations en fait à retenir d'un coup comme ça... ». Elle s'attend à devoir répondre à différentes demandes simultanément : celles du médecin, des patients, de la stagiaire ou autres professionnels de l'Unité ou d'autres services hospitaliers.

- **Chercher à contribuer à l'interprétation de chaque cas**

Le deuxième type d'engagement porte sur sa collaboration à la spécification du cas de chaque patient. Cet engagement se présente sous deux formes typiques : « Chercher à contribuer à l'interprétation de chaque cas en étant consciente des limites de ses connaissances » et « Chercher à contribuer à l'interprétation de chaque cas tout en étant préoccupée par le temps qui passe et les tâches qui restent à accomplir et en étant attentive à la vie de l'Unité ».

Tout en étant consciente des limites de ses connaissances

En réponse aux questions que lui pose le médecin, l'infirmière rapporte certaines connaissances qu'elle a des patients telles que le nom, le motif de l'hospitalisation, le type et localisation de l'intervention, ou si le patient est en salle d'opération ou en chambre *« ben là en fait il me demande si je connais le patient... et puis ben... je le connaissais pas mais c'est vrai que je l'avais déjà vu... donc ben j'essaye de me rappeler en fait... euh... pourquoi il était venu la dernière fois... »*. Elle sait qu'elle ne connaît, des situations des patients, que ce qu'elle a appris le matin même par l'infirmière de nuit et ce qu'elle a lu sur le tableau de l'Unité où figurent noms, prénoms des patients, diagnostics, et noms des médecins traitants *« on a eu le rapport le matin... après aussi sur le tableau c'est toujours marqué le jour opératoire ou si c'est une entrée ou comme ça... et puis... euh... ben après moi j'ai toujours une oreille qui traîne un peu partout alors ben quand elle discute dans le bureau j'écoute et puis ben ... »*. Elle est consciente des limites de ses connaissances et le signifie au médecin senior au début de la visite médicale en disant *« je ne pourrai pas t'aider à grand-chose »*.

Tout en étant préoccupée par le temps qui passe et les tâches qui restent à accomplir

Au fur et à mesure du déroulement de la visite médicale et de l'étude approfondie du cas du chaque patient, l'infirmière, tout en écoutant les explications, commentaires et en répondant aux questions du médecin, s'interroge sur la longueur de la visite, *« les explications qui sont intéressantes quand on a le temps »* et *« sur ce qu'elle a à faire encore et sur ce qu'elle peut faire pendant la visite sans gêner la visite »*, *« tout dépend quel jour... ben... si en fait on fait pas les choses un petit peu en même temps et ben on va prendre du retard sur le programme et puis... euh... ben par exemple après il... oui c'est... si y'a les repas qui arrivent et que le patient il est pas encore lavé ben en fait c'est... c'est un peu embêtant ça désorganise tout... »*

et puis après en fait ben on n'arrive pas à rendre le service propre les gens couchés et tout pour la veilleuse en fait... c'est de l'anticipation en fait pour que les choses soient faites ... moi je dis toujours : « ce qui est fait n'est plus à faire ».

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation et à puiser à toutes les sources possibles d'information**

Tout en restant attentive à ce qui se passe dans l'Unité

Le médecin alterne lecture du dossier du patient et questions adressées à l'infirmière. Cette dernière tente de répondre aux questions, demandes ou commentaires. Elle se déplace fréquemment vers le bureau ou même auprès d'un patient pour collecter des informations qu'elle ne possède pas. Ayant débuté le travail dans cette Unité le jour même après avoir travaillé trois semaines consécutives dans l'autre Unité, elle ne possède pas les connaissances nécessaires lui permettant de répondre à toutes les questions du médecin. En relation avec les conditions du contexte de l'Unité (l'absence momentanée de ses collègues, les possibilités de mouvement des patients c'est à dire les entrées pour des hospitalisations en ambulatoires et les appels de la salle d'opération, les soins à donner à ceux qui doivent être opérés, la présence d'une étudiante dont elle est la référente), l'infirmière cherche à rester attentive à ce qui se passe dans l'Unité *« on développe un sens... euh... en fait à faire plusieurs choses en même temps... tout dépend quel jour... ben... si en fait on fait pas les choses un petit peu en même temps et ben on va prendre du retard sur le programme et puis... euh... ben par exemple après il... oui c'est... si y'a les repas qui arrivent et que le patient il est pas encore lavé ben en fait c'est... c'est un peu embêtant ça désorganise tout ».*

- **Chercher à se conformer à l'attente d'autrui**

Ne sachant pas si le médecin lui parle *« ou s'il se dit des choses pour lui-même »*, car *« à certains moments tu ne sais pas trop si c'est pour toi si c'est pour lui... »*, l'infirmière, tout en restant auprès du médecin lors de la visite, cherche à faire autre chose comme aller *« poser un dossier »* ou être *« un tout petit peu moins concentrée... j'étais pas connectée »*. Elle se conforme ainsi à ce qui est attendu d'elle, mais s'évade en pensant à d'autres activités. Elle perd même le fil de l'échange et répond à une question posée par le médecin en disant *« quoi ? »*.

- **Chercher à donner l'impulsion à puiser dans le dossier informatisé du patient.**

Ce n'est que vers la fin de la visite médicale que l'infirmière dit, suite à une question posée par le médecin et à laquelle elle ne peut répondre « *les tensions sont toutes marquées sur l'ordi* », elle cherche ainsi à donner au médecin l'impulsion de puiser l'information dans le dossier du patient.

Traits typiques de l'expérience de l'infirmière

Il existe une cohérence entre représentamen, engagement, attente, culture propre de l'infirmière et construction de significations lors de cette visite médicale. La dynamique de cette construction se fait progressivement au fur et à mesure du déroulement de la visite et des interactions avec le médecin senior ainsi qu'avec l'environnement.

L'infirmière travaille depuis ce matin même dans l'Unité. Elle doit faire un effort pour se rappeler les spécificités environnementales ainsi que pour retenir les nombreuses informations sur les patients. Elle a reçu des informations lors du rapport effectué par l'infirmière de nuit, et en a vus d'autres notées sur le tableau de l'Unité : les noms des patients, leurs diagnostics, le jour d'entrée ainsi que l'intervention chirurgicale qu'ils ont ou doivent subir. Elle ne s'est pas approprié l'ensemble de ces informations ni n'a pu consulter les dossiers informatisés « *y'en a certains qui ont des dossiers comme-ça alors... euh...* (Elle montre avec ses doigts un dossier épais...) *si on commence à lire... euh* ». Après le rapport du matin, elle s'est directement attelée à la réalisation des différentes tâches exigées par l'état des patients. Elle doit par ailleurs veiller à la bonne marche du secteur dans lequel elle travaille en collaboration avec deux autres infirmières et une étudiante. Ce secteur accueille des patients « HDJ » qui entrent le jour même à l'hôpital pour subir une intervention chirurgicale. Ils peuvent être appelés en salle d'opération dès leur arrivée à l'hôpital. Elle est aussi responsable du « suivi » de l'étudiante. Au moment de la visite médicale, les autres collègues sont à la pause et l'infirmière veille au déroulement harmonieux de l'ensemble des activités de soins. Les conditions de travail de ce jour ont une incidence sur les cours d'expérience de cette infirmière et il semble évident qu'elle cherche à la fois à être présente à la visite médicale et à ce qui se passe dans l'Unité de soins. La longueur de la visite contrarie un développement significatif de ses connaissances des patients, et renforce chez elle : a) l'idée d'un travail professionnel d'infirmière exigeant de mener des activités en simultanéité telles qu'être à la visite médicale tout en étant attentive à ce qui se passe dans l'Unité « *on développe un sens...*

euh... en fait à faire plusieurs choses en même temps... là c'est vraiment un exemple de... vraiment de faire tout en même temps quoi... je suis en train de faire la visite mais... euh... je décroche le téléphone après je discute avec Maria et je regarde si l'étudiante c'est en ordre pour elle et puis y'a aussi une sonnette qui sonne mais... là c'est vrai que c'est une aide qui va aller répondre... mais... tout dépend quel jour et ben... et l'aide est en radio avec quelqu'un et puis je dois encore aller voir pour la sonnette pendant la visite », b) qu'en tant qu'infirmière, il n'est pas nécessaire d'avoir des connaissances pointues des pathologies des patients « savoir un petit peu ça permet aussi de... d'adapter les soins... mais c'est vrai que tout aller dans le détail c'est pas forcément très utile... enfin... intéress... c'est intéressant mais... il (le médecin senior) prend le patient en entier... il va vraiment à fond et puis il nous explique tout... donc... euh... ben on est autant au courant que lui... après... », c) que les patients sont une source importante d'information pour les infirmières, d) que la visite médicale sert à indiquer aux infirmières ce qu'elles doivent faire, et la consultation du dossier des patients consiste à « on regarde justement aux antécédents... dans les allergies... ce qui... ce qui nous est le plus utile... c'est vrai que là... de savoir que y'a 10 ans il a eu un accident de la route et que c'est pour ça qu'il a ces douleurs... ben... c'est... c'est sûr pour le patient... pour euh...pour le vécu du patient c'est... savoir... son importance... mais pour nous pour les soins... enfin pour les soins... techniques ça aura pas son importance... peut-être pour... euh... pour la personne...enfin pour... euh le côté psychologique... mais dans ce cas-là en fait on va discuter avec le patient et puis c'est le patient qui va nous dire plus... euh... « ah... ben j'ai eu un accident et... »

3.4 Analyse du cours d'expérience du médecin senior

Types d'engagement du médecin senior

Les Unités de cours d'expérience du médecin senior ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à des « histoires », des « recherches » ou des « passions » (Theureau, 2004, pp. 195-198). Les possibles ouverts par l'engagement du médecin en situation se rapportent non seulement à la poursuite d'une préoccupation ou d'un problème pratiques « les soins médicaux à donner au patient en fonction de l'évolution de son état de santé », mais aussi à avoir des réponses à ce qu'il ne connaît pas de la situation des patients ou que l'infirmière pourrait connaître et qui ne figure pas dans leurs dossiers, ainsi qu'à être sensible à un type particulier d'atmosphère de travail, et à certaines valeurs et responsabilités

telles que le partage de connaissance entre professionnels, la responsabilité vis-à-vis des patients.

Dans le cadre de cette situation, l'engagement principal du médecin senior est de « connaître en profondeur le cas de chacun des patients soignés par l'infirmière et avec sa collaboration ». L'analyse du cours de l'activité du médecin permet de mettre en évidence des structures significatives s'articulant aux types d'engagement décrits ci-dessous :

- **Chercher à puiser à toutes les sources possibles d'informations**

Au cours de cette journée, le médecin senior remplace le médecin-assistant de l'Unité. Il ne connaît pas les patients et n'a jamais travaillé avec l'infirmière qui va l'accompagner dans cette visite médicale. Ses expériences antérieures dans différents types de services : médecine, chirurgie, urgences, l'incitent à puiser à toutes les sources possibles d'informations passant par l'échange avec les infirmières de l'Unité ainsi que la consultation approfondie des dossiers des patients. Il connaît le fonctionnement des patients ainsi que son propre fonctionnement. Il sait qu'approfondir l'étude des cas des patients prend du temps. Il sait que les infirmières de l'Unité peuvent être utiles à la connaissance des cas des patients, car elle les soigne dans la durée.

Sa première préoccupation est de puiser à toutes les sources d'information qui lui permettent de connaître les patients avant d'aller à leur rencontre. Cette connaissance se fait au travers de la consultation et l'étude des dossiers et de l'échange avec l'infirmière. Il sollicite l'infirmière pour « faire la visite » et attend qu'elle lui annonce sa disponibilité. Le dossier informatisé du patient et l'infirmière sont ses principales sources d'information à ce moment.

Cette préoccupation est associée à une autre : éviter de « débarquer » chez un patient sans le connaître et susciter chez lui, par cette méconnaissance, de l'angoisse *«maintenant dans cette situation-là, il faut connaître... il faut commencer à connaître les patients voyez... on va pas débarquer chez quelqu'un et puis que... que le patient ait l'impression qu'on n'ait aucune idée de ce que ça va être... non seulement le patient ça lui donne une certaine angoisse et ça lui donne l'impression qu'il est pas... qu'il n'est pas pris au sérieux... donc... euh... il faut vraiment connaître un minimum qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce qu'il fait... qu'est-ce qu'on va faire »*. Même en ayant beaucoup d'autres activités à mener *«y'avait beaucoup de... beaucoup de choses qui doivent se faire en même temps... vous voyez... des... des patients qui doivent partir au bloc opératoire... y'a... là y'a des papiers que je devais faire pour des*

patients qui doivent partir et puis comme j'étais... euh... je devais remplacer un médecin », il cherche à être totalement disponible pour étudier les cas des patients et l'annonce en disant « on va commencer tranquillement au 2 » - Chambre 2 - . Enfin, il poursuit cette recherche même en étant incommodé par l'organisation du dossier informatisé. Lors de l'entretien d'autoconfrontation il signale la complexité de la situation du patient et la répartition des informations à différents endroits du dossier informatisé. Cette répartition constitue pour lui une difficulté comparativement à l'usage du « dossier papier » qui permet d'appréhender la situation d'un coup d'œil.

- Chercher à donner l'impulsion pour une interprétation partagée du cas

Le médecin énonce le nom du patient et demande à l'infirmière si elle connaît son histoire. Elle s'en souvient vaguement. Le médecin lit à haute voix les données figurant dans le dossier, pose à l'infirmière des questions sur le traitement que reçoit le patient. Ne pouvant y répondre spontanément, elle se dirige vers le bureau, en revient puis énonce les noms de trois médicaments. Au cours de cette lecture, le médecin s'adresse par la parole et le regard à l'infirmière. Il explique la pathologie et émet des critiques quant à la conclusion médicale figurant dans le dossier du patient :

Médecin (lisant l'anamnèse figurant dans le dossier personnel informatisé du patient - DPI-) coxalgie droite mécanique avec probable fracture prothèse au niveau alumine donc c'est comme une fissure donc on ne peut pas la voir la fracture Je ne sais pas qui a fait l'entrée mais l'entrée elle est fausse... hein... ça c'est pas juste... parce qu'il dit « on conclut à cette époque à une probable fracture de la prothèse alumine au titre du cotyle » c'est ce qu'on n'a pas réussi à conclure ». Lors de l'entretien d'autoconfrontation, le médecin senior s'exprime ainsi : « c'est important de pas se contenter d'informations trop basiques je veux dire il y a quelque part un il y a quand même des choses qui sont un petit peu particulières par exemple ce patient il y a quelque chose de très particulier quelque chose de très bizarre c'est pas simplement une arthrose chez une personne âgée et qu'il faut lui mettre une hanche et puis c'est comme une routine donc il faut faire toujours très attention de ne jamais prendre des patients comme une routine il faut toujours essayer de voir ». Tout au long de cet échange, l'infirmière regarde un document papier posé devant elle et ponctue les propos du médecin par des « oui » ou des « hum hum ». Elle écoute, regarde l'écran de l'ordinateur ou se déplace vers le bureau pour rechercher l'information demandée. Cela fait dire au médecin,

lors de l'entretien d'autoconfrontation, que cette infirmière ne cherche l'information que lorsqu'on lui pose des questions, qu'elle attend qu'on lui donne deux / trois ordres comme ça, qu'elle est passive et qu'elle ne sait pas comment « il fonctionne ». Il a cherché à profiter ainsi de ce moment pour lui « *expliquer exactement ce qu'ont les patients... parce que sinon elle... elle pourra jamais savoir* ».

- Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas

La lecture attentive de l'anamnèse du patient, des traitements, investigations, rapports des interventions chirurgicales antérieures et motif actuel d'hospitalisation et de nouvelle intervention chirurgicale, permet au médecin de se faire sa propre opinion sur la situation actuelle du patient. Il analyse et établit des liens entre différentes données et parvient à critiquer la conclusion figurant dans le dossier du patient « *c'est ce qu'on n'a pas réussi à conclure, donc ça c'est complètement faux cette entrée, c'est ce qu'on suspecte, je vais lui dire* » (au médecin-assistant qui a rédigé l'anamnèse).

- Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas et à donner l'impulsion pour une interprétation partagée

Le médecin analyse les dossiers des patients suivants selon la même procédure, il lit avec attention chaque élément, pose des questions à l'infirmière, cherchant ainsi à avoir une connaissance opérationnelle et précise de chaque cas. Il rencontre la même attitude chez l'infirmière qu'il commente lors de l'entretien d'autoconfrontation en disant « *j'arrête de me prendre la tête, j'impose* » car il trouve important de connaître chaque patient afin d'être en mesure de le soigner adéquatement.

- Chercher à contribuer à l'interprétation du cas

En tant que responsable des patients de l'Unité, le médecin senior, interpellé par l'infirmière du secteur B, confirme ses propositions de prise de sang pour contrôle du taux de prothrombine chez une patiente qui doit être opérée le matin même suite à une fracture pertrochantérienne. Il critique par la même occasion la posologie de Liquémine® qui lui a été prescrite. Médecin-senior et infirmières partagent cet avis.

Traits typiques de l'expérience du médecin

Il existe une cohérence entre représentations, engagement, attente, composantes de la culture propre du médecin senior, création de nouveaux savoirs relatifs aux cas des patients et enfin confirmation de certains autres relatifs au travail coopératif.

La dynamique de construction de signification et de la construction de l'histoire se fait pas à pas. Le médecin reconstitue le cas de chaque patient. Il procède de manière systématique en débutant par la lecture de l'anamnèse, suivi des investigations, des traitements administrés et des interventions chirurgicales réalisées ou préconisées. Il pose des questions à l'infirmière, il recherche des informations en compulsant les différentes parties du dossier informatisé des patients. Ce faisant, il analyse puis reconstitue chaque cas. Il établit des liens entre différents éléments et critique certaines données qui lui semblent inexacts. Il mobilise des connaissances biomédicales, pharmacologiques et chirurgicales. Il est aussi attentif aux attitudes et à l'engagement de l'infirmière dans ce processus de connaissance. Il cherche à l'impliquer dans la connaissance de chaque cas. Ses tentatives sont multiples et durent tout le long de l'étude des dossiers des quatre patients dont s'occupe cette infirmière. Il s'aperçoit que ses tentatives sont infructueuses et dit lors de l'entretien d'autoconfrontation que certaines infirmières sont passives et d'autres proactives et qu'il est amené parfois à imposer l'histoire des patients à ces infirmières afin qu'elles soient en mesure de reconnaître que chaque cas est un cas unique : « *j'arrête de me prendre la tête j'arrête de j'impose ce que je veux j'impose l'histoire du patient à l'infirmière des fois il y a certaines qui le prennent très bien d'autres on voit que ça les embête mais ça ne me fait rien du tout je veux dire je veux juste qu'ils comprennent ... je perçois des attitudes passives et d'autres des attitudes pro-actives...il y a des infirmières quand elles font la visite elles ont tout prêt je veux dire elles ont le chariot elles ont les tensions elles savent exactement elles ont la liste des médicaments elles savent exactement ce qui s'est passé ...je l'impose à l'infirmière des fois il y en a qui l'apprécient et il y en a qui l'apprécient moins mais c'est pas grave je sais parfaitement que ça l'embête parce que elle a envie que la visite se termine rapidement parce qu'elle a sûrement plein de choses à régler sur l'étage elle a sûrement on a dû sûrement l'appeler pour aller au bloc pour faire des choses donc il y a des infirmières qui face au travail ont la sensation d'être toujours un petit peu débordée qu'elles ont jamais le temps pour rien et puis d'autres qu'elles ont toujours du monde dès qu'on leur demande quelque chose elles sont super disponibles donc ça ça change énormément donc moi je dis tant mieux si ça se passe bien et puis si je*

sens qu'elle est embêtée ça ne me fait rien du tout je continue en fin de compte en fin de compte des fois les médecins on est comme ça on impose les choses puis voilà mais souvent beaucoup d'infirmières ont des côtés très très pertinents elles arrivent à beaucoup de fois il faut avoir la capacité de bien les écouter parce que elles mettent le point sur des choses qui peuvent être extrêmement graves donc ça va toujours dans les deux sens »

3.5 Articulation des cours d'expérience des deux acteurs

Les éléments indiquant les compréhensions ou incompréhensions réciproques, les convergences et divergences entre engagements et attentes et dynamiques de construction de significations sont pris en compte pour l'analyse de l'articulation des cours d'expérience des deux acteurs.

3.6 Difficultés de partage d'informations et de co-constructions de connaissances

Comme cela apparaît dans l'analyse de leurs cours d'expérience séparés, l'articulation des dynamiques de signification se caractérise par : les divergences dans les engagements et les attentes. L'infirmière a de multiples préoccupations liées à : a) l'effort à fournir pour être efficace dans une Unité qu'elle découvre à chaque fois qu'elle y travaille, b) la connaissance des patients, c) ses responsabilités vis-à-vis de l'étudiante dont elle est la référente, d) la présence à assurer auprès des patients en l'absence d'autres collègues qui sont à la pause, e) au rythme de travail dans l'Unité qui accueille des patients en ambulatoire et qui peuvent à n'importe quel moment être appelés en salle d'opération, et enfin, f) aux réponses à fournir au médecin lors de la visite médicale. En répondant positivement à la demande du médecin qui souhaite faire la visite, elle ne s'attendait pas à cette modalité de fonctionnement chez le médecin. Habitée aux modes de fonctionnement des assistants de chirurgie, elle s'attendait a) à une visite médicale plus courte, b) à recevoir des prescriptions précises pour chacun des patients présent dans l'Unité et c) au passage ultérieur du médecin chez les patients actuellement en salle d'opération.

Ne connaissant pas les patients, même en ayant de nombreuses autres activités, le médecin s'attend à consulter les dossiers des patients et à partager des informations et à co-construire avec l'infirmière des connaissances. Les contingences liées aux conditions de travail dans l'Unité ainsi que les connaissances de l'infirmière relatives aux modalités de réalisation de la visite médicale viennent entraver le déroulement de cette activité. Les tentatives de partage des informations et connaissances figurant dans les dossiers informatisés des patients,

l'analyse faite à haute voix par le médecin de chaque situation ne trouve pas un écho chez l'infirmière qui reste préoccupée par l'agenda infirmier et les tâches qui restent à faire.

Tout au long de la visite, l'infirmière tente de travailler en simultanéité : écoutant une partie des propos du médecin, réfléchissant à ce qu'elle peut faire pendant la visite sans gêner la visite, et agissant en fonction des observations qu'elle fait des événements et faits se déroulant dans l'Unité.

Les interactions de ces deux professionnels sont étroitement dépendantes des spécificités de leurs situations et de leurs conditions de « remplaçants », chacun à son premier jour de travail dans une Unité de soins et avec des patients et un professionnel qu'ils ne connaissent pas. L'interdépendance et l'interférence entre tâches et entre acteurs ne sont pas prises en compte par l'infirmière. S'attendant à un travail parallèle entre médecin et infirmière, la consultation des dossiers informatisés par le médecin et l'étude détaillée des situations retient peu son attention.

3.7 Vers un renforcement des connaissances antérieures

Les tentatives faites par le médecin pour échanger et construire une connaissance commune de l'histoire des patients en coopération avec l'infirmière échouent. La prégnance des préoccupations et les attitudes adoptées par l'infirmière, signent les divergences et les difficultés de coopération entre ces deux acteurs. Tout au long de cette visite, le médecin lit et commente les informations figurant dans le dossier informatisé de chaque patient. Il tente vainement de susciter l'intérêt de l'infirmière à l'histoire de la maladie de chaque patient. Il n'existe pas de réel échange entre ces deux acteurs. Le médecin seul semble approfondir sa connaissance des patients. L'ajustement des niveaux d'information est peu présent. Les entretiens d'autoconfrontation mettent en évidence le maintien et le renforcement des savoirs antérieurs de chacun d'entre eux. Le médecin critique certaines infirmières « elles ne sont pas proactives, elles se limitent à *« exécuter quelques prescriptions données par-ci par-là »*. L'infirmière, attribue à ce médecin un comportement inadapté aux conditions de travail dans les services de chirurgie.

4. Échange physiothérapeute-infirmier (EPI-1)⁴⁸ : Ajuster les niveaux d'information de tous et reconnaître les spécificités d'un « passeur d'information » et d'une « experte »

4.1 Le contexte

Cette scène se déroule dans une unité de chirurgie qui accueille des patients devant subir des interventions orthopédiques, digestives ou vasculaires. L'Unité est composée de sept chambres. Deux chambres peuvent accueillir quatre patients chacune et les autres deux patients chacune. Quinze patients sont hospitalisés dans l'Unité le jour de l'observation. L'Unité est répartie en deux Secteurs A et B. Le secteur A comprend les Chambres « 31 » à « 34 ». Une infirmière est responsable des soins des patients « d'orthopédie » des Chambres « 31 » à « 33 ». Un infirmier s'occupe des patientes de la Chambre « 34 ». Ce jour-là deux nouvelles infirmières font partie de l'équipe. L'une travaille à 20 % et est habituellement affectée à l'Unité de chirurgie voisine. La deuxième est infirmière intérimaire et travaille à l'hôpital depuis peu. En raison de son ancienneté, l'infirmier assure un rôle de référent pour les autres infirmières de l'Unité de soins – y compris les deux nouvelles –.

Dans cette Unité, trois médecins-assistants interviennent en fonction des spécialités : orthopédie, chirurgie générale ou chirurgie vasculaire.

4.2 Les acteurs et leur activité

Cet échange entre un infirmier et une physiothérapeute (EPI-1) se déroule dans le bureau des infirmières. Il est 13:10, l'infirmier clarifie avec une infirmière intérimaire un problème de tubes sanguins parvenus au laboratoire de chimie. Ces tubes auraient dû être déposés au centre de transfusion.

La physiothérapeute arrive dans le bureau avec l'intention de communiquer les résultats d'un test de déglutition effectué pour une patiente hospitalisée pour polytraumatisme suite à un accident de la route. À son arrivée à l'hôpital, cette patiente a été hospitalisée aux soins intensifs et a été intubée durant cinq jours. Elle est connue pour une sclérose en plaques qui s'est décompensée suite à l'accident. Elle souffre aussi de dysphagie⁴⁹. La physiothérapeute a reçu une demande d'intervention par le médecin-assistant de l'Unité. Ayant fait une formation portant sur les troubles de la déglutition, elle intervient dans l'Unité à titre de spécialiste.

⁴⁸ EPI-1= Echange Physiothérapeute-Infirmière N°1

⁴⁹ La dysphagie est une difficulté à déglutir.

L'infirmier est indisponible. Après avoir fait le tour de la pièce à la recherche d'une autre infirmière à qui faire un rapport, elle se dirige vers le bureau et s'y installe. Pour optimiser son temps d'attente, elle diffère ses transmissions orales et rédige son rapport sur la feuille de « *suivi de traitement* » contenue dans le dossier de la patiente. L'infirmier termine son interaction avec l'infirmière intérimaire. Il se tourne vers la physiothérapeute et l'invite à lui faire part des résultats du test de déglutition.

4.3 Analyse du cours d'expérience de l'infirmier

Types d'engagement de l'infirmier

Les unités de cours d'expérience de l'infirmier ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à une « histoire » et une « recherche » (Theureau, 2004, pp. 194-198). Les possibles ouverts par l'engagement de l'infirmier en situation se rapportent à la poursuite d'une préoccupation ou d'un problème pratiques de « *passeur d'informations* » entre différents partenaires recueillir des informations relatives à la dysphagie pour les relayer » et de développement de ses connaissances en relation avec la dysphagie. De cette préoccupation on peut dégager, grâce à l'analyse du cours d'activité de l'infirmier, des structures significatives s'articulant autour des types d'engagement décrits ci-dessous :

- Chercher à résoudre un incident organisationnel

L'infirmier, ayant reçu un appel téléphonique du laboratoire, apprend que des tubes sanguins pour analyse sont manquants. Il tente de résoudre cette problématique avec l'infirmière concernée. Il perçoit l'arrivée de la physiothérapeute dans le bureau, mais poursuit son échange avec l'infirmière intérimaire qui ne connaît pas encore l'existence de laboratoires différents dans l'institution. Ne pas résoudre cet incident immédiatement risque d'avoir des conséquences pour la patiente - qui devra subir une nouvelle prise de sang - et pour les infirmières – effectuer la prise de sang entraîne un surplus de travail et suppose d'expliquer à la patiente la perte des tubes et au médecin le retard d'obtention des résultats, etc –.

- Chercher à montrer sa disponibilité

Dès la fin de l'échange avec sa collègue, l'infirmier se tourne vers la physiothérapeute pour lui signifier sa disponibilité. Il s'adresse à elle en disant « *alors* ». Il poursuit ainsi un échange ayant eu lieu il y a peu de temps lorsque la physiothérapeute est passée au bureau avant d'aller dans la chambre de la patiente. Il sait qu'elle a réalisé un test de déglutition à la patiente.

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas**

En relation avec : a) son rôle de « *passeur d'information* » et, b) sa méconnaissance de la consistance de l'alimentation à donner à la patiente, l'infirmier écoute les explications de la physiothérapeute afin d'être en mesure de transférer les informations aux membres de l'équipe soignante, au médecin et à la diététicienne. Il estime qu'il ne comprend pas certaines explications données par la physiothérapeute qu'il considère « *experte* », il comprend l'essentiel « *elle dit par exemple c'est l'eau industrielle (...) moi je dis oui... mais en fait j'ai aucune idée mais les explications ça me suffit pour comprendre tout simplement je ne demande pas plus d'explications moi je reçois des informations importantes et puis là mon rôle c'est que je dois les transmettre plus loin* ». Il pose des questions qui lui permettent d'obtenir des réponses claires quant à l'alimentation à commander et à donner à la patiente.

- **Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas**

Correspond à la réponse fournie par l'infirmier aux commentaires-questions de la physiothérapeute.

Physio. : *Cet œdème qui a diminué ou je ne sais pas, parce que moi plus bas je ne peux pas traiter quoi...*

Inf. : *parce qu'après c'est consulté ORL, il faut finir comme ça*

Physio : *puis après je ne sais pas si c'est un transit qui a été prévu ou quoi*

Inf. : *je sais pas si... oui ils ne savent pas trop pour le moment...*

- **Chercher à contribuer à l'interprétation du cas**

Suite à l'information donnée par la physiothérapeute quant à son projet de revenir le lendemain et de s'arranger pour voir la patiente installée au fauteuil, l'infirmier, fait part de son scepticisme. Il fournit à la physiothérapeute une information relative aux réactions de la patiente lors de sa mobilisation par les infirmières :

Physio : *je reviens demain, je m'arrangerai à voir pour l'avoir au fauteuil parce que ma collègue...euh*

Inf. : *ce n'est pas gagné là...*

4.4 Traits typiques de l'expérience de l'infirmier

Il existe une cohérence entre représentations, engagement, attente, composantes de la culture propre de l'infirmier, création de nouveaux savoirs relatifs au cas de la patiente et enfin

confirmation de certains autres relatifs au travail en coopération avec d'autres professionnels de la santé.

La dynamique de construction de signification et de la construction de l'histoire se fait pas à pas. Dès le début de la rencontre avec la physiothérapeute, l'infirmier reconstitue et aide à reconstituer l'histoire de la patiente. Il suit l'exposé de la physiothérapeute qui procède de manière systématique en décrivant les fonctionnements normaux puis les dysfonctionnements observés au niveau de la déglutition de la patiente. Il s'adapte aux propos de la physiothérapeute. Il interagit par des oui et des « *hum hum* ». Puis il intervient de manière plus conséquente pour obtenir des informations et des indications opérationnelles quant à la consistance des repas à commander. Il fait préciser à la physiothérapeute, à l'aide d'exemples, le type d'aliments à fournir :

Inf. : *mais est-ce que ça vaut la peine de continuer avec du mixé lisse ?*

Physio : *Non c'est trop épais moi je trouve*

Inf. : *C'est trop épais oui*

Physio : *moi je pense que que le mixé lisse c'est trop épais parce mon truc le nestea là c'est vraiment ... c'est peu épais ça et ça passe déjà pas*

Inf. : *potage quoi*

Physio : *potage oui*

Inf. : *oui*

Physio : *potage et puis...*

Inf. : *bouillons...euh...*

Physio : *liquide carrément, régime liquide ça peut être des jus épais*

Inf. : *un régime liquide*

Physio : *euh... ?... des jus épais un peu, un peu plus épais comme ça mais pas plus*

Inf. : *oui je vais voir quoi*

Du point de vue du travail en coopération, il sait qu'à partir des informations et explications fournies par la physiothérapeute, le rôle de « *passeur d'informations* » qu'il s'attribue consiste à relayer l'information à d'autres professionnels de la santé :

Inf. : *c'est à la visite médicale de bien dire la physio elle a dit ça et tout ça et puis là on voit le rôle central qu'on joue entre les physios les médecins c'est de passer l'information et là c'est la journée où moi je reçois beaucoup d'informations*

Chercheure : *donc là tu peux assurer ce lien avec le médecin*

Inf. : *exactement oui*

Chercheure : *eux les physios elles font quand même un rapport*

Inf. : *elles font quand même un rapport mais qui ne vient pas forcément tout de suite ou comme ça là vraiment nous on a un rôle important*

4.5 Analyse du cours d'expérience de la physiothérapeute

Types d'engagement de la physiothérapeute

Les unités de cours d'expérience de la physiothérapeute ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à une « histoire », « recherche » et « passion ». Les possibles ouverts par l'engagement de la physiothérapeute en situation se rapportent non seulement à la poursuite d'une préoccupation ou d'un problème pratique « Rendre compte à l'infirmière et à d'autres professionnels de la santé les résultats du test effectué ainsi que d'autres observations faites au lit de la patiente », mais aussi chercher des réponses à ce qu'elle ne connaît pas de la situation de la patiente que l'infirmier pourrait connaître et qui ne figure pas dans son dossier, tout en étant sensible à l'atmosphère de travail et à la reconnaissance par les infirmières et les médecins de la contribution des physiothérapeutes.

De cette préoccupation on peut dégager, grâce à l'analyse du cours d'activité de la physiothérapeute, des structures significatives s'articulant autour des types d'engagement décrits dans les paragraphes suivants.

Traits typiques de l'expérience de la physiothérapeute

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

La physiothérapeute arrive dans le bureau des infirmières, sa préoccupation principale est de rendre compte à l'infirmier des résultats du test de déglutition réalisé il y a quelques minutes chez sa patiente.

En fonction des éléments de la situation, cet engagement est modulé et se présente ainsi.

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

En communiquant avec un remplaçant ou à un moment plus favorable

Se rendant compte de l'indisponibilité de l'infirmier responsable de la patiente, la physiothérapeute cherche à communiquer les résultats du test à un autre membre – une autre infirmière – de l'équipe soignante de l'Unité de soins.

Constatant qu'aucune autre infirmière n'est dans le bureau, la physiothérapeute, décide d'attendre la fin de l'interaction entre les deux infirmiers présents dans le bureau et à communiquer à un moment favorable avec l'infirmier.

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

En utilisant tous les modes possibles de communication

Un autre choix se présente à elle pour optimiser le temps à disposition : commencer à utiliser l'un des modes possibles de communication (l'écrit) et rédiger son rapport pour fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas. Elle sait que ce type de communication est peu utilisé par les professionnels, mais qu'il est aussi un signe objectivable de son passage chez la patiente et des résultats de l'activité réalisée.

Dès la fin de la rédaction de son rapport et en concordance avec la disponibilité de l'infirmier, elle utilise un autre mode de communication (l'oral). Elle sait que ce mode est privilégié par les professionnels y compris par elle-même.

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

Tout en étant interpellée par la situation

Suite à la première interaction avec l'infirmier, la physiothérapeute, cherchant à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas, informe son interlocuteur des capacités fonctionnelles, des dysfonctionnements repérés, des risques encourus par la patiente, de sa surveillance et types d'aliments à lui procurer. Elle est particulièrement interpellée par la présence d'un œdème consécutif à l'intubation de la patiente. Les gestes réalisés et les observations faites sont mimés facilitant ainsi la compréhension du test réalisé.

Physio : *cette dame pour tout ce qui est motricité linguale, joues, mâchoire, tout va bien. Maintenant elle n'a pas de reflexe du voile du palais, donc quand on passe le miroir là derrière, il y a rien qui se passe*

Inf. : *d'accord*

Physio : *elle n'a pas de réflexe nauséeux... donc ça c'est un mauvais pronostic parce que le bol arrive et qu'elle doit préparer pour déglutir, ça c'est une chose et puis par contre elle a une déglutition volontaire ça c'est clair*

Inf.: *oui*

Physio : *par contre quand j'ai essayé de l'eau gélifiée, le nestea, là.. donc elle est très très liquide, donc c'est le truc industriel tu sais, c'est assez liquide, c'est pas trop gélifié c'est le... et là, déjà là, ça fait une monstre bruit quand elle avale, ça fait un truc comme ça (elle imite le bruit) donc là je ne sais pas ce qu'il y a là comme mécanisme là au fond qui ne joue pas, euh... et puis elle avait la voie mouillée un peu, ça veut dire que...euh... ça ne passait pas bien*

Inf.: *oui*

Physio : *il restait, je lui disais de faire du déroulage-raclage, ravalier, il fallait faire 3 fois pour qu'elle ait tout... tout ravalé, on a fait 2 cuillerées, demi-cuillerées ça a fait 2 fois pareil... après j'ai dit j'essaye avec de l'eau plate, avec la pipette, au lit, ça fait toujours ce bruit de déglutition mais elle n'avait pas cette voie mouillée après, ça passe... donc mon*

conseil c'est qu'on continue avec le liquide avec elle tant qu'elle n'a pas... qu'elle a pas... cet œdème qui a diminué ou je ne sais pas, parce que moi plus bas je peux pas traiter quoi...

Inf. : *parce qu'après c'est consult ORL, il faut... finir comme ça*

Physio : *et puis même que je lui fais des facilitations tu sais appuyer pour avaler etc., ça a toujours fait ce même bruit, donc je ne sais pas ce que c'est ce bruit*

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

Tout en étant intriguée par la disponibilité de l'autre

Du point de vue de la physiothérapeute les explications faites « sont particulièrement longues ». Cela l'intrigue et la questionne sur le motif de la disponibilité de l'infirmier. Lors de l'entretien d'autoconfrontation, elle s'exprime ainsi :

« là il était très disponible...hein... mais des fois on arrive quand c'est en pleine...pleine...euh...changement d'équipe puis on a l'impression d'être...euh... de tomber vraiment comme un cheveux dans la soupe et il faut assez de courage pour oser les interrompre et puis dire ben voilà j'aimerais savoir ça... puis j'estime que moi j'ai des horaires je peux aussi pas venir n'importe quand...euh...je dois jongler entre deux étages...donc voilà... c'est pour ça que je me permets de les interrompre et j'ai demandé plusieurs fois aux infirmières si ça leur faisait rien...elles m'ont dit non fais le nous on aime bien quand tu nous poses des questions... cette personne en fait c'était très particulier, c'est pour ça que je prends du temps parce que elle avait en fait un gros gros œdème en fait interne à cause de la...la... l'intubation et puis ça lui obstruait vraiment le passage c'est pour ça que je prends du temps... c'est un truc qui m'interpelle parce que c'est pas norm... c'était pas habituel... ça dure spécialement longtemps je sais pas si c'est parce que vous étiez-là mais qu'il avait aussi du temps, voilà... des fois c'est plus rapide les transmissions... comme ça »

- Chercher à fournir une connaissance opérationnelle et précise du cas

En répondant aux questions de l'infirmier

Suite aux questions de l'infirmier, elle poursuit en indiquant des exemples de repas ayant la consistance la plus adéquate pour la patiente. Elle termine en indiquant l'existence du rapport écrit. Elle montre le dossier du doigt et dit « ... j'ai noté là-dessus les grandes lignes »

- Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise du cas

En relation avec l'état de santé de la patiente et avec d'autres investigations pensées ou planifiées, la physiothérapeute ne se limite pas à fournir des connaissances opérationnelles et précises du cas, elle pose des questions à l'infirmier.

- Chercher à contribuer à l'interprétation du cas

Elle cherche à contribuer à l'interprétation du cas en informant l'infirmier d'autres observations faites au lit de la patiente : sa désorientation.

Physio : *bon alors elle était un peu désorientée, au début elle m'a parlé de son accouchement*

Inf : *elle parle un peu de plein de choses...une période comme ça*

- Chercher à puiser à toutes les sources possibles d'information

Tout en donnant l'impulsion pour une interprétation partagée du cas

Elle suggère à l'infirmier de rechercher des informations relatives au début des troubles de la déglutition auprès de l'époux.

Physio : *faudrait demander à son mari si ça faisait déjà ce bruit à la maison*

Inf : *oui...oui*

Physio : *parce que voilà... ça se serait intéressant de savoir, il vient à 5h ce monsieur*

Inf : *oui...oui*

Physio : *ça ce serait intéressant de savoir...*

Lors de l'entretien d'autoconfrontation, elle s'exprime ainsi :

« Je lui dis même le moment où son mari vient pour qu'il puisse avoir un feed-back d'une personne...oui...comme la personne était désorientée elle ne pouvait pas me répondre...euh...raisonnablement...oui »

4.6 Articulation des cours d'expérience des acteurs

Il existe une cohérence entre représentations, engagement, attente, composantes de la culture propre de l'infirmier et de la physiothérapeute, création de nouveaux savoirs relatifs au cas de la patiente et enfin confirmation de certains autres relatifs au travail coopératif. Les éléments indiquant les compréhensions ou incompréhensions réciproques, les convergences et divergences entre préoccupations et attentes, les dynamiques de signification des deux acteurs sont pris en compte pour l'analyse de l'articulation de leurs cours d'expérience.

4.7 Partage et co-construction d'informations et de connaissances

Comme cela apparaît dans l'analyse de leurs cours d'expérience séparées, l'articulation des préoccupations des deux acteurs répond à des attentes complémentaires. Outre le partage d'informations pour la prise en charge de la situation de la patiente, l'infirmier et la physiothérapeute sont animés par le même souci « le partage des résultats du test de déglutition avec d'autres professionnels de la santé par l'intermédiaire de l'infirmier ». La

physiothérapeute est préoccupée par le problème de déglutition de la patiente et par les rapports écrits rédigés par les physiothérapeutes, mais qui ne sont pas lus ni par les médecins ni par les infirmières :

Physio. : *Notre feuille blanche y'a personne qui la lit...*

Chercheure : *d'accord*

Physio. : *Ça c'est sûr... ! (Rires) mais c'est comme ça...*

Chercheure : *parce que ce...ce rapport le médecin ne le lit pas ou l'infirmier ?*

Physio. : *non...non personne... c'est...c'est une obligation légale qu'on a de laisser une trace qu'on a passé... voilà pourquoi on le fait mais sinon on le ferait pas*

Chercheure : *c'est quand même... vous ne trouvez pas...vous ne trouvez pas quand même que ce soit étonnant entre guillemets que ce ne soit pas lu...euh...*

Physio. : *Oui... mais on a fait des cours...euh... notre chef à fait des courriers là-dessus... on le redit chaque fois...euh... mais ce n'est pas lu...*

Moins préoccupé par les connaissances d'experte énoncées par la physiothérapeute, l'infirmier est attentif aux informations opérationnelles à relayer à ses collègues, au médecin-assistant et à la diététicienne. Toutefois l'un et l'autre relèvent les spécificités de leurs rôles respectifs. Pour l'infirmier la physiothérapeute a un rôle d'*expert* – des troubles de la déglutition – et la physiothérapeute reconnaît à l'infirmier une fonction de « *passeur d'information* ».

4.8 Vers le renforcement de la connaissance : l'infirmier est un passeur d'informations

L'échange entre infirmier et physiothérapeute contribue au développement des connaissances des deux acteurs. La dynamique de construction de signification se fait pas à pas : il s'agit de la construction de l'histoire de la patiente, mais aussi de la construction de connaissances relatives au fonctionnement de l'autre professionnel avec lequel on interagit et coopère. Dès le début de l'échange, physiothérapeute et infirmier reconstituent l'histoire actuelle de la patiente en fonction des nouvelles données apportées par chacun d'entre eux. Souhaitant fournir des informations à l'infirmier quant au résultat d'un test de déglutition réalisé à une patiente, la physiothérapeute arrive dans le bureau et aperçoit l'infirmier en discussion avec une autre infirmière. En attendant qu'il soit disponible, elle rédige son rapport d'intervention. S'apercevant avec étonnement de la disponibilité de l'infirmier et parce qu'elle s'est sentie interpellée par l'œdème détecté chez la patiente, elle explique avec de nombreux détails et en les mimant les difficultés constatées. Elle agit en tant qu'experte des troubles de la déglutition, mais relève aussi les limites de ses compétences et la nécessité de recourir à l'avis d'un médecin spécialiste. Elle compte sur l'infirmier pour communiquer ces informations au

médecin. De manière générale, elle estime qu'il est difficile de rencontrer les médecins, car ils sont surchargés et changent trop souvent de lieu de stage. Elle a davantage confiance dans les infirmières qui sont les véritables « gens du terrain ».

Physio. : j'ai plus confiance dans les rapports entre physio et infirmier qu'entre...euh...avec les assistants... je travaille assez peu avec les assistants parce qu'ils changent tout le temps tous les 3 mois c'est des nouveaux ou encore même moins... moi je trouve que c'est...c'est... des gens du terrain c'est les infirmiers-infirmières... donc c'est assez peu souvent que je vais chez le médecin

Chercheure : d'accord, d'accord... donc le rôle de l'infirmier...quand vous lui donnez... quand vous lui le rapport... le rôle de Vi c'est aussi de transmettre au médecin-assistant du jour que vous avez...euh...vu...

Physio. : si jamais y'a une question...oui...oui

Chercheure : donc c'est son rôle à lui de transmettre la suite, vous n'allez pas aller voir le médecin

Physio. : c'est moi qui lui donne son rôle... si le médecin est là dans le couloir et puis qui...qui...qu'il est sympathique et ouvert, je vais... je vais lui en toucher un mot mais des fois je ne fais pas trop d'effort...des fois... euh

Chercheure : d'accord...ok... oui bon ils passent vite hein on a vu

Physio. : Ils passent vite c'est ça et puis ils sont souvent très très débordés... ils ont le téléphone ils ont le ceci qui viennent les appeler je me dis... allons-y comme ça c'est l'infirmier qui donne le repas donc si lui il sait...euh...où on est...ben c'est l'essentiel

Suite à une question de l'infirmier, portant sur la consistance des aliments de la patiente, elle donne quelques exemples. Elle poursuit en cherchant à savoir si d'autres investigations sont planifiées, en communiquant les informations collectées au lit de la patiente. Elle indique à l'infirmier l'heure à laquelle l'époux de la patiente arrive à l'hôpital et lui suggère de recueillir auprès de lui des informations relatives au début de la dysphagie. Enfin, elle termine en signalant que le rapport de son intervention figure dans le dossier, et son plan d'action du lendemain auprès de la patiente.

Outre les savoirs liés à la physiopathologie de la dysphagie, la physiothérapeute fait part de ses connaissances du milieu hospitalier, des rôles des différents professionnels gravitant autour des patients : médecins, infirmières et diététiciennes et du fonctionnement perçu de chacun de ces acteurs « c'est des chasses gardées... le médecin chef de médecine c'est sa chasse gardée... après y'a le nombre de lits... y'a la gestion des lits... on a droit à tant de lits comme ci après on a droit à tant de lits ici... en médecine on a des lits pour la neuro-rééducation mais le aigu... après quand c'est plus aigu on met dans l'autre...euh... unité... ça c'est tous des histoires politiques et gestion... ». Elle est sensible à l'environnement et aux attitudes de l'infirmier. À son arrivée dans l'Unité elle perçoit l'indisponibilité de l'infirmier

et sait attendre. Elle perçoit lors de l'interaction, qu'il est à l'écoute et qu'il montre qu'il est disponible, mais elle ne sait pas comment expliquer cette disponibilité. Cette perception vient confirmer ce qu'elle avait perçu lors de rencontres précédentes « *l'accueil et la disponibilité ainsi que la coopération entre infirmière et physiothérapeute dépendent de la personne qui est en face* » et dans la situation actuelle l'interaction est facilitée par l'attitude d'écoute et de disponibilité de l'infirmier.

L'infirmier perçoit l'expertise de la physiothérapeute, et conçoit sa participation au travail collectif en tant que « *passeur d'informations* ». Il juge, en fonction des explications données par la physiothérapeute, qu'il faut se limiter à l'essentiel. Il se fie aux propos de l'experte en établissant des liens avec le travail des infirmières et les tâches à réaliser auprès des patients, des familles et des autres professionnels de la santé, tels que les soins de surveillance, les communications à faire à la diététicienne, aides et auxiliaire hôtelière, ainsi qu'au médecin-assistant de l'Unité. Travailler en équipe consiste à partager les informations et données que l'un ou l'autre possède. Cela permet de travailler en cohérence les uns avec les autres pour atteindre les objectifs d'amélioration de l'état de santé de la patiente.

5. Les échanges « entre deux portes » infirmier-infirmière : Ajuster les niveaux d'informations entre tous malgré les aléas du travail à temps partiel

5.1 Le contexte

L'interaction entre infirmier et infirmière (EII-1)⁵⁰ se déroule dans une unité de chirurgie qui accueille des patients devant subir des interventions orthopédiques, digestives ou vasculaires. L'Unité est composée de sept chambres. Deux de ces chambres peuvent accueillir quatre patients chacune, les autres un ou deux patients chacune. Ce jour, l'Unité accueille 15 patients.

5.2 Les acteurs et leurs activités

Il est 13:00. Le rapport d'équipe a lieu à 13:15. L'infirmière, faisant un horaire continu, avait participé à la visite médicale de l'une de ses patientes et avait demandé à l'infirmier, avant de prendre sa pause de midi, de vérifier le dosage d'un médicament auprès de la pharmacie. Cette infirmière travaille à temps partiel. Elle est affectée à l'Unité de chirurgie attenante à celle où elle travaille ce jour. Depuis quelque temps déjà, et pour des raisons de gestion du personnel, l'infirmière responsable du service de chirurgie lui demande de travailler, selon les besoins, dans l'une ou l'autre des unités. Cette infirmière est installée devant l'ordinateur et contrôle le dossier informatisé de sa patiente. Constatant des différences dans le traitement prescrit et noté dans le kardex (dossier de soins) et les prescriptions qui lui avaient été données par oral, elle interpelle l'infirmier. Il se dirige vers elle, se penche par-dessus son épaule pour regarder l'écran et répond au fur et à mesure à ses questions. Il aperçoit les deux observatrices qui viennent d'arriver dans l'Unité. Il se dirige vers elles. L'infirmière le rappelle pour lui poser d'autres questions. Certaines parties de l'interaction sont inaudibles : bruit dans le bureau et passage de chariots dans le couloir. Il s'agit d'un épisode qui se déroule en cinq minutes.

5.3 Analyse du cours d'expérience de l'infirmière

Types d'engagement de l'infirmière

Les unités de cours d'expérience de l'infirmière ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à ce que Theureau nomme « passion / sentiment », « histoire » et « recherche » (2004, pp. 194-198). Les possibles ouverts par l'engagement de

⁵⁰ EII-1 = échange entre infirmière et infirmière N° 1

l'infirmière en situation se rapportent à la poursuite d'une préoccupation ou d'un problème pratiques « la compréhension du motif de la non-concordance des prescriptions médicales et données figurant dans le dossier informatisé et données orales collectées lors de la visite médicale et auprès de la patiente ». La passion ou sentiment est sous-jacent à l'interaction. Elle est verbalisée par les deux infirmiers lors de l'entretien d'autoconfrontation. Pour l'infirmière il s'agit de l'inconfort et le manque d'assurance ressenti lorsqu'elle travaille dans cette Unité de soins. Pour l'infirmier, il s'agit de la difficulté de travailler avec une infirmière remplaçante qui de surcroît est à temps partiel. L'analyse du flux d'activité permet de dégager des structures significatives s'articulant autour des types d'engagement décrits ci-dessous, il s'agit pour l'infirmière, de :

- **Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation**

Tout en vivant péniblement les changements de lieu de travail

Dès le début de l'entretien d'autoconfrontation, l'infirmière exprime le malaise ressenti lorsqu'elle travaille dans cette Unité « *alors moi ben c'est difficile pour moi d'avoir toutes les données comme ça en tête... Je viens je fais un jour comme ça... mi-journée...euh... sporadiquement... je... oui et puis en plus quand ils me mettent ici...là-bas... c'est ça qui est embêtant ici... c'est depuis qu'ils ont commencé à mettre cette...euh... d'aller un petit peu aider là où y'en a besoin alors...euh... alors ils ont commencé à me mettre un petit peu aussi à côté... c'est facile de jongler avec un temps partiel comme ça... mais moi je me dis si tu as toujours la même stabilité dans le service... tu peux aussi par exemple un jour t'occuper de 4 personnes elles te restent... tu les retrouves quand tu viens tu as quand même ça... tandis que quand tu vas voyager à droite et à gauche... c'est toujours nouveau, c'est toujours nouveau* ». Elle évoque son pourcentage de travail et spécifie qu'en raison de cela et de certaines structurations du travail des infirmières, elle est appelée à travailler dans l'une ou l'autre des deux Unités. Ce changement de lieu la confronte à deux difficultés :

a) la méconnaissance des patients : « *le fait de faire peu... euh... ce n'est pas très rassurant des fois on a besoin de redemander pour être sûr...* »,

b) la méconnaissance des manières de travailler des infirmières de cette Unité : « *des fois je me dis je vais travailler à l'Unité 2 ça me pose aucun problème... quand je sais que je vais travailler au à l'Unité 3 je me dis ça y est... et puis l'organisation n'est pas la même... par exemple le chariot à pansement... mais quel « chni » qu'y'avait là-bas ! Et puis on perd du temps à remettre en place... parce qu'ici (à l'Unité 2) on a quand même le principe de mettre*

la base des choses pour les pansements... donc les compresses 10x10 les 10x20..., les petits tampons... mais là (à l'Unité 3) on trouve tout hein ! On trouve des scotchs des sparadras des ampoules de NaCl des... des tegaderm... des tas de choses dedans et puis c'est plein c'est plein et puis des fois le minimum on l'a pas... Alors c'est vrai que moi je vais pas faire la loi là-bas et puis je fais avec ce qu'il y a... mais ça complique parce que quand on sait que c'est comme ça (elle mime un ordre de rangement) on avance mieux aussi dans son travail... quand il y a la régularité du bon fonctionnement... puis bon...euh...».

Cela engendre un sentiment d'insécurité l'incitant à vérifier constamment tout ce qu'elle doit faire afin d'éviter les risques d'erreurs.

Tout en essayant de comprendre la différence constatée

Constatant la différence entre prescription orale et prescription écrite, l'infirmière pose la question de la quantité de soluté perfusable à administrer à la patiente et du dosage de la dexaméthasone. Elle sait que l'infirmier l'a remplacé auprès du médecin-assistant. Il a de ce fait participé à l'inscription des prescriptions dans le dossier informatisé de la patiente :

« j'avais fait la visite et puis...euh... bon... y'avait des choses que j'avais discuté avec le médecin... ça avait très bien été d'ailleurs... mais simplement entre ce qu'il avait dit oralement et ce qui était écrit après dans les médicaments ça correspondait pas... donc il fallait que je sache et puis après aussi peut-être pour dire plus loin... moi il m'a dit ça... mais bon je vois que dans le DPI (dossier patient informatisé) c'est pas marqué ça... c'était des données qui étaient pas correctes... je me souviens... c'était marqué donc sur le graphique 13... mais ils n'indiquaient pas c'était quoi 13... 13 comprimés ? c'était mg ? Je savais pas ce que c'était... donc il a fallu que je sache ce que c'était... puis en fait je sais même plus ce que c'était... oui c'était pas clair... puis je pense ben... »

Tout en posant des questions à l'infirmier et en vérifiant son hypothèse

En relation avec l'inscription « PG » notée dans le dossier, et après avoir discuté avec la patiente à propos de l'un de ses médicaments, l'infirmière cherche à vérifier l'hypothèse qu'elle a « P : signifie personnel » ; elle lui pose la question « C'est quoi PG ? »

Tout en contrôlant / vérifiant auprès de l'infirmier la concordance entre données écrites et données orale

Afin d'être rassurée, elle vérifie l'adéquation des prescriptions notées dans le dossier auprès de l'infirmière. Elle sait qu'il a accompagné le médecin-assistant lorsqu'il notait les médicaments dans le dossier, qu'il travaille à temps complet et qu'il connaît la patiente et le médecin-assistant : *« moi j'arrive je fais avec ce qu'on me donne, puis alors... ben après y'a des informations qui manque donc moi après je suis obligée de demander... ben justement quand je fais le contrôle ben... je suis obligée de demander...hein... je peux pas faire les choses comme ça aveuglément... Je sais plus dire tous les détails de tout... mais je sais qu'il y avait une histoire c'est vrai... que c'était marqué 13... puis moi ben je ne savais pas ce que c'était le 13... on peut mettre prednisone mg ou comprimés mais 13... je sais plus exactement ce que c'était mais ce n'était pas clair... »*

5.4 Traits typiques de l'expérience de l'infirmière

Il existe une cohérence entre representamen, engagement, attente, composantes de la culture propre de l'infirmière, création de nouveaux savoirs relatifs au cas de la patiente et enfin confirmation de certains autres relatifs à l'inconfort lié au travail à temps partiel, à la flexibilité demandée par la nouvelle organisation du travail.

Le travail de l'infirmière au cours de cette matinée et cette situation illustre la difficulté du travail à temps partiel dans une autre Unité de soins que celle où elle travaille habituellement. Pour être sûre des actions à réaliser, elle s'adresse à l'infirmier afin d'élucider des incohérences constatées entre a) les prescriptions médicales figurant dans le dossier et b) ce que le médecin-assistant lui a dit lors de la visite médicale, et c) ce que la patiente lui a signalé *« bon moi je contrôle donc en fonction de ce qu'il y a puis il y a des choses que je comprends pas j'essaie de comprendre pourquoi c'est marqué pourquoi c'est marqué puis ce n'est pas dans la carte »*. Elle sait que l'infirmier l'a remplacée auprès du médecin à l'heure où elle devait avoir sa pause de midi, mais ne lui a pas donné d'informations en retour sur ce qu'il sait.

Pour cette infirmière, la dynamique de construction de signification se fait pas à pas. Ressentant l'inconfort du travail dans une Unité qu'elle ne connaît pas, elle reconstitue l'« histoire » de la patiente en interagissant avec ce collègue. Elle procède de manière systématique en débutant par les premières prescriptions médicales figurant dans le dossier, c'est-à-dire la quantité de soluté à perfuser en 24 heures, puis par les médicaments à administrer par voie orale. Elle signale un traitement personnel de la patiente *« des hormones-*

PG » et reçoit la confirmation qu'il s'agit d'un médicament personnel géré par la patiente. Elle cherche à être rassurée en partageant les différences constatées entre ce qui est noté dans le dossier informatisé, la barquette de médicaments et ce que la patiente lui dit des médicaments qu'elle prend. Elle remercie l'infirmier en pensant avoir terminé le contrôle des médicaments lorsqu'elle s'aperçoit qu'un « 13 » figure à côté de la prescription de prednisone®. Elle rappelle l'infirmier qui s'éloignait et le lui fait remarquer, car « *elle ne peut pas faire les choses comme ça aveuglément, et se sent peu sûre lorsqu'elle travaille dans cette Unité* ». Cette question lui permet d'apprendre que le médicament a été stoppé afin de vérifier le dosage exact à administrer. Elle ne fait pas part à ce collègue de ce qu'elle ressent.

5.5 Analyse du cours d'expérience de l'infirmier

Types d'engagement de l'infirmier

Les unités de cours d'expérience de l'infirmier ainsi que les composants relatifs à l'engagement peuvent être reliés à ce que Theureau nomme « Histoire », « Passion/sentiment » et « Recherche » (2004, pp. 194-198). Les possibles ouverts par l'engagement de l'infirmier en situation se rapportent à des préoccupations multiples « gérer les questions d'une infirmière qui travaille occasionnellement dans l'Unité en parallèle avec ses propres activités ». Dans cette situation, il sait a) que l'infirmière travaille à temps partiel, b) qu'elle travaille habituellement dans l'autre Unité de chirurgie, c) qu'il l'a remplacée auprès du médecin-assistant lorsqu'elle a pris sa pause de midi ainsi que pour prendre contact avec la pharmacie pour résoudre un problème de dosage d'un médicament.

Cet infirmier a de multiples préoccupations au moment où l'infirmière l'interpelle : les activités à réaliser auprès d'autres patients et l'arrivée des observatrices dans l'Unité. Malgré cela, il « *Cherche à contribuer à l'interprétation de la situation tout en percevant la lourdeur de cette charge.* ». Il est interpellé à deux reprises par l'infirmière qui cherche à élucider des différences constatées dans le dossier de soins.

- Cherche à contribuer à l'interprétation de la situation

Tout en percevant la lourdeur de cette charge

Il répond aux questions et confirme les prescriptions notées tout en étant préoccupé par d'autres activités à réaliser et tout en pensant que cette collègue « *est d'une autre génération ; elle a reçu un autre type de formation ; elle pose beaucoup de questions ; le travail à temps*

partiel constitue une difficulté pour les infirmières qui travaillent à 100% ». La passion - ou sentiment -, est sous-jacente à l'interaction « des personnes comme ça dans un service, c'est clair que c'est une force de travail... c'est des gens qui prennent en charge des patients... mais pour nous ça demande presque une surcharge de travail presque une forme de soutien... comme ça j'ai quelque chose d'autre d'important à faire à ce moment-là... et puis j'essaye de quitter plusieurs fois et je reviens trois fois de suite... là on voit que j'ai de la peine... enfin je ne peux pas laisser comme ça et partir vite ».

5.6 Traits typiques de l'expérience de l'infirmier

Il existe une cohérence entre représentations, engagements, attentes, composantes de la culture propre de l'infirmier, création de nouveaux savoirs relatifs à la situation de la patiente et enfin confirmation de certains autres relatifs au travail à temps partiel et à ses incidences sur le travail coopératif. La dynamique de construction de signification se fait pas à pas. Dès le début de l'interaction, l'infirmier reconstitue l'histoire de la patiente en fonction des nouvelles données apportées par lui-même, par l'infirmière qui s'en est occupée au cours de la matinée, et par consultation du dossier informatisé et du constat de l'incohérence de certaines prescriptions. Lors de l'entretien d'autoconfrontation il exprime la difficulté ressentie et la charge de travail supplémentaire que constitue le travail avec une infirmière travaillant à temps partiel et réalise l'importance de donner un feedback à l'infirmière qu'il a remplacée en partie lors de la visite médicale. Il ne fait pas part à sa collègue de cette difficulté, mais le manifeste non verbalement en tentant à trois reprises de s'éloigner « *trois fois et chaque fois j'essaye de partir et puis elle me rappelle après* ».

5.7 Articulation des cours d'expérience

Il existe une cohérence entre représentations, engagement, attente, composantes de la culture propre de l'infirmière et de l'infirmier, création de nouveaux savoirs relatifs aux thérapeutiques de la patiente et enfin confirmation de certains autres relatifs au travail coopératif et de coordination. Les éléments indiquant les compréhensions ou incompréhensions réciproques, les convergences ou divergences dans les attentes et préoccupations et les dynamiques de signification des deux acteurs sont pris en compte pour l'analyse de l'articulation de leurs cours d'expérience.

Dès le début de l'interaction entre infirmier et infirmière, l'un et l'autre reconstituent l'histoire de la patiente en fonction des nouvelles données apportées par chacun.

5.8 Partage et co-construction d'informations et de connaissances.

Comme cela apparaît dans l'analyse de leurs cours d'expérience séparées, l'articulation des dynamiques de signification se caractérise par la complémentarité des apports de chacun. Pour avoir participé à la fin de la visite médicale, l'infirmier confirme les prescriptions notées dans le dossier et porte à la connaissance de l'infirmière les changements discutés en dernier lieu avec le médecin-assistant. En échangeant avec l'infirmier sur cette situation particulière, l'infirmière acquiert des connaissances qui lui permettent de se rassurer et d'éviter ainsi, pour elle-même et pour les autres infirmières, des erreurs dans la préparation et l'administration des médicaments. Ils partagent les informations que l'un ou l'autre possède. L'infirmière vérifie ce qu'elle ne connaît pas de la situation de la patiente. Cela permet de travailler en cohérence l'un avec l'autre pour améliorer de l'état de santé de la patiente.

5.9 Vers l'ajustement des niveaux d'informations malgré les aléas du travail à temps partiel

Préoccupé par d'autres activités, l'infirmier, après avoir répondu à certaines questions, tente de s'éloigner à trois reprises. Il est retenu par les interventions de cette collègue qui permettent l'ajustement des niveaux d'informations. Ni l'un ni l'autre ne formulent explicitement ce qu'ils ressentent. C'est-à-dire pour l'infirmier ses préoccupations quant à la charge de travail et les activités qui l'attendent et qu'il doit réaliser, et pour l'infirmière la difficulté et l'insécurité ressentis dans la gestion des situations de soins de patients qu'elle voit pour la première fois et le travail dans une Unité dont elle ne connaît pas les habitudes.

5.10 Renforcement et constitution de nouveaux « types » ou savoirs

Cette expérience renforce chez cette infirmière le sentiment de l'importance de vérifier les écrits figurant dans le dossier des patients et de les comparer à ce qui a été énoncé par le médecin ou par la patiente et aux connaissances d'autres collègues. Cette démarche est une garantie d'atteindre une visée recherchée : la sécurité des patients et l'efficacité des soins.

Cette expérience renforce chez l'infirmier l'impression de difficulté occasionnée par le travail avec des infirmières n'ayant pas la même formation et le même diplôme ou « novices » dans l'unité. Pour lui, le travail à temps partiel et le travail avec une infirmière d'un certain âge n'ayant pas le même diplôme et les mêmes habiletés à utiliser les outils informatiques constituent une charge de travail supplémentaire qui entraîne une nouvelle charge de travail qui vient se rajouter à ses propres activités :

« Peut être que moi j'ai plus l'habitude que elle, donc c'est à l'équipe de trouver un moyen que ceux qui connaissent donnent un coup de main à ceux qui ne connaissent pas et il y a aussi l'autre différence c'est que moi je travaille à 100% et elle travaille à 20%, donc 20% c'est quoi ? c'est 3 -4 jours par mois et les bons mois, et puis là il y a beaucoup de choses justement qui, des personnes comme ça dans un service, c'est clair que c'est une force de travail, ces des gens qui prennent en charge des patients mais pour nous ça demande presque une surcharge de travail, notre travail parce qu'il y a beaucoup de, presque une forme de , je ne dirai pas d'encadrement, parce qu'on est diplômé la même chose et tout ça mais plus du soutien comme ça à faire et dans le film on voit que plusieurs fois je j'ai un autre ...quelque chose d'autre à faire et qui est assez important à faire à ce moment là et puis j'essaye de quitter plusieurs fois et je reviens trois fois de suite , là on voit que j'ai de la peine, enfin je ne peux pas laisser comme ça et partir vite... trois fois et chaque fois j'essaye de partir et puis elle me rappelle après... j'aime bien cette séquence parce que c'est assez représentatif parce que d'un côté ben d'un métier qui évolue avec deux formations qui sont complètement différentes avec des gens et de l'autre côté avec des technologies qui sont une grosse partie de notre boulot maintenant»

Chapitre 7

Caractéristiques typiques de l'articulation- coordination et de la coopération

À partir de l'analyse des huit situations décrites précédemment, ce chapitre présente :

Dans la section 1 : les caractéristiques typiques des engagements et préoccupations des acteurs,

Dans la section 2 : la structure archétype signant la coordination lors d'échanges d'informations entre ces professionnels, la modulation de cette structure archétype par les intentions de recherche et de développement des connaissances théoriques poursuivis ainsi que par les sentiments éprouvés par les acteurs en situation, et enfin

Dans la section 3 : les différents arrangements de travail coopératif qui en émergent.

1. Les engagements/préoccupations des acteurs et leurs modalités d'expression

L'analyse des cours d'expérience de chacun des professionnels a permis de mettre en évidence deux grands types d'engagements/préoccupations des acteurs lors de la Visite médicale (VM)⁵¹ sur dossier ainsi que lors d'Échanges entre Physiothérapeutes et Infirmières (EPI)⁵² et ceux réalisés « entre deux portes » par des Infirmières travaillant dans la même Unité de soins (EII)⁵³. L'Engagement dans la situation (E) est constitué par le faisceau des préoccupations de l'acteur et correspond aux horizons des possibles (c'est-à-dire des états intentionnels, des états de recherche ou des tonalités émotionnelles), qui découlent des actions passées, de l'histoire personnelle et professionnelle, ainsi que des habitudes de l'acteur (Theureau, 2004 ; Veyrunes, 2004). Par ailleurs, le caractère séquentiel de la concaténation des unités a été mis en évidence lors d'existence d'une relation de dépendance entre unités ou lorsque plusieurs signes sont en rapport avec un même engagement/préoccupation et entretient entre eux une certaine continuité.

⁵¹ VM = Visite médicale (sur dossier).

⁵² EPI = échange entre physiothérapeute et infirmière.

⁵³ EII = échange entre infirmières d'une même Unité de soins.

Les engagements suivants ont été mis en évidence : « Chercher à contribuer à l'interprétation partagée de la situation » et « Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation ».

En tant que membre d'un collectif, chercher à contribuer à une interprétation partagée c'est faire en sorte que les autres membres du collectif acquièrent l'information ou les connaissances qu'ils ne possèdent pas et partager ainsi la même compréhension de la situation.

Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation est une préoccupation des professionnels qui cherchent à prodiguer des soins adaptés au patient en fonction de son état de santé actuel.

L'association de ces deux engagements constitue la structure archétype « Ajuster les niveaux d'information de tous ».

2. Ajuster les niveaux d'information de tous

2.1 Une structure archétype signant la coordination et faisant partie intégrante du travail collectif et de la coopération interprofessionnelle

Ajuster les niveaux d'information entre tous est une structure séquentielle archétype significative de l'articulation des cours d'expérience des professionnels de la santé du milieu hospitalier. Elle se rapporte aux échanges ayant pour finalité soit le traitement des situations des patients soit le travail et le fonctionnement des professionnels dans l'institution. La séquence archétype « Ajuster les niveaux d'information entre tous » correspond à un niveau d'abstraction supérieur aux séquences et met en évidence des régularités dans l'organisation des cours d'action en relation avec des contraintes de la situation. Cette séquence archétype fait partie intégrante de l'activité collective et du travail en milieu hospitalier qui suppose l'existence d'une finalité commune aux acteurs, l'interdépendance des activités individuelles, le partage d'une « situation de travail » et l'articulation collective dynamique d'activités individuelles. Les acteurs du collectif coopèrent, coordonnent, emboîtent, inter-relient leurs activités individuelles autonomes. L'existence d'une intention partagée par l'ensemble des acteurs engagés dans l'activité collective est le déterminant de l'occurrence de ce type d'activité et est en relation étroite avec la tâche prescrite.

En tant que processus par lequel les acteurs effectuent un travail collectif et des activités en commun, la coopération consiste en la réalisation d'un ensemble d'opérations répondant aux

mêmes préoccupations. Infirmières, médecins, physiothérapeutes travaillent en parallèle ou en série dans un enchaînement d'actions qui nécessite des interactions régulières et une mise en commun de l'état d'avancement des actions et des réactions des patients à ces actions. Ces acteurs traitent ainsi « les interférences pour faciliter les activités individuelles ou (et) la tâche commune » (Hoc, 2003). Les interactions sont prescrites et représentent un type de coordination régi par l'organisation et appelé *coordination décidée d'avance* par Maggi (1996, pp. 637-662). Cette forme se distingue, entre autres, de la coordination contextuelle qui fait référence à ce qui se passe réellement au niveau de l'activité des acteurs que nous décrivons ci-dessous.

Les cours d'action des acteurs observés et les régularités dans l'organisation de leurs cours d'action sont en relation avec les ressources et contraintes des situations. Les régularités de l'organisation des cours d'action expriment des couplages typiques entre l'activité et les situations. Ainsi, « Ajuster les niveaux d'information entre tous » regroupe les séquences typiques significatives : « Chercher à contribuer à l'interprétation partagée de la situation » et « Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation ». Ajuster les niveaux d'information entre tous est une caractéristique typique de l'articulation des cours d'expérience. Elle émerge en situation, et implique le partage verbal et non verbal d'informations contextuelles. Elle permet la prise en compte des dépendances, la synchronisation et la réalisation d'actions favorisant l'efficacité du collectif; elle est « un travail de second ordre » qui permet au travail coopératif de « fonctionner » (Schmidt, 2002). L'interaction entre acteurs permet d'accorder les représentations des membres du collectif sur la finalité à atteindre et sur la façon de l'atteindre. Il s'agit de l'élaboration d'un référentiel commun qui ne va pas être de même nature et ne va pas avoir le même coût si l'équipe travaille souvent ensemble ou si elle se réunit de façon ponctuelle (Schmidt, 1994). L'interaction favorise la construction d'un référentiel commun et permet aux acteurs de se synchroniser sur le plan cognitif, puis sur le plan de l'action à réaliser auprès des patients, car, comme l'expriment Salembier & Zouinar (2004), il n'y a pas de coopération sans partage d'informations entre les protagonistes de la coopération. Ceci confirme l'importance de l'attention portée au développement des compétences interprofessionnelles dans les curriculums de formation des filières du domaine Santé, et de l'inclusion des rôles de communicateur et de collaborateur qui est à développer au cours des trois ans de formation dans le domaine des soins infirmiers (HES-SO, 2012). En effet, les prestations de service des infirmières ne sont pas au service exclusif des patients, et l'une de leurs fonctions importantes est d'être « intermédiaire » entre plusieurs bénéficiaires des prestations de service

(Allen, 2004 ; Nadot, 2008a 2009, 2013). Par leur présence continue dans les unités de soins, les infirmières sont les interlocutrices de plusieurs professionnels, dont les médecins et physiothérapeutes observés. Par ailleurs, et comme le relèvent Aiken et Patrician (2000) ainsi que Lucero *et coll.* (2009), la qualité élevée de l'environnement des soins, la collaboration interdisciplinaire, la coopération et la coordination, favorisent l'obtention de meilleurs résultats par les personnes soignées, les infirmières et l'organisation hospitalière.

En tant qu'intermédiaires entre le patient et plusieurs professionnels, les infirmières ont un rôle important à jouer dans l'« ajustement des niveaux d'information entre tous ». Cette structure archétype comporte deux engagements / préoccupations des infirmières et autres professionnels observés qui sont :

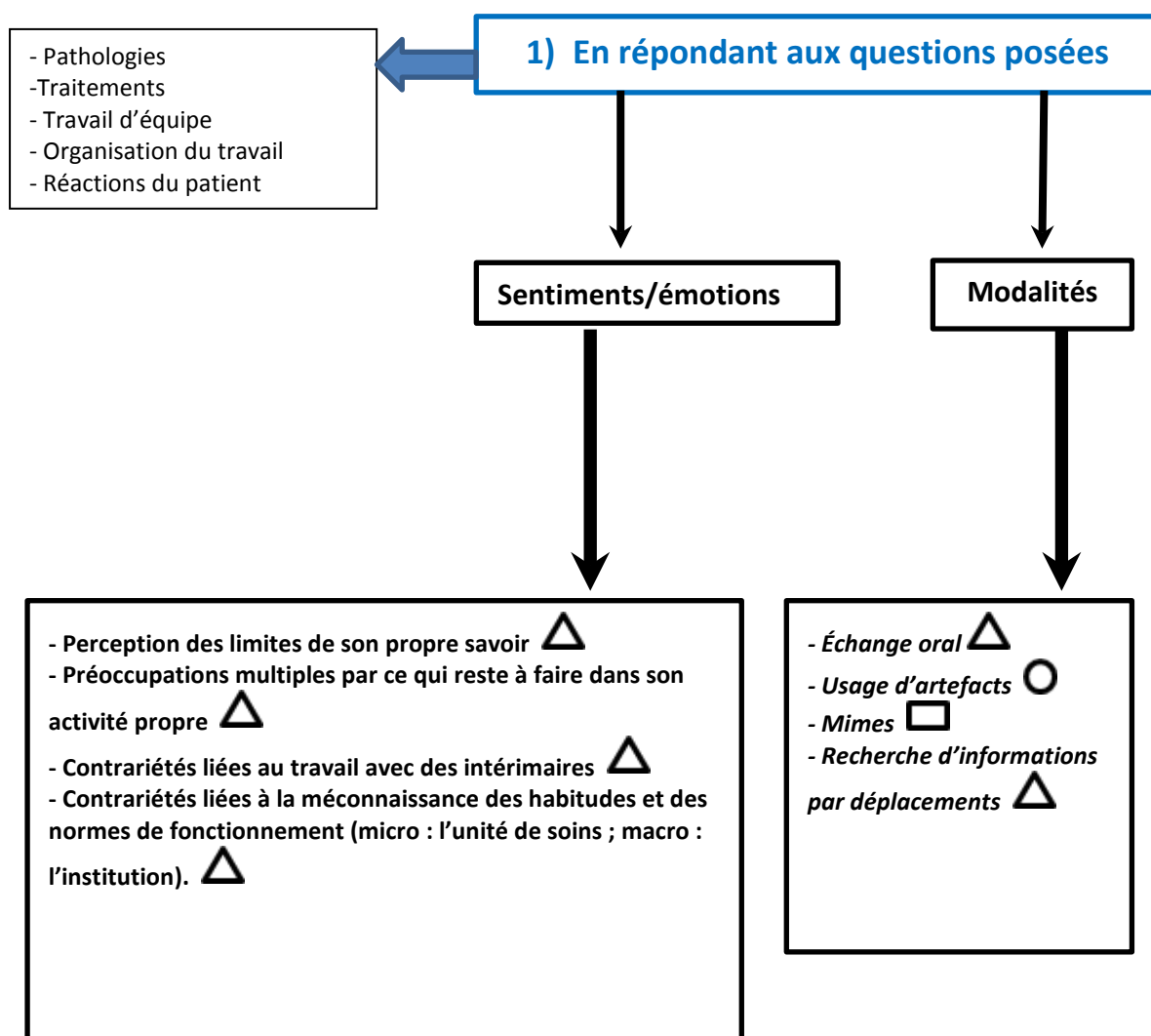
Chercher à contribuer à l'interprétation de la situation et ***Chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation*** sont deux engagements / préoccupations concernant le partage des connaissances entre professionnels, et des soins et traitements efficaces pour le rétablissement des patients. Ces engagements et cette finalité s'expriment au travers de différentes activités telles que répondre aux questions posées, fournir spontanément des informations, fournir des connaissances opérationnelles et précises, donner l'impulsion pour une vision partagée, suggérer, inciter, puiser à toutes les sources possibles d'information et vérifier et contrôler l'exactitude et la cohérence des données. Selon les acteurs en présence et leur statut et le contexte, d'autres préoccupations et engagements nommés « passion ou sentiment » se surajoutent à l'intention initiale ; il s'agit des émotions et sentiments suivants : inconfort, malaise, contrariété, insécurité, crainte de commettre des erreurs, crainte d'être critiqué, et crainte de ne pas être reconnu en tant que professionnel.

Répondre aux questions posées est une composante chez tous les acteurs observés qui est adressée à un collègue (médecin, infirmier, physiothérapeute...) en relation avec a) les pathologies des patients, leurs traitements ou investigations, leurs réactions psycho-affectives et cognitives, leur maladie, et b) le travail d'équipe et les problèmes organisationnels. Répondre aux questions posées consiste : a) à utiliser le langage verbal ou non verbal (par exemple le mime), b) à avoir recours à des artefacts comprenant le dossier informatisé des patients, les images scanner, les graphiques, etc., c) à se déplacer pour rechercher une information ne figurant pas encore dans le dossier.

Selon le contexte, pour les infirmières et physiothérapeutes, répondre aux questions posées est sous-tendu par un engagement nommé « passion, ou sentiment » par Theureau (2004). Ainsi, les professionnels observés dans ces situations éprouvent des sentiments : a) d'inconfort dû au manque de connaissances de la situation du patient, b) de contrariété de travailler avec des « novices » ou des intérimaires, c) de contrariété d'être retardé dans la réalisation de ses propres activités, d) d'insécurité due à son propre statut d'étudiante, e) d'insécurité liée à la méconnaissance des habitudes et normes de fonctionnement de l'Unité de soins et de l'institution (Figure 1).

Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en vue de l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage

Thématiques abordées



Légende :

Infirmières + étudiante Δ

Médecins $\circ$

Physiothérapeutes $\square$

Figure 1 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en répondant aux questions posées : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.

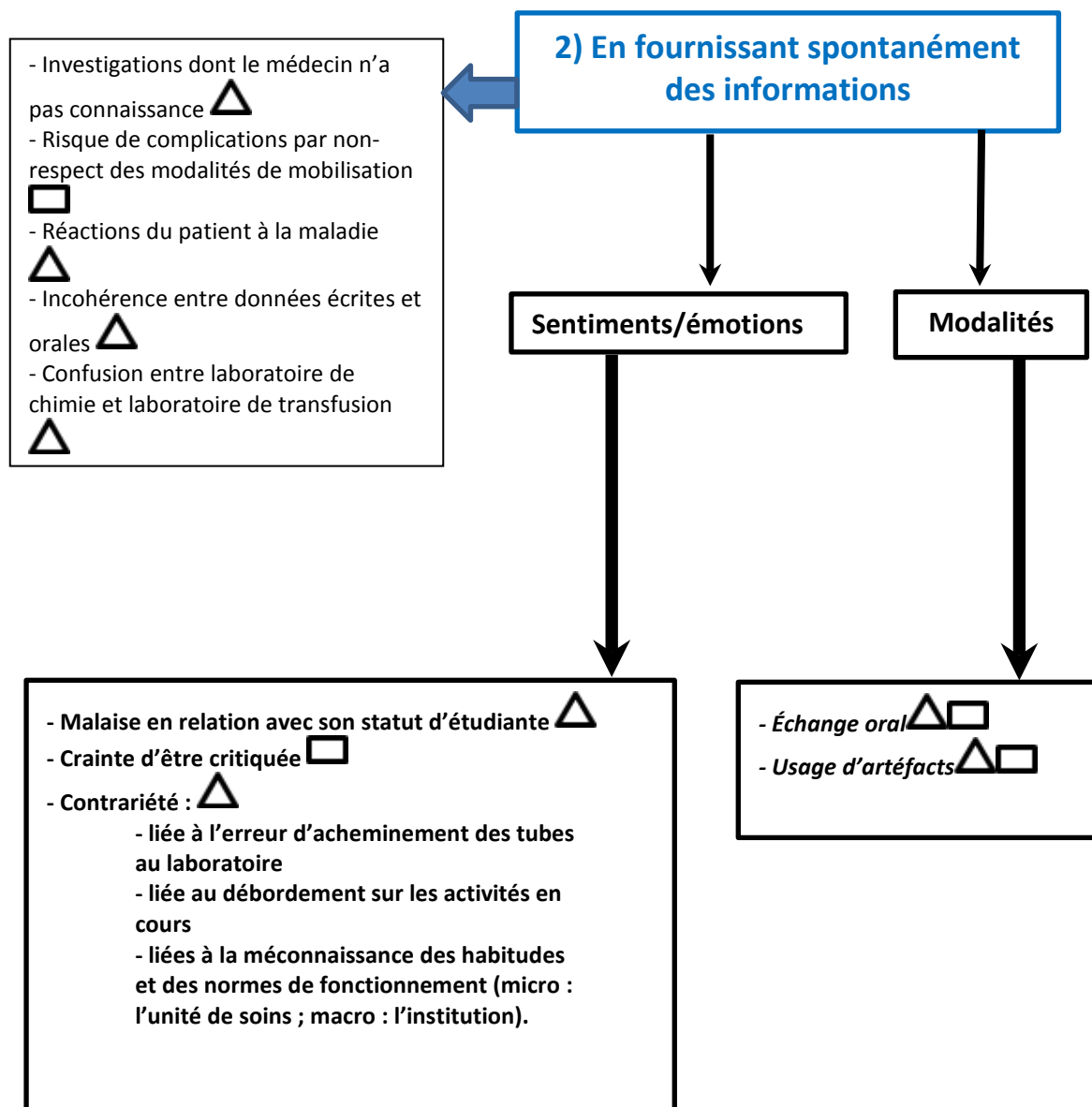
Fournir spontanément des informations est une composante de l'activité des infirmières, de l'étudiante ou des physiothérapeutes, qui est adressée aux médecins et autres collègues et qui porte sur la problématique du patient et à son évolution ainsi que l'organisation des soins.

Fournir spontanément des informations consiste, sans être questionné, à : a) informer le médecin d'une investigation figurant dans le dossier de la patiente et dont il n'a pas connaissance, b) informer le médecin de la non-compliance de la patiente au traitement, c) en tant que physiothérapeute informer l'infirmière des risques de complications encourus par une patiente par méconnaissance des modalités de mobilisation, d) en tant qu'infirmière remplaçante informer l'infirmier de l'unité de l'incohérence constatée entre prescriptions figurant dans le dossier et les prescriptions énoncées par le médecin lors de la visite médicale, en tant qu'infirmier expérimenté informer l'infirmière intérimaire de l'existence de deux laboratoires et de l'erreur commise dans le dépôt des tubes sanguins.

Selon le contexte, pour les infirmières, l'étudiante et les physiothérapeutes, fournir spontanément des informations est sous-tendu par un engagement nommé « passion, ou sentiment » par Theureau (2004). Ainsi a) en relation avec son statut, l'étudiante éprouve un sentiment de malaise face au médecin, b) en relation avec ses expériences antérieures la physiothérapeute éprouve un sentiment de crainte d'être critiquée par l'infirmière, et c) deux infirmières éprouvent des sentiments de crainte de commettre des erreurs et de contrariété liée au cumul des tâches à réaliser (Figure 2).

**Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en vue de
l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la
société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage**

Thématiques abordées



Légende :

Infirmières + étudiante $\triangle$

Médecins $\bigcirc$

Physiothérapeutes $\square$

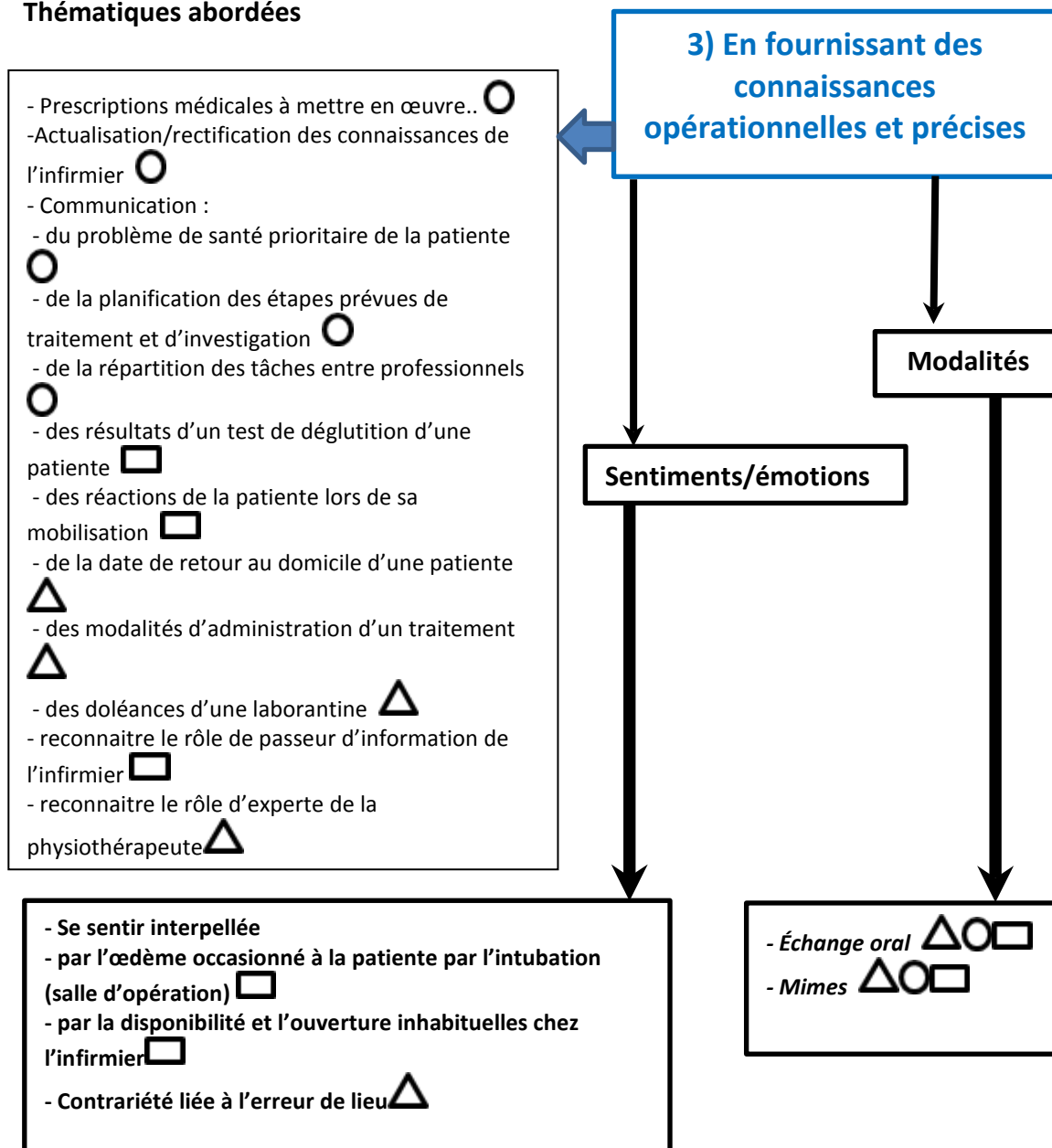
Figure 2 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en fournissant spontanément des informations : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.

Fournir des connaissances opérationnelles et précises est une composante de l'activité des médecins, infirmières et des physiothérapeutes adressées au collègue avec lequel ces acteurs interagissent. Chez les médecins elle porte sur les prescriptions - traitements, investigations et leurs modalités d'administration ou de réalisation -, la rectification des connaissances du soignant sur l'état de santé d'une patiente, la répartition des tâches entre professionnels, l'organisation de l'intervention d'autres professionnels. Chez les elle porte sur la communication des réactions des patients aux traitements et à l'évolution de leur trajectoire, sur les particularités contextuelles et normes de fonctionnement institutionnel, sur les modalités d'administration d'un traitement nouvellement prescrit. Chez les physiothérapeutes elle porte sur la communication des résultats du test effectué à une patiente.

Selon le contexte, pour les infirmières et physiothérapeutes, fournir des connaissances opérationnelles et précises est sous tendu par un engagement nommé « passion, ou sentiment » par Theureau (2004). Ainsi, la physiothérapeute se sent interpellée par l'œdème constaté chez la patiente, et par l'état de disponibilité et d'ouverture inhabituels chez les infirmiers. Elle explique à l'infirmier le test de déglutition effectué et indique la consistance de l'alimentation à donner à la patiente (Figure 3).

Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en vue de l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage

Thématiques abordées



Légende :

Infirmières + étudiante △

Médecins ○

Physiothérapeutes □

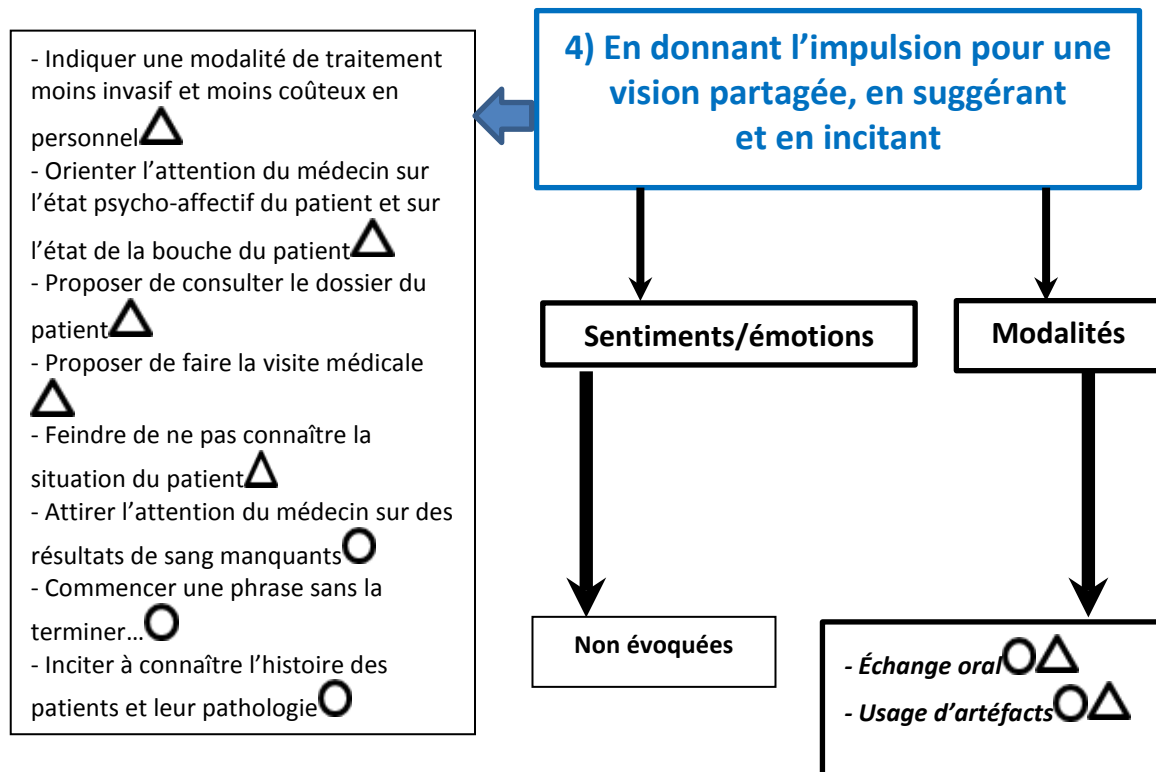
Figure 3 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation en fournissant des connaissances opérationnelles et précises : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.

Donner l'impulsion pour une vision partagée c'est-à-dire suggérer ou inciter, cette composante de l'activité adressée par une infirmière à un médecin, ou par un médecin-chef de clinique à un médecin-assistant novice, est orientée vers « les soins, le traitement et le rétablissement du patient » et tient compte du statut du collègue, et intègre l'intention de former les novices ou les professionnels n'ayant pas l'expérience et le savoir spécifiques à certaines situations.

Donner l'impulsion pour une vision partagée, suggérer, inciter est adressé par des infirmiers aux médecins, un infirmier à une étudiante infirmière, un médecin-chef de clinique à une infirmière ou un médecin-assistant. Cela consiste à : a) suggérer la possibilité d'instaurer un traitement moins invasif pour la patiente et moins coûteux en personnel, orienter l'attention du médecin sur l'état psycho-affectif et cognitif du patient en réaction à l'annonce de sa maladie, orienter le médecin sur la possibilité de consulter le dossier du patient à la recherche de réponses au lieu de poser des questions à l'infirmière, b) inciter l'étudiante à « faire la visite médicale » et de s'initier ainsi à la réalisation de cette tâche, c) inciter l'infirmière à accroître son savoir en dialoguant avec d'autres professionnels ou en analysant les données figurant dans les dossiers des patients (Figure 4).

Contribuer à l'interprétation partagée de la situation et à la formation en vue de l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage

Thématiques abordées



Légende :

Infirmières + étudiante $\triangle$

Médecins $\circ$

Physiothérapeutes $\square$

Figure 4 : Contribuer à l'interprétation partagée de la situation et à la formation en donnant l'impulsion pour une vision partagée, en suggérant et en incitant : thématiques traitées, composantes et modalités d'expression.

Puiser à toutes les sources possibles d'information est une composante de l'activité pour soi chez les infirmiers, médecins et physiothérapeutes. Elle consiste à rechercher des informations ou des connaissances manquantes - et à les partager si nécessaire - auprès de collègues ou dans les artefacts existants dans l'environnement des soins. Il s'agit, pour le soignant d'accroître ses propres connaissances des situations, par exemple : a) du déroulement d'une intervention chirurgicale et de ses répercussions sur la santé de la patiente, b) de la date d'apparition d'une difficulté à déglutir chez une patiente, c) de faire le point par rapport aux démarches réalisées préparant le retour au domicile d'une patiente, d'utiliser la feintise ou de saisir au « au vol » certaines opportunités :

- Feindre / Utiliser la feintise consiste alors : a) pour un médecin-chef de clinique faire semblant de ne pas connaître l'anamnèse du patient afin d'inclure l'infirmière dans l'échange avec le médecin-assistant et de partager ainsi les connaissances, b) pour un infirmier d'émettre une appréciation sur l'état de santé d'une patiente, qui permet au médecin-assistant d'apporter un complément d'information ;

- « saisir au vol » certaines opportunités : consiste par exemple pour le médecin-chef de clinique de désigner l'urologue - qui passe dans le couloir - au médecin-assistant qui ne le connaît pas ; pour une infirmière de saisir l'opportunité d'une visite médicale faite conjointement par un médecin-assistant et un chef de clinique afin d'approfondir ses connaissances de la pathologie d'un patient et des traitements qu'elle ne connaît pas (Figure 5).

Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en vue de l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage

Thématiques abordées

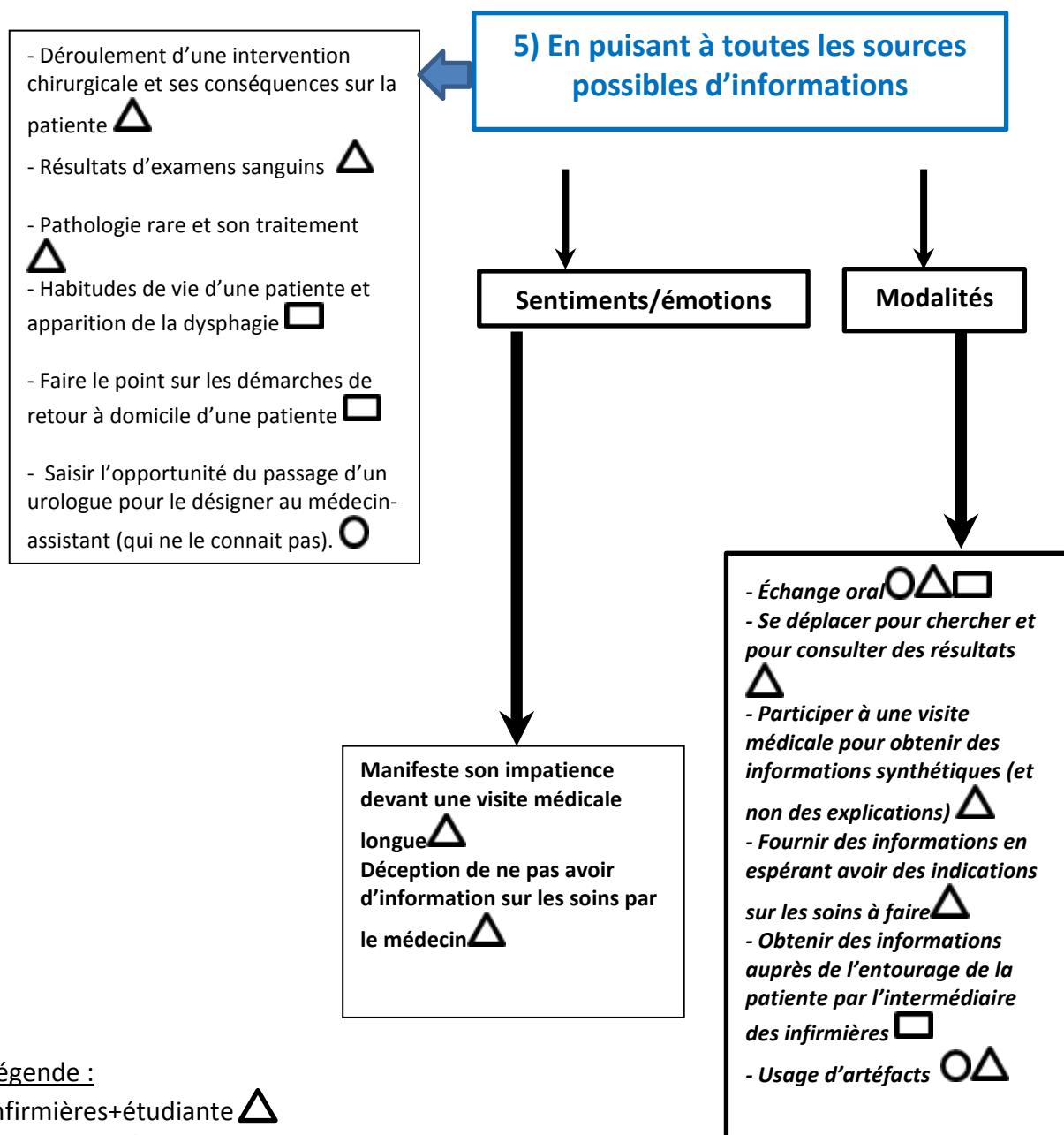


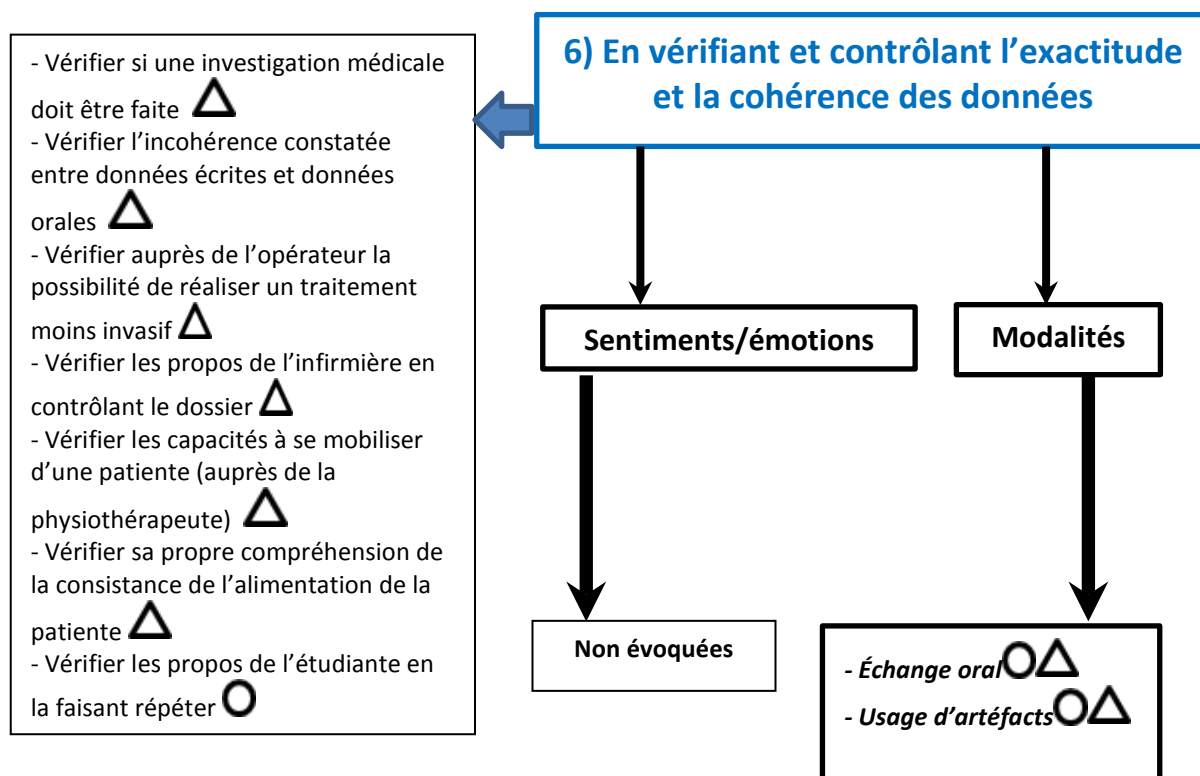
Figure 5 : Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en puisant à toutes les sources possibles d'information : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.

Vérifier et contrôler l'exactitude et la cohérence des données est une composante de l'activité pour soi qui consiste : a) pour une infirmière à rechercher la concordance entre prescriptions figurant dans le dossier des patients avec les propos du médecin lors de la visite médicale, contrôler l'équivalence de dosage entre deux médicaments d'une même famille, vérifier auprès de la physiothérapeute sa propre compréhension de la consistance des repas à administrer à une patiente dysphagique ; b) pour un médecin à demander les résultats d'un examen sanguin et vérifier la concordance des résultats obtenus avec les modalités de réalisation.

Outre l'intention d'accroître ses propres connaissances et d'éviter de commettre des erreurs, l'activité adressée à soi-même permet d'assurer l'efficacité et la qualité des soins prodigués aux patients (Figure 6).

Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en vue de l'efficacité et de la qualité des prestations de service attendues par la société, les professionnels, les personnes soignées et leur entourage

Thématiques abordées



Légende :

Infirmières+ étudiante $\triangle$

Médecins $\circ$

Physiothérapeutes $\square$

Figure 6 : Avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation en vérifiant et contrôlant l'exactitude et la cohérence des données : thématiques traitées, composantes émotionnelles et modalités d'expression.

La structure décrite ci-dessus à partir de l'analyse de huit interactions entre différents professionnels est typique ; elle se décline sous différentes variantes. Elle est modulée par la recherche de nouvelles connaissances ou par des sentiments ou émotions éprouvés par les acteurs. Elle fait partie intégrante de la culture des professionnels de la santé. De par l'adressage des communications et interactions aux différents professionnels, l'ajustement des niveaux d'information concerne les trois catégories professionnelles observées. Ces différentes interactions mettent en avant la particularité du rôle professionnel de l'infirmière directement concernée par la proximité des patients et la présence continue - sur 24 heures - dans les unités de soins. En effet, médecins et physiothérapeutes s'adressent à l'infirmière pour « ajuster les niveaux d'information de tous » et se « coordonner ».

2.2 Une structure archétype enchâssée dans l'activité coopérative

Les soins des patients hospitalisés dans les unités de chirurgie requièrent la participation de différents professionnels. Les huit situations étudiées dans le cadre de cette recherche mettent en scène des acteurs qui interagissent dans un « champ de travail commun » (Saury, 2008 ; Schmidt, 1994a, 1994b) où la coopération est requise pour la prise en charge des patients hospitalisés (traitement et soins) et pour l'accomplissement du travail de chacun des acteurs et pour celui du collectif. Le partage du travail se fait en fonction des connaissances et des compétences des acteurs. Les visites médicales, les échanges entre infirmières et physiothérapeutes et les échanges entre infirmières impliquent un partage d'information et de connaissances afin de construire un référentiel commun favorisant la compréhension des situations. Les prises de décision et leur opérationnalisation en prescriptions médicales ou actes de soins sont le reflet de l'interférence et de l'interdépendance entre activités et entre acteurs. L'interdépendance est selon Saury (2008) et Schmidt (1994a, 1994b) une caractéristique fondamentale de l'activité coopérative. Elle est significative du partage, par des professionnels différents, à un moment donné, d'une même préoccupation à partir d'une tâche cible commune. Dans le cadre des situations analysées, médecins et infirmières sont interdépendants. Les connaissances que l'un ou l'autre a de la situation du patient, sont partielles et dépendent de leurs formations et de sa spécificité. Lors de la visite médicale sur dossier, ils partagent leurs connaissances de l'état de santé du patient (objectif assigné à la rencontre) et présentent chacun une activité propre telle que - à titre d'exemple - analyser des données communiquées par les infirmières, prendre une décision et prescrire un traitement

pour le médecin, et rendre effective cette prescription pour l'infirmière. Chacun des acteurs en présence rend compte des informations qu'il possède, relatives à l'état de santé du patient.

L'échange entre physiothérapeutes et infirmières présente les mêmes caractéristiques. Échanger ou ajuster les niveaux d'informations entre tous permet d'accorder les membres d'un collectif sur la visée à atteindre et sur la façon de l'atteindre notamment lorsque cet échange ne se limite pas à l'échange de données verbales et inclut un ensemble d'informations ou d'événements contextuels « mutuellement manifestes » pour l'ensemble des acteurs (Salembier et Zouinar, 2004). Il en est de même pour les échanges entre infirmières d'une même unité. Elles interagissent pour résoudre un problème pratique, tel que la perte de tubes sanguins, ou pour développer leurs propres connaissances de l'histoire d'une patiente et des différences constatées entre prescriptions communiquées oralement par le médecin et celles notées dans le dossier de la patiente. Les activités que l'un ou l'autre effectue ont des incidences sur les activités de l'autre et sur l'atteinte du but recherché et exigé par la situation du patient.

En relation avec l'activité collective, les ressources et les contingences des situations de travail, la coopération s'organise *in situ*. Les dynamiques des situations analysées sont différentes et de ce fait présentent des « arrangements de travail coopératif » différents, notamment en relation avec la modulation de la structure archétype par la recherche de connaissances ou par des états émotionnels.

2.3 Une structure archétype modulée par la « recherche » et par la « passion »

Chacune des variantes nommées ci-dessous est l'expression de l'« histoire », ou objet d'un acteur poursuivant une préoccupation ou un problème pratique, qui reflète son intérêt pour ce qui est ici et maintenant - c'est-à-dire l'histoire du patient et son évolution - mais aussi la modulation apportée au cours de l'interaction par une préoccupation de « recherche », ou par des sentiments émergents ou « passion ». Ces variantes sont le reflet des différents grades d'articulation des cours d'expérience déterminés après analyse non seulement de la convergence / divergence des unités d'action et des préoccupations de chacun des acteurs, mais aussi en tenant compte de faits possibles pour l'acteur (ou histoire), de l'« atmosphère », du « paysage émotif », ou d'un « ensemble de valeurs » dans lesquels se développe le cours d'action (ou passion), et enfin du fait que le cours d'action ne comprend pas seulement une passion ou des faits possibles, mais aussi des types possibles, car l'acteur peut aussi

poursuivre une préoccupation ou un problème théorique et peut chercher à valider et constituer pour lui de nouveaux types, c'est-à-dire à développer de nouveaux raisonnements et nouvelles connaissances (Theureau 2004, pp, 194-198).

Variante 1 : « Histoire modulée par la recherche et la constitution de nouveaux types »

- Ajuster les niveaux d'information de tous grâce à un *teaching* réciproque **(VM2)** ;
- Ajuster les niveaux d'information de tous en favorisant la formation **(VM4)** ;
- Ajuster les niveaux d'information de tous en partageant et développant les connaissances dans une ambiance collégiale **(VM1)**.

Variante 2 : « Histoire modulée par la passion dans les relations inter-acteurs »

- Ajuster les niveaux d'information de tous en reconnaissant et valorisant les rôles de « passeur de l'information » et « d'expert » **(EPI-1)** ;
- Ajuster les niveaux d'informations entre tous en respectant les spécificités professionnelles **(EPI-2)**.

Variantes 3et 4 : « Histoire modulée par la passion reliée aux conditions de travail »

- Ajuster les niveaux d'informations de tous malgré les aléas du travail à temps partiel **(EII-1)** ;
- Ajuster les niveaux d'informations de tous malgré les aléas du travail intérimaire **(EII-2)** ;
- Ajuster les niveaux d'information de tous en assumant, chacun à sa manière, les aléas du travail de remplaçant **(VM3)**.

3. Quatre modalités d'expression de la coopération ou « arrangements de travail coopératif »

En relation avec les notions de coopération et de coordination, les variantes de la structure archétype, modulées par les « recherches » ou les « passions » peuvent être regroupées sous quatre grandes formes d'interactions et de coopération :

Ces arrangements, identifiés en tant que variantes de la structure séquentielle archétype « ajuster les niveaux d'informations de tous », sont classés en différentes catégories tenant compte a) de la dynamique des interactions des acteurs, b) de l'articulation de leurs cours d'expérience, c'est-à-dire de la convergence/divergence de leurs préoccupations et attentes, et c) de la possibilité, grâce au partage de connaissances, de construire un référentiel commun – autre particularité de travail coopératif –, de gérer les interférences et de réaliser la tâche commune.

3.1 Les interactions coopératives

Lors de la première visite médicale⁵⁴ (VM1), infirmière et médecin échangent leurs connaissances en vue d'actualiser le traitement de la patiente. L'infirmière pose des questions, propose une alternative moins invasive de traitement, et incite le médecin-assistant à poser des questions au chef de clinique. Celui-ci rectifie ses propres connaissances et aide à rectifier celles du médecin-assistant. La structure archétype suivante a été identifiée « Ajuster les niveaux d'informations de tous », en relation avec les structures significatives suivantes : « Chercher à contribuer à l'interprétation partagée de la situation » et « chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation ». Du point de vue de leurs préoccupations respectives et des éléments de la situation qu'ils prennent en compte, la convergence de leurs cours d'expérience est immédiate. Leurs structures significatives sont en cohérence avec leurs attentes respectives. L'échange progresse vers une évolution des significations de chacun, de la situation médicale de la patiente et des interventions de soins à mettre en œuvre en tenant en compte la coopération et la coordination avec d'autres professionnels de la santé. Par ailleurs cet échange renforce chez l'un et l'autre le sentiment de l'importance du travail dans la durée avec les mêmes partenaires et de la connaissance de l'autre. Le médecin-assistant souligne ainsi qu'il s'entend bien avec l'infirmière parce que « *je travaille depuis pas mal de temps dans cette Unité* » et qu'ils se comprennent même lorsque l'un ou l'autre n'utilise pas le bon terme. Il aimerait bien rester dans la même Unité,

⁵⁴ Intitulée « Échanger pour ajuster les niveaux d'informations entre tous ».

« parce qu'il y a des automatismes qui se créent » et les petites erreurs qui peuvent arriver en discutant sont compris et corrigés par l'autre.

Lors de la deuxième visite médicale⁵⁵ (VM2), les préoccupations des deux acteurs correspondent à des attentes proches. L'un et l'autre sont animés par le *teaching*. Le médecin-chef de clinique est préoccupé par le *teaching* du médecin assistant et l'infirmière par son *teaching* personnel. Les questions, les commentaires et les données figurant dans le dossier informatisé sont une source d'information et de formation pour tous. Le médecin-chef apprend que des gazométries veineuses et non artérielles ont été pratiquées chez le patient, que ce dernier a été informé de la présence de métastases osseuses, qu'il présente des troubles psycho-cognitifs. L'infirmière apprend le motif du transfert du patient dans le centre hospitalier universitaire, ce qu'est un urinome, et une sonde pour urinome. Au travers de leurs échanges, ces professionnels contribuent à la spécification du cas du patient dans ses aspects biomédical, organisationnel, de coopérations interprofessionnelles et interinstitutionnelles.

Lors de la quatrième visite médicale⁵⁶ (VM4), l'articulation des préoccupations des trois acteurs correspond à des attentes proches. Outre le partage d'informations pour la prise en charge de la situation complexe de la patiente, l'infirmière et la médecin-assistant sont préoccupés par la formation de l'étudiante et, comme l'énonce la médecin-assistant, « *que tout le monde comprenne la même chose* ». Dans leur interaction, médecin et infirmière contribuent à la spécification de la situation de la patiente dans ses aspects biomédical, organisationnel et de coopérations interprofessionnelles. Les composantes relevant de la contribution aux aspects psychologiques sont uniquement relevés par l'étudiante et l'infirmière, et ne suscitent pas explicitement et immédiatement une action chez la médecin-assistant.

Dans ces trois situations, les préoccupations et attentes des acteurs convergent et s'articulent immédiatement. Elles s'associent à des intentions formelles de formation et de partage de connaissances entre médecin-assistant et infirmière (VM1) et en relation avec la présence d'une étudiante infirmière ou d'un médecin-assistant nouvellement arrivé à l'hôpital (VM2 et VM4). Par ailleurs, l'ambiance collégiale signifiée par le médecin et par l'infirmière lors de la première visite médicale (VM1) contribue à la coopération.

⁵⁵ Intitulée « Un *Teaching* réciproque pour ajuster les niveaux d'information entre tous ».

⁵⁶ Intitulée « Favoriser l'ajustement des niveaux d'information en favorisant la formation ».

Dans ces trois situations, les interactions coopératives ont consisté à trouver des solutions intégratives immédiates et mutuellement satisfaisantes qui répondent à la fois à ses propres préoccupations et à celles du collègue.

3.2 Les interactions progressivement coopératives

Lors du premier échange physiothérapeute-infirmière⁵⁷ (EPI-1), l'articulation des préoccupations des deux acteurs correspond à des attentes complémentaires. La physiothérapeute est préoccupée par le problème de déglutition de la patiente et par les rapports écrits rédigés par elle-même ou par ses collègues, mais qui ne sont lus ni par les médecins ni par les infirmières. L'infirmier est davantage attentif aux informations opérationnelles à relayer à ses collègues, au médecin-assistant et à la diététicienne et moins aux connaissances d'experte de la physiothérapeute. L'un et l'autre relèvent les spécificités de leurs rôles respectifs. Pour l'infirmier, la physiothérapeute a un rôle d'*expert* des troubles de la déglutition, et la physiothérapeute reconnaît à l'infirmier le rôle de « *passeur d'information* ». Les deux ont le même souci « le partage des résultats du test de déglutition avec d'autres professionnels de la santé par l'intermédiaire de l'infirmier ». L'échange contribue au développement de leurs connaissances et de la construction de l'histoire de la patiente, puis des connaissances relatives au fonctionnement de l'autre professionnel avec lequel on interagit et coopère. La disponibilité de l'infirmier étonne la physiothérapeute : contrairement à ses expériences antérieures avec d'autres infirmière, celui-ci est à l'écoute. Elle ne sait pas comment expliquer cette disponibilité. Cette perception vient confirmer : « *l'accueil et la disponibilité ainsi que la coopération entre infirmière et physiothérapeute dépendent de la personne qui est en face* ». Quant à l'infirmier, il perçoit l'expertise de la physiothérapeute, et conçoit sa propre participation au travail collectif en tant que « *passeur d'informations* », cela fait partie de sa culture d'infirmier : intermédiaire entre le patient et d'autres professionnels de la santé.

Lors du deuxième échange physiothérapeute-infirmière⁵⁸ (EPI-2), l'articulation des préoccupations des deux acteurs répond à des attentes complémentaires. L'infirmière et la physiothérapeute sont animées par une préoccupation de « partage d'information permettant la préparation du retour au domicile de la patiente ». La physiothérapeute est, par ailleurs,

⁵⁷ Intitulée « Être un passeur d'informations et tendre vers l'ajustement des niveaux d'information ».

⁵⁸ Intitulée « Ajuster les niveaux d'informations en respectant les spécificités professionnelles ».

étonnée de l'attitude d'ouverture de l'infirmière et signale, lors de l'entretien d'autoconfrontation, sa crainte d'être critiquée par cette dernière. L'infirmière est attentive aux informations opérationnelles à relayer à ses collègues, au médecin-assistant et à l'infirmière du service de liaison. Pour la physiothérapeute, l'infirmière a un rôle de relais de l'information chez qui s'adresser afin d'obtenir des informations actualisées sur l'état de santé de la patiente. La participation de l'infirmière à la spécification de la situation actuelle de la patiente étonne la physiothérapeute qui relève l'importance, dans le cadre d'un travail coopératif, de respecter les compétences des autres professionnels et leur spécificité.

Dans les deux situations, les préoccupations et attentes des acteurs convergent et s'articulent progressivement. Elles sont sous-tendues par les sentiments de crainte et de non-reconnaissance des compétences et du travail réalisés par les physiothérapeutes. La crainte d'être critiqués et la frustration de ne pas être reconnues sont remplacées progressivement par l'étonnement vis-à-vis de l'attitude d'ouverture des infirmières, la facilité de l'interaction (EPI-1 ; EPI-2), qui favorise la coopération et l'organisation des activités de chacun. Les sentiments de crainte et de frustration ne sont pas exprimés à l'interlocuteur ; les interactions sont progressivement coopératives, car ces sentiments s'atténuent et disparaissent au cours de l'interaction.

Les interactions progressivement coopératives se caractérisent par un cheminement des acteurs vers des réponses intégratives alliant ses propres préoccupations et celles des partenaires.

3.3 Les interactions quasi coopératives

Lors du premier échange infirmier-infirmière⁵⁹ (EII-1), l'articulation des préoccupations des deux acteurs répond à des attentes différentes, mais complémentaires. En réponse aux questions d'une infirmière « remplaçante » travaillant à temps partiel à l'hôpital, l'infirmier confirme les prescriptions notées dans le dossier et porte à sa connaissance les changements discutés en dernier lieu avec le médecin-assistant. En échangeant sur cette situation, l'infirmière, acquiert des connaissances qui lui permettent de se rassurer et d'éviter des erreurs dans la préparation et l'administration des médicaments.

⁵⁹ Intitulée « Ajuster les niveaux d'informations malgré les aléas des conditions du travail à temps partiel ».

Préoccupé par d'autres activités, l'infirmier, après avoir répondu à certaines questions, tente de s'éloigner à deux reprises. Il est retenu par de nouvelles interventions de l'infirmière. Aucun des deux professionnels n'exprime explicitement ce qu'il exprime lors de l'entretien d'autoconfrontation, c'est-à-dire pour l'infirmier : ses préoccupations quant à la charge de travail et les activités qui l'attendent et qu'il doit réaliser. Il explique les questions et demandes de l'infirmière remplaçante par des incapacités liées à son âge, sa formation, son parcours professionnel et son pourcentage de travail (vingt pour cent).

Pour l'infirmière, la difficulté et l'insécurité ressenties dans la gestion des situations de soins de patients qu'elle voit pour la première fois, et par le travail dans une Unité dont elle ne connaît pas les habitudes, occasionnent une souffrance et une remise en question de la restructuration des unités de chirurgie et des conditions de travail.

Lors du deuxième échange infirmier-infirmière⁶⁰ (EII-2), l'articulation des préoccupations des deux acteurs répond à des attentes différentes, mais complémentaires. L'infirmier cherche à comprendre où ont été déposés les tubes et les fiches de laboratoire afin d'éviter une nouvelle prise de sang à la patiente, et l'infirmière intérimaire cherche à éviter des erreurs lors de la préparation des médicaments, en lien avec de multiples interruptions. L'infirmier vérifie, puis confirme la destination qu'auraient dû avoir les tubes sanguins et la fiche d'investigation. Il informe sa collègue de l'existence de deux laboratoires situés dans des lieux différents. Il reconnaît les compétences de l'infirmière intérimaire et estime « peu grave » cette erreur. En échangeant sur cette situation particulière, l'infirmière acquiert des connaissances relatives à l'existence de ces deux laboratoires ; elle décide de terminer en priorité la préparation des médicaments avant de descendre au laboratoire pour récupérer le matériel déposé par erreur. Préoccupée par la préparation des médicaments et la prévention des risques d'erreurs en cas d'interruptions dans l'exécution de cette tâche, l'infirmière informe son collègue qu'elle reporte le passage au laboratoire à plus tard.

Les préoccupations et attentes des acteurs convergent et s'articulent progressivement. Nous qualifions ces interactions de « quasi coopératives » car elles comportent une dimension d'« approximation » ou de masquage : l'acteur répond aux questions et demandes de l'interlocuteur mais le travail coopératif est sous-tendu par des sentiments de contrariété, d'insécurité et de crainte de se tromper dans la préparation des médicaments liés aux aléas du travail avec des - ou en tant que - remplaçants ou intérimaires.

⁶⁰ Intitulée « Ajuster les niveaux d'information et être bienveillant à l'égard de l'infirmière intérimaire ».

Dans les deux situations, les interactions se caractérisent par des tentatives pour trouver des solutions intégratives qui répondent à la fois à ses propres préoccupations et à celles du collègue.

3.4 Les interactions non coopératives

L'analyse des cours d'expérience du médecin senior et de l'infirmière (troisième visite médicale⁶¹ : VM3), révèle des divergences dans les engagements et les attentes. Ces deux professionnels effectuent des remplacements auprès de patients qu'ils ne connaissent pas. L'infirmière a de multiples préoccupations liées à sa connaissance partielle de l'Unité et des patients, et à ses responsabilités vis-à-vis de l'étudiante dont elle est la référente. Habitée aux modes de fonctionnement des assistants de chirurgie, elle s'attendait à une visite médicale courte et à recevoir des prescriptions synthétiques et précises pour chacun des patients. Quant au médecin qui ne connaît pas les patients, même en ayant de nombreuses autres activités à réaliser au cours de cette journée, il s'attend à consulter les dossiers des patients et à partager des informations et à co-construire avec l'infirmière des connaissances. L'extrait ci-dessous rend compte des propos du médecin senior lors de l'entretien d'autoconfrontation :

Med : donc... en fait c'est... c'est... c'est qu'il y avait beaucoup de... beaucoup de... comment est-ce qu'on dit ? y'avait beaucoup de... beaucoup de choses qui doivent se faire en même temps... vous voyez... des... des patients qui doivent partir au bloc opératoire... y'a... là y'a des papiers que je devais faire pour des patients qui doivent partir et puis comme j'étais... euh... je devais remplacer un médecin donc c'est un petit peu... donc normalement c'est le Docteur P hein qui s'occupe... il était malheureusement... il était en congrès là... les jours passés... donc c'était lui qui connaissait les patients donc là il fallait... donc ça ça change beaucoup si on connaît les patients ou si on les connaît pas... donc... euh... voilà donc... maintenant, la chose est... maintenant dans cette situation-là, il faut connaître... il faut commencer à connaître les patients voyez... on va pas débarquer chez quelqu'un et puis que... que le patient ait l'impression qu'on n'ait aucune idée de ce que ça va être... non seulement le patient ça lui donne une certaine angoisse et ça lui donne l'impression qu'il est pas... qu'il n'est pas pris au sérieux... donc... euh... il faut vraiment connaître un minimum qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce qu'il fait... qu'est-ce qu'on va faire... qu'est-ce qu'on attend... et puis ça ça dépend aussi avec les années de clinique qu'on a... on peut aller très rapidement sur... moi ça fait bientôt 10 ans que je fais de la clinique... donc... euh... donc ça peut aller assez rapidement et puis ça dépend aussi avec la... l'infirmière avec qui on travaille voyez y'a certaines infirmières qui pour elles la visite médicale est très importante...et puis elles prennent toutes leurs informations par la visite médicale... d'autres... elles donnent l'impression que... que la visite médicale c'est plus un obstacle à leur travail qu'elles... qu'elles ont en tête... qu'elles veulent en finir le plus rapidement possible...donc... euh... donc ça change beaucoup avec qui on travaille voyez...

⁶¹ Intitulée : « L'agenda infirmier : priorité et obstacle à l'ajustement des niveaux d'information ».

Les contingences liées aux conditions de travail dans l'Unité ainsi que les connaissances de l'infirmière relatives aux modalités de réalisation de la visite médicale entravent le déroulement de cette activité. Les tentatives de partage des informations et connaissances figurant dans les dossiers informatisés des patients, l'analyse à haute voix par le médecin de chaque situation ne trouvent pas un écho chez l'infirmière qui reste préoccupée par l'agenda infirmier et les tâches qui restent à faire. Tout au long de la visite, l'infirmière tente de travailler en simultanéité : écoutant une partie des propos du médecin, réfléchissant à ce qu'elle peut faire pendant la visite sans gêner la visite, et agissant en fonction de ses observations des événements se déroulant dans l'Unité. L'ajustement des niveaux d'information entre ces deux acteurs est faible. Cette visite médicale renforce leurs connaissances antérieures : pour le médecin qui critique certaines infirmières qu'il considère comme non proactives, c'est-à-dire se limitant à « exécuter quelques prescriptions données par-ci par-là », et l'infirmière en attribuant à ce médecin un comportement inadapté aux conditions de travail dans les services de chirurgie.

Les interactions non coopératives sont celles où les tentatives pour trouver des solutions intégratives qui répondent à la fois à ses propres préoccupations et à celles des autres échouent. Médecin et infirmière de cette visite médicale (VM3) manifestent leurs insatisfactions vis-à-vis du déroulement de l'échange et de la réponse de l'interlocuteur.

3.5 Conditions d'émergence des formes coopératives et non coopératives et de la coordination

Ce paragraphe est une synthèse et reflète les conditions d'émergence des formes de coopération observées et nommées par les acteurs lors des entretiens d'autoconfrontation. Les conditions suivantes ont été identifiées : a) la connaissance et le partage des éléments de l'histoire des patients par chacun des professionnels, b) la visibilité des activités des acteurs par les autres acteurs, c) la qualité relationnelle de l'échange, l'ambiance de travail et la connaissance mutuelle, résultats du travail dans la durée et la continuité avec les mêmes acteurs et dans la même unité de soins, d) et la possibilité de consulter les dossiers informatisés des patients avant et pendant l'échange (VM1). Ces conditions ont aussi été identifiées dans la deuxième et quatrième visite médicale (VM2-VM4) et lors des interactions entre physiothérapeutes et infirmières et entre infirmières (EPI-1, EPI-2, EII-1, EII-2). A ces facteurs favorisant la coopération et la coordination peuvent être ajoutés : l'attitude « d'ouverture » et l'absence de jugement ou de critique de la part du protagoniste, la

reconnaissance des compétences et des spécificités professionnelles de chacun, et la convergence ou divergence des préoccupations et attentes des acteurs vis-à-vis de la tâche commune, c'est-à-dire de la prise en considération de l'interdépendance et de l'interférence (VM3).

Quatre modalités de coopération et de coordination

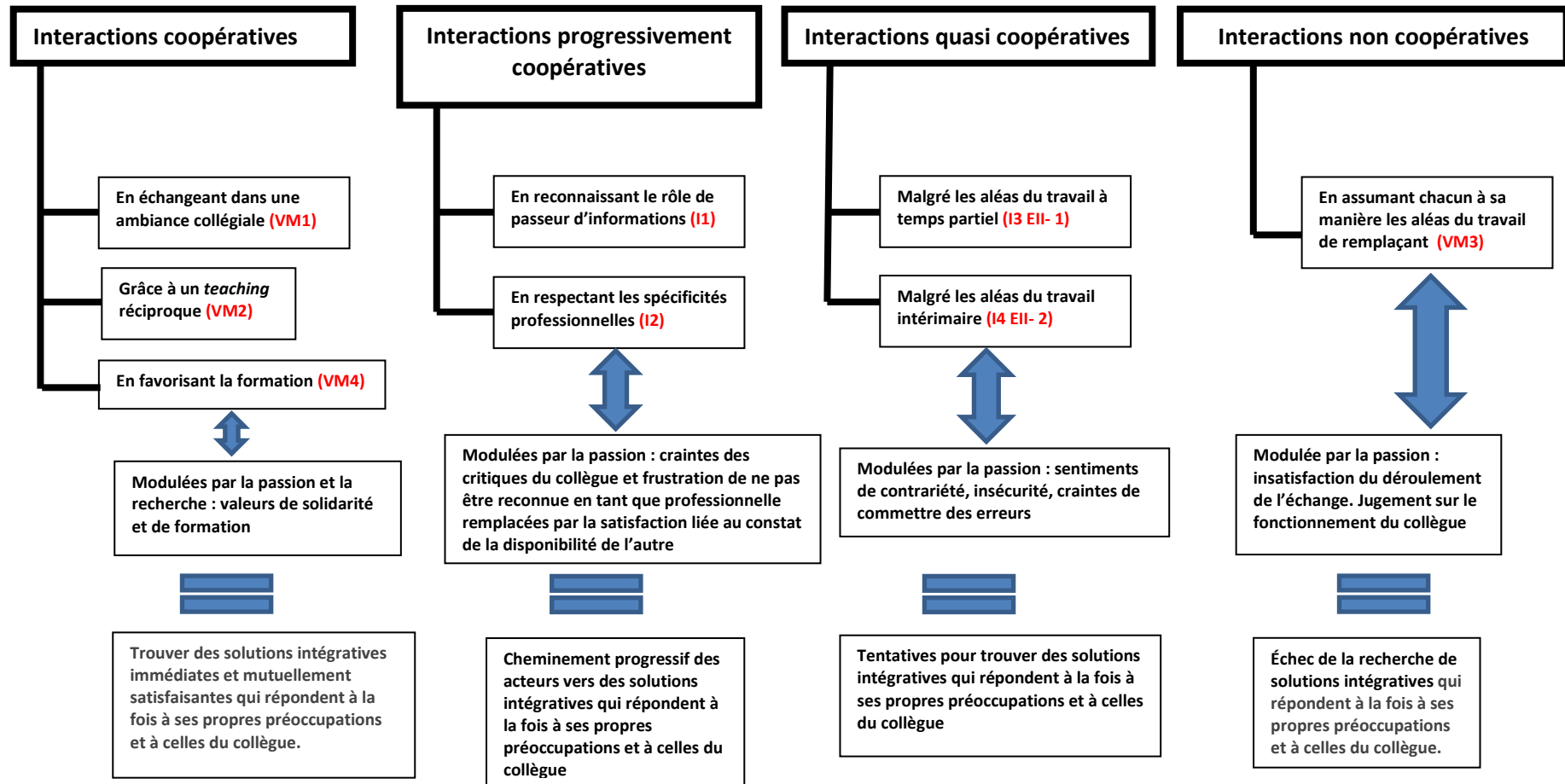


Figure 7 : Activités situées et engagement des acteurs pour quatre modalités de coopération et de coordination.

Chercher à ajuster les niveaux d'information entre tous
(Structure archétype significative de la coordination)

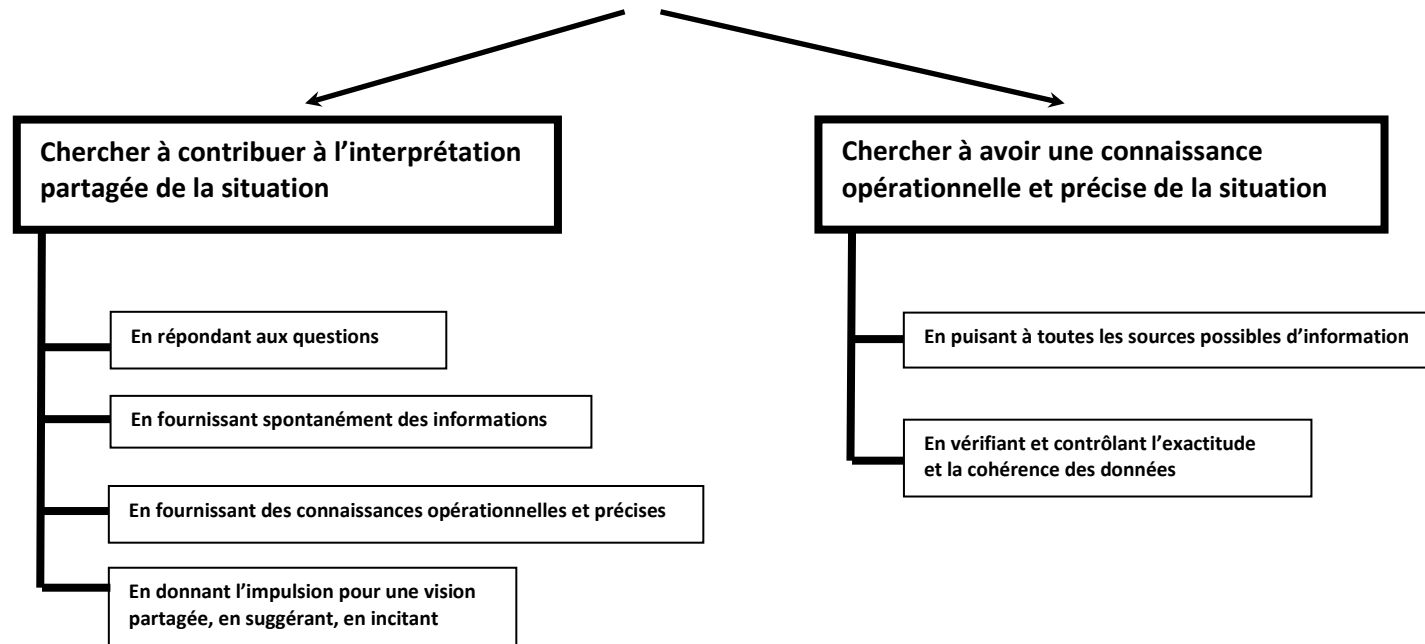


Figure 8 : Composantes de la structure significative de la coordination.

Chapitre 8

Discussion

Deux modes d'engagement significatifs ont été mis en évidence par l'analyse du cours d'expérience de chacun des acteurs des huit situations d'interactions étudiées. Il s'agit de « chercher à contribuer à l'interprétation partagée de la situation », et de « chercher à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation ». L'ensemble constitué de ces deux types, intitulé « ajustement des niveaux d'informations entre tous », est significatif de l'articulation des cours d'expériences et de l'équilibre entre préoccupations et attentes des différents acteurs. Cette structure signe la coordination entre acteurs et entre activités et intègre les notions de gestion des interférences et d'interdépendance, de partage d'une situation de travail et d'articulation collective *in situ* et en temps réel d'activités individuelles autonomes (Hoc, 2003 ; Saury, 2008 ; Schmidt 1991, 1994, 2002). Ces trois dernières caractéristiques concernent la coopération. En tant qu'activité enchâssée dans le travail coopératif l'articulation / coordination entre acteurs et activités sous-tend diverses modalités de coopération et d'interactions ou « *cooperative work arrangements* » (Schmidt, 1994a et 1994b).

1. Modulation de la coopération et de la coordination

1.1 Des coopérations modulées par la gestion des interférences et interdépendances

Dans les situations observées et analysées, l'interférence se situe au niveau des finalités poursuivies par les acteurs en présence. À titre d'exemple les effets des actions et interventions des acteurs de trois visites médicales sur quatre sont pertinents en fonction des préoccupations de l'autre. Ainsi, lorsque le médecin ou l'infirmière cherche à avoir une connaissance opérationnelle et précise de la situation, en posant des questions sur l'état de santé actuel du patient, ou en signalant un symptôme qui nécessite un traitement, le collaborateur, médecin ou infirmière, lui donne ces informations. Dans ce cas l'interférence est qualifiée de positive, car elle correspond aux préoccupations et attentes de l'autre. Parfois, comme dans le cas de la troisième visite médicale, l'interférence est « négative » car les préoccupations du médecin sont en contradiction avec celles de l'infirmière. Les effets des actions et interventions du médecin, qui persiste dans la lecture à haute voix des dossiers des

patients et leur analyse, entravent les finalités poursuivies par l'infirmière, préoccupée par l'organisation du travail et le retard pris pour la réalisation de ses activités au niveau de l'ensemble de l'Unité de soins. Le déroulement de cette visite médicale, différent du déroulement d'autres visites médicales menées par les médecins-assistants de chirurgie, est peu compatible avec ses attentes. Même si ces deux professionnels partagent la même situation de travail et sont dans les mêmes conditions – ils sont remplaçants et ne connaissent pas les patients de l'Unité – chacun d'entre eux agit en fonction de ses expériences antérieures, de ses attentes vis-à-vis du collègue, de ses connaissances du rôle prescrit de chacun et de la prise en compte d'éléments significatifs pour eux, à ce moment-là, de la situation actuelle (Theureau, 2004, 2006). La coopération est, dans cette situation, déficiente et « chaotique » (Strauss, 1992), car la coordination, en tant que travail de second ordre qui ouvre sur un travail coopératif (Saury, 2008, Schmidt, 1994b, 2002), implique le partage d'informations contextuelles (Salembier et Zouinar, 2004, 2006) et la mise en harmonie des dépendances. Dans les propos de l'infirmière (VM3), l'interdépendance apparaît en tant qu'interdépendance séquentielle (Saavedra et coll., 1993) caractérisée par un travail successif des membres d'un groupe. Ils doivent agir successivement en fonction d'un rôle prescrit et de compétences différenciées. Selon cette perspective, d'interdépendance séquentielle, chacun d'entre eux devrait réaliser une partie de la tâche et atteindre l'objectif prescrit de manière à ce que le travail de l'ensemble des membres du groupe soit réalisé avec succès, selon un ordre prédéfini : *« Il me demande le détail (...) il s'étend (dans les explications), je me serai limitée à ses 2-3 premières phrases... les autres médecins disent deux mots des patients qui sont au bloc opératoire (...) ils reviennent les voir après (...) je me demandais ce que je pouvais faire pendant qu'il faisait la visite sans gêner la visite »*.

1.2 Des coopérations modulées par des facteurs émotionnels et contextuels

Lors de coopération immédiate, outre l'articulation et la convergence des préoccupations des acteurs (Theureau 2004, 2006), le partage d'une situation commune, de connaissances relatives à l'état de santé des patients et de connaissances contextuelles (Salembier et Zouinar, 2004) permettant la prise de décision, l'organisation des traitements/soins et le partage des tâches entre différents professionnels, les protagonistes interagissent dans un climat favorable à la coordination. Le travail dans la durée est aussi une particularité de l'interaction coopérative immédiate, car élaborer un référentiel commun n'a pas le même coût - en énergie

et en temps - si les membres d'une équipe travaillent souvent ensemble ou si ils se réunissent de façon ponctuelle (Schmidt, 1991, 1994).

Les préoccupations et attentes des acteurs s'articulent aussi au niveau du développement de ses propres connaissances et celles du nouveau personnel – médecin-assistant novice et étudiante infirmière –. Cette préoccupation facilite la coopération. Dans le cadre du 'cours d'action', la question du développement des connaissances est relevée par Theureau (2004, 196-197) pour qui « *La recherche est l'objet d'un acteur qui poursuit une préoccupation ou un problème 'théoriques'* ». Cet acteur ne s'intéresse pas seulement à ce qui est le cas ici et maintenant, « *il cherche à se constituer et valider pour lui de nouveaux types* ». Ainsi, en situation de travail, les signes ayant de tels objets de recherche permettent de décrire et d'expliquer « *les phénomènes essentiels dans certaines phases de raisonnement, d'apprentissage et de communication* ». L'acteur crée, découvre ou apprend « *de nouvelles lois ou procédures* ». Il en est ainsi aussi dans des situations qui deviennent de plus en plus fréquentes où l'acteur « *est face à des événements complètement nouveaux pour lui (...) du fait du développement et du changement technologique et de la mobilité(...)* ».

Les interactions progressivement coopératives sont celles où l'articulation et la convergence progressive des préoccupations et attentes sont sous-tendues ou associées à des émotions ou « *passion avec laquelle l'acteur est simplement en familiarité* », ou « *émotion significative pour l'acteur* » (Theureau, 2004, 195). Dans le cadre des interactions physiothérapeutes-infirmières, les acteurs ont la même préoccupation de partage des informations relatives à l'état des patients. Toutefois, et tel que manifesté en cours d'observation et signalé lors des entretiens d'autoconfrontation, les physiothérapeutes sont étonnées par la disponibilité et l'écoute du collègue. Ainsi, constatant la disponibilité de l'infirmier, la première physiothérapeute ne sait pas comment l'expliquer mais prend le temps de rendre compte en détail le test de déglutition effectué à la patiente; la deuxième physiothérapeute, se sentant bien accueillie par l'infirmière, ressent une diminution de sa crainte d'être critiquée. Dans ces deux cas, il y a modification des perceptions et des émotions des deux physiothérapeutes, « *le cours d'action se développe dans une « atmosphère naturelle particulière (...) »*. Dans cette atmosphère de travail significative pour les deux acteurs, on trouve « *des valeurs telles que la responsabilité, la solidarité, la volonté d'être bien noté, d'égalité entre employés, et de préservation d'une bonne ambiance de travail* » (Theureau, 2005, 197). La perception de l'attitude d'ouverture de l'infirmière confirme la physiothérapeute dans ses connaissances :

« l'accueil et la disponibilité ainsi que la coopération entre infirmière et physiothérapeute dépendent de la personne qui est en face ». La mise en pratique de la coopération, recèle une difficulté : celle de la compréhension de cette notion par chacun des acteurs, car pour certains, elle est un simple échange d'information et pour d'autres elle est partage de la prise de décision.

Les interactions « quasi-coopératives » sont sous-tendues par l'articulation et la convergence progressive des préoccupations et attentes malgré la contrariété liée aux contingences du travail (travail avec une remplaçante ou travail avec une intérimaire).

Ces deux interactions sont qualifiées d'interactions quasi coopératives en relation avec la double préoccupation des protagonistes. Ces infirmières sont préoccupées par la qualité de leurs activités et leurs responsabilités vis-à-vis des patients, de l'aide à fournir aux collègues, mais aussi par la réalisation de leurs activités propres. Cela les mène parfois à des activités de « masquage » (Saury, 2008). Ces acteurs répondent aux demandes des collègues, mais n'expriment pas les contrariétés ressenties face aux contingences du travail. Préoccupé par d'autres activités, l'infirmier, après avoir répondu à certaines questions de l'infirmière, tente de s'éloigner – à trois reprises – mais il est retenu par de nouvelles interventions de l'infirmière, auxquelles il répond (VM1). L'infirmière n'exprime pas la difficulté et l'insécurité ressenties dans la gestion des situations de soins de patients qu'elle voit pour la première fois, le travail dans une Unité dont elle ne connaît pas les habitudes et les divergences constatées entre prescriptions médicales et prescriptions orales communiquées lors de la visite médicale (VM1). Il apparaît ainsi que l'une des sources de complexité de l'articulation des activités individuelles dans le cadre d'un travail coopératif provient du fait que celui-ci est accompli par des individus, ayant des préoccupations et attentes propres qui ne sont pas convergents avec celles du collègue. Les activités individuelles peuvent être antinomiques du point de vue de l'expérience des protagonistes, soit à chaque instant t de leurs interactions, soit à plus long terme. Tel est le cas de cette infirmière intérimaire qui cherche à terminer la préparation des médicaments afin de ne pas se tromper, et l'infirmier qui cherche à rendre l'infirmière attentive à l'importance de retrouver ces tubes afin d'éviter de se trouver dans l'obligation de repiquer la patiente.

L'interaction non coopérative est caractérisée par une articulation déficiente, divergence des préoccupations et attentes et contrariété liée aux contingences du travail : les professionnels en présence sont des remplaçants, ils ne se connaissent pas et ne connaissent pas les patients

dont ils s'occupent. Cette connaissance débute avec le début de leurs interactions et les débuts de leur travail dans cette unité.

1.3 Des coordinations et coopérations modulées par la culture du métier et la culture commune

L'activité de chacun des acteurs observés est indissociable de la dimension culturelle de la situation dans laquelle elle prend forme. Le travail conjoint d'acteurs ayant des compétences et des spécialisations différentes et oeuvrant dans le cadre des soins de santé en milieu hospitalier aigu s'inscrit dans une histoire particulière issue d'événements passés et prenant racine dans une culture particulière (Gal-Petitfaux et Durand, 2001 ; Theureau 2004, 2006). En dépit de son caractère singulier, l'action de chacun de ces acteurs présente et exploite des régularités, des invariants issus du passé selon un processus de typification. L'analyse des cours d'expérience a montré que les échanges entre ces différents professionnels se déroulent selon un schéma identique ou un processus de coordination que nous avons nommé « ajuster les niveaux d'informations entre tous » incluant par exemple, le questionnement mutuel, la consultation des dossiers des patients en présence du collègue, le partage spontané d'informations et de connaissances. Cette régularité observée de l'activité est significative de la culture commune d'investigation et d'enquête chez des professionnels aux formations et aux spécialisations différentes.

L'activité conjointe, c'est-à-dire la coopération et la coordination, étudiée dans le cadre de cette recherche s'insère dans un monde social et technique, dans la mesure où ce dernier est pertinent pour l'organisation interne de l'acteur (Theureau, 2004). Il existe une « codétermination » (Theureau, 2004 ; Varela, 1989) constante entre l'activité de l'acteur et son environnement. Tel que décrit dans les deux exemples qui suivent, l'activité de chaque acteur est « adressé » ou pas, aux autres acteurs du processus. Ainsi, lorsque la physiothérapeute, préparant la sortie à domicile d'une patiente s'adresse à l'infirmière, elle cherche à vérifier auprès d'elle si les mesures de préparation de la sortie ont été envisagées. Ces deux professionnelles ont des préoccupations différentes en lien avec leur domaine de compétences et leur culture professionnelle. La physiothérapeute rectifie les propos de l'infirmière en spécifiant la nécessité de faire appel à une physiothérapeute (et non d'une aide à domicile, tel qu'énoncé par l'infirmière). Ci-dessous un extrait du *Verbatim*, rendant compte d'une partie de l'interaction entre ces deux acteurs:

«**PHYSIO**: *C'est toi qui es chez Mme L?*

Inf. : *oui*

PHYSIO : *C'est juste...est-ce que tu sais déjà quand est-ce qu'elle va rentrer ?*

Inf. : *oui, euh, j'ai fait la visite et puis euhh...parce que tu comprends elle a besoin d'aide au ménage cette dame et...*

PHYSIO : *Et puis physio à domicile je dirais*

INF : *oui, physio à domicile*

En rectifiant les propos de l'infirmière, elle définit sa préoccupation et la contribution des physiothérapeutes au processus de traitement et de soins des patients de manière à ce que l'infirmière saisisse ses intentions. Tel n'est pas le cas du médecin-remplaçant (VM3) s'adressant à l'infirmière remplaçante lors de la visite médicale. Les questions qu'il lui pose et la recherche qu'il effectue sur la situation des patients ne correspondent ni aux préoccupations ni aux modalités de fonctionnement de cette dernière. Habitée au travail avec des médecins-assistants de chirurgie, l'activité de recherche du médecin remplaçant significative de sa culture de médecin, ayant l'expérience des services de médecine, lui est inconnue. Dans l'un ou l'autre de ces deux cas, l'activité de chacun des acteurs du processus répond ou non aux activités de l'autre acteur, anticipe ou n'anticipe pas les réponses (ou non-réponses) que celles-ci lui apportent, se synchronise ou non avec d'autres activités, et intègre ou non comme élément signifiant la non-activité des collègues. Les éléments perçus, construits et mobilisés dans l'environnement – y compris la parole du collègue spécialiste de son domaine - par et pour l'action, par chacun des acteurs, prennent forme dans cet environnement, dans la culture partagée et dans la culture propre de chacun d'entre eux. Par ailleurs, la culture et le social du monde hospitalier de la santé et de la maladie comprennent des objets fabriqués par les hommes. Dans presque toutes les interactions entre acteurs, les dossiers « papiers » et informatisés des patients ont été consultés ainsi que le tableau de l'unité où figurent noms et numéros de chambre des patients. Ces objets figurent dans les contextes d'action et jouent un rôle d'artefacts cognitifs. Ils guident l'action et assurent une économie cognitive. La présence de ces artefacts (documents de soins, tableaux, ordinateurs...) permet l'accès de tous aux mêmes données relatives à la santé du patient. Ils sont conçus selon une structure identique incluant l'anamnèse du patient, les examens biologiques, radiologiques, thérapeutiques. Ils permettent de structurer l'action des infirmières et celle d'autres professionnels de la santé et offrent des possibilités d'agir, notamment lors de leurs échanges et de l'ajustement des niveaux d'information de tous. Ils concrétisent les intentions de traiter et de soigner des professionnels des milieux hospitaliers. Les relations établies avec ces objets sont

significatives de l'appropriation par l'acteur de la culture, des règles, conventions et pratiques sociales et professionnelles du milieu hospitalier.

Chapitre 9

Perspectives pour la formation : des propositions de dispositifs liant exigences du plan d'études cadre et résultats de la recherche empirique

Différentes sections composent ce chapitre,

- La première section porte sur les fondements orientant la construction d'un dispositif pédagogique pour le développement des compétences liées au travail coopératif et à la coordination entre infirmières et autres professionnels de la santé, et leurs liens avec : a) les exigences du plan d'études cadre du domaine santé, b) les résultats de notre recherche
- La deuxième section apporte une description de la transformation de l'activité attendue par l'usage de séquences vidéo d'activités de pairs considérées typiques et engagement mimétique ainsi que les situations typiques choisies et leur lien avec la formation
- La troisième section porte sur la transformation de l'activité et l'accompagnement des trajectoires professionnelles dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue de novices.

1. De l'analyse de l'activité à la conception de formation

Dans le cadre de cette recherche, nous avons étudié l'activité de quatre infirmières en interaction avec des médecins (chefs de clinique et médecins-assistants), des physiothérapeutes, et d'autres infirmières - remplaçante et intérimaire - ainsi qu'avec une étudiante *BSc*. Cette analyse offre la possibilité de documenter des formations plus proches du travail réel qu'en se basant uniquement sur des prescriptions telles que celles émanant de la définition des postes, les procédures et les normes explicites ou implicites. Ceci signe potentiellement une meilleure pertinence des formations, et l'acquisition d'expertise professionnelle selon une autre orientation que la distinction classique entre les procédures à suivre telles que : a) celles portant sur les soins techniques et la surveillance des traitements lors de maladies ou, b) celles portant sur les soins relationnels à adapter aux situations des patients et à celles de leur entourage. Cette orientation-ci consiste à tenir compte du travail réel - c'est à dire de l'activité située adressée au patient et celle relevant du travail collectif,

de la coopération et de la coordination/articulation avec différents professionnels de la santé - pour des actions efficaces et la réduction de l'écart entre l'activité des novices⁶² et des experts (Durand, 2013, sous presse). Analyser les activités d'interaction, de coopération et de coordination entre les acteurs et extraire les composantes de ces pratiques professionnelles réelles, y compris les composantes critiques, nous ont permis de mettre en évidence différentes modalités du travail coopératif et de coordination. En cohérence avec notre cadre théorique et méthodologique, ces modélisations ne portent pas seulement sur les composantes cognitives invariantes mais sur l'ensemble de l'activité de l'acteur dans ses dimensions intentionnelle, affective, et perceptive. Les occurrences évaluées « meilleures représentantes » de l'échantillon étudié et du travail de coopération et de coordination sont conceptualisées comme typiques. Le caractère de typicité comprend les aspects (Durand, 2008 ; Poizat et Durand, 2013) descriptif et statistique au sens où l'occurrence-type concentre le plus d'attributs de l'activité observée au sein de l'échantillon des acteurs et des situations étudiés. Ainsi en est-il de l'« Ajustement des niveaux d'information entre tous » et des moyens et méthodes mises en œuvre par les acteurs pour y parvenir. Cette occurrence type est la plus fréquemment observée dans l'ensemble des situations étudiées. Le caractère de typicité renvoie aussi à un aspect génératif : le type « Ajuster les niveaux d'information entre tous » est une spécificité liée au travail commun coopératif qui s'actualise de façon privilégiée lorsque des conditions ayant un air de famille avec celles observées sont reproduites. Ainsi, les actions de coopération ont tendance à s'actualiser préférentiellement selon les formes et modalités décrites précédemment dès que des conditions minimalement favorables sont présentes. Le caractère de typicité renvoie aussi à un aspect de significativité. Les acteurs observés expriment un sentiment de familiarité, de confort et de typicité lors des entretiens d'autoconfrontation. Dans leur travail quotidien, ils s'attendent au partage de connaissances lors des interactions avec les autres professionnels. Ils signifient le caractère d'évidence de ce partage, malgré la perturbation de leur propre travail engendrée par l'interpellation d'un collègue ou l'arrivée inopinée d'un médecin, d'une physiothérapeute ou tout autre professionnel.

Selon les acteurs ou selon les situations l'« Ajustement des niveaux d'information entre tous » prend une forme spécifique. Et il pourrait être proposé d'inclure cette spécificité dans

⁶² Dans le cadre de ce travail, le terme de novice désigne tout débutant récemment engagé dans les unités de soins ; il peut s'agir d'étudiants, d'infirmières ou autres professionnels ayant travaillé dans d'autres unités ou autres spécialités et qui n'ont de ce fait pas d'expérience confirmée du nouveau terrain ou contexte où ils sont.

les curricula de formation en accompagnant les trajectoires professionnelles des formés, en les formant par l'analyse du travail, en la rendant manifeste grâce à l'usage de moyens didactiques tel que l'exploitation de situations par usage de séquences vidéo et de leurs verbatim issues du travail réel. Ce traitement didactique rend les formes d' « Ajustement des niveaux d'information entre tous » et les différentes modalités de travail coopératif et de coordination appropriables ou critiquables par les formés. Il s'agit d'augmenter ainsi les opportunités de développement des compétences de coopération et de coordination des personnes en formation initiale ou continue. Grâce à la confrontation des apprenants à une approche d'apprentissage de situations et non pas seulement d'apprentissage de savoirs nous espérons permettre la construction d'une expérience « suffisamment » analogue à celle d'une situation réelle (dans ses dimensions cognitives) en manipulant des paramètres de la situation qui favorisant l'apprentissage c'est-à-dire en supprimant les risques, en ajustant la complexité en termes de temporalité, d'étendue de l'environnement, de degré de difficulté des problèmes rencontrés. À l'instar des travaux de recherche en éducation des adultes selon le cadre théorique et méthodologique du cours d'action (Leblanc, Ria, Dieumegard, Serres & Durand, 2008 ; Ria, 2009), il est possible, à partir de *l'accompagnement des trajectoires professionnelles*⁶³ et de l'analyse des activités des professionnels, d'identifier des situations professionnelles typiques. Ces épisodes peuvent être interprétés comme des nœuds à dépasser au cours du développement professionnel, et devenir des objets favorisant la conception de formation et de dispositifs d'accompagnement des trajectoires, depuis les phases de novice jusqu'à celles de professionnel expérimenté (Durand, 2013, sous presse).

La deuxième perspective de *formation par l'analyse du travail*⁶⁴, permet aux professionnels de participer à des enquêtes sur leur activité et leur offre l'opportunité de transformer leur propre pratique. Dans le cadre de notre recherche, les acteurs observés ont rendus leur activité et interactions avec d'autres acteurs compréhensibles pour les deux observatrices-analystes. Ils ont exprimés en la racontant et parfois en la mimant, leurs expériences lors des séances d'autoconfrontation. L'expression de l'expérience favorise la formation notamment grâce : a) à la réflexivité et aux réélaborations cognitives liées à l'expression par les acteurs de leur expérience et leur modélisation par l'observatrice/analyste, b) aux prises de conscience liées à l'enquête ouvrant sur des

⁶³ Nous développons un exemple des modalités de cet accompagnement dans la deuxième section de ce chapitre

⁶⁴ Nous nous limitons dans le cadre de ce chapitre à l'exemple des observations faites dans le cadre de notre recherche et décrite ci-dessus.

aspects de leur activité habituellement hors du champ de leur conscience (Poizat et Durand, 2013), et c) aux dynamiques développementales déclenchées par les questions et étonnements des observatrices lors des entretiens menés dans une perspective d'accès aux registres préréflexif de l'activité (Theureau, 2010 ; Vermersch, 2012).

Ces perspectives de formation peuvent être mises en relation avec les exigences du plan d'étude-cadre des filières du domaine Santé de la HES-SO, mis en place en automne 2012.

1.1 Les exigences du plan d'étude cadre

Ce nouveau plan d'études cadre a la particularité d'être plus explicite quant aux compétences à développer en relation avec le travail en équipe, la coopération et la coordination. Permettre le développement de compétences professionnelles des infirmières consiste à privilégier la cohérence des objectifs poursuivis aux contenus des enseignements et aux dispositifs de formation. L'activité et la formation professionnelles doivent être appréhendées à travers la diversité, la contingence et la complexité croissantes non seulement des situations des patients mais aussi des situations de travail regroupant différents professionnels dans différents contextes. Les professionnels, formés à être des praticiens réflexifs, doivent avoir la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes - patients, famille et collègues - et des contextes. Selon le plan d'études cadre de 2012 une attention particulière doit être portée à la formation interprofessionnelle. Les compétences interprofessionnelles à développer reposent essentiellement sur les rôles de Communicateur et de Collaborateur. Parmi les compétences les plus significatives du rôle de communicateur, on note a) la participation, dans l'équipe intraprofessionnelle ou interprofessionnelle, au développement d'une compréhension partagée des situations de soins, et b) la communication avec les patient-e-s, les proches et les professionnel-le-s ainsi que le partage de son savoir et expérience avec les pairs. En tant que collaborateurs, il est attendu des infirmiers de participer efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle, c'est-à-dire a) de s'engager, au sein de l'équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle, à défendre des soins individualisés optimaux, b) d'assumer la responsabilité des soins et coordonner, accompagner, soutenir et diriger d'autres membres de l'équipe de soins, c) de participer à la prise de décision au sein des groupes intraprofessionnels ou interprofessionnels en y défendant l'éthique professionnelle et d) de mettre ses compétences professionnelles à disposition des acteurs et actrices du système de santé, des patient-e-s et de leurs proches.

Dans le cadre de notre recherche, l'analyse du travail des infirmières et des autres professionnels de la santé rend compte de manière concrète et significative de ces différentes facettes, en tenant compte des modulations des activités par les intentions, préoccupations, passions, sentiments, émotions et valeurs des acteurs.

1.2 Des propositions de dispositifs de formation issus des résultats de la recherche empirique

A partir de cette mise en relation, il nous semble pertinent de développer, à titre d'exemples et à partir des données de notre recherche empirique, des dispositifs de formation innovant qui s'articulent aux résultats de l'analyse de l'activité en situation. L'adossement direct à la recherche, encore exceptionnel dans la conception des formations, constitue une garantie de pertinence des thèmes et des situations sélectionnées (Durand, 2011). Ainsi par exemple, à ce jour les modalités d'interaction, de coopération et de coordination entre un infirmier, une étudiante et un médecin, ou entre une infirmière remplaçante et une infirmière expérimentée, ou entre une physiothérapeute et le personnel infirmier, n'ont pas vraiment été identifiés comme des épisodes suffisamment critiques pour être insérés dans les programmes de formation. Or, nos observations en tant que formatrice indiquent que beaucoup de débutants et professionnels vivent ces difficultés spécifiques qui constituent des épisodes parfois pénibles de leur travail. Les scènes de travail infirmier filmées portent sur des objets qui peuvent être familiers avec les propres référentiels et expériences, et avec les difficultés que les professionnels débutants, remplaçants ou étudiants, connaissent (Leblanc et Ria, 2010 ; Leblanc, Ria et Veyrunes, 2011 ; Ria, 2009 ; Ria et Leblanc, 2012 ; Ria, Serres et Leblanc, 2010).

Les paragraphes qui suivent portent sur l'argumentation du choix de ces situations typiques en tant qu'outils de formation, et la description des modalités d'exploitation des séquences de coopérations-coordination observées et analysées dans une visée de formation.

2. Transformer l'activité : séquences vidéo d'activités de pairs considérées typiques et engagement mimétique

2.1 La vidéoformation

L'usage de la vidéoformation tend à s'accroître notamment dans la formation des enseignants (Gaudin et Flandin, 2014). Cette tendance est aussi présente dans les Hautes Ecoles Suisses (HES-SO).

En accord avec l'approche développementale, nous envisageons l'usage de la vidéoformation pour confronter les professionnels à une multiplicité de pratiques professionnelles et stimuler ainsi la réflexion professionnelle, la finalité étant de présenter des exemples servant de tremplin pour l'analyse et la discussion de la séquence d'interaction, de coopération et de coordination et non une évaluation de l'interaction et des acteurs. Cette approche présente un grand intérêt : celui de favoriser l'apprentissage des situations et pas seulement l'apprentissage des savoirs.

A la suite de Durand (2011) nous émettons l'hypothèse que les novices et les expérimentés font émerger au temps t des situations de travail, l'exercice professionnel qui exprime l'état de leur propre développement. Les vidéos reflètent alors des formes provisoires d'adaptation à un contexte et à un moment particulier du développement professionnel de l'infirmier ou du professionnel de la santé. Pour un novice - étudiant ou professionnel moins expérimenté -, progresser dans le métier ou la profession ne se fait pas par un processus de réduction d'écart par rapport à des pratiques expérimentées prises pour modèle de la formation, mais par un développement de leurs pratiques résultant des dynamiques de surpassement de ces problèmes critiques.

Dans le cadre d'un projet de formation, le surpassement des problèmes critiques consiste à se centrer sur a) des objets de formation typiques de l'activité des novices, b) sur une activité d'étude fondée sur des expériences dites mimétiques. Ces dernières exploitent des éléments de similarité avec ce que vivent ces novices. Pour transformer leur activité il s'agit de sélectionner des cas typiques ayant les caractéristiques suivantes : permettre à l'acteur - apprenant d'être confronté à l'activité d'« un autre que soi-même » tout en étant « semblable à soi-même » (distance / familiarité). Ces cas typiques, par le décalage, plus ou moins important, qu'ils ont avec l'activité des acteurs, ouvrent sur des possibles c'est-à-dire sur des transformations de leur activité par un placage sur l'expérience vécue lors de la confrontation aux cas, soit par la typification de certaines de ces expériences qui deviennent des étalons pour configurer des situations futures, signifier les événements et générer de nouvelles actions.

2.2 Le choix des situations typiques et leur lien avec la formation

En relation avec nos expériences de l'enseignement et notre hypothèse de l'importance d'éviter toute rupture brutale avec l'idéal professionnel - incarné dans les pratiques des professionnels du terrain - des étudiants en formation initiale *BSC* en sciences infirmières,

nous choisissons les séquences de formation qui présentent des écarts allant des moins importants au plus importants. En effet, nous avons constaté à maintes reprises que les étudiants acceptent difficilement les remises en question de la pratique des professionnels de la santé, mêmes celles axées sur l'analyse des activités et tenant compte des facteurs environnementaux et culturels pouvant l'influencer. Nous explicitons dans les paragraphes qui suivent les liens entre formation et séquences retenues. Ces dernières sont présentées selon un échelonnement dans le temps respectant la progression souhaitée des contenus des séances d'analyse des interactions de coopération et d'articulation-coordination et tenant compte des divergences des préoccupations et engagements entre acteurs.

2.3 Les interactions progressivement coopératives : l'exemple de l'échange entre Infirmier-physiothérapeute (EPI-1)

Cette séquence vidéo est choisie en raison des engagements et des attentes complémentaires des acteurs en présence, ainsi que de l'évolution des ressentis et du cours des activités de la physiothérapeute pendant l'interaction. Outre l'ajustement des niveaux d'information entre elle-même et l'infirmier, la physiothérapeute cherche à ce que le résultat du test de déglutition effectué à la patiente soit transmis par l'infirmier au médecin-assistant de l'unité, afin d'obtenir des informations sur la suite des investigations envisagées. Elle indique à l'infirmier les règles à transmettre et à suivre concernant la consistance de l'alimentation à fournir à la patiente afin de lui éviter les risques de fausse route, de broncho-aspiration et d'infection des voies respiratoires. L'infirmier, moins intéressé par les explications d'experte de la physiothérapeute, cherche à obtenir des indications précises quant à la consistance de l'alimentation à administrer. Concevant sa participation au travail collectif et coopératif en tant que « passeur d'informations », il s'attend à pouvoir relayer les informations reçues à ses collègues, au médecin et à la diététicienne.

Outre les éléments liés à l'« Ajustement des niveaux d'informations entre tous », l'engagement de la physiothérapeute et son interaction avec l'infirmier sont modulés par les affects éprouvés dans des situations similaires et ses expériences antérieures d'interactions avec les infirmiers et avec les médecins-assistants. Etonnée à la fois par l'attitude d'ouverture de l'infirmier et par l'œdème dû à l'intubation et constaté chez la patiente, elle explique, mime et donne des indications complètes en relation avec le test réalisé, l'alimentation à administrer et la démarche à suivre pour obtenir davantage d'informations sur la situation de la patiente.

L'intérêt pédagogique de cette séquence réside dans le fait qu'elle illustre :

- a) l'activité typique de physiothérapeute experte de la déglutition : *« elle n'a pas de réflexe nauséeux... donc ça c'est un mauvais pronostic parce que le bol arrive et qu'elle doit préparer pour déglutir ça c'est une chose et puis par contre elle a une déglutition volontaire ça c'est clair... quand j'ai essayé de l'eau gélifié, le nestea... très très liquide, donc c'est le truc industriel ... et là, déjà là, ça fait une monstre bruit quand elle avale, ça fait un truc comme ça (elle imite le bruit) donc là je ne sais pas ce qu'il y a là comme mécanisme là au fond qui ne joue pas, euh... et puis elle avait la voie mouillée un peu, ça veut dire que...euh... ça ne passait pas bien » ; « cette personne en fait c'était très particulier, c'est pour ça que je prends du temps parce que elle avait en fait un gros gros œdème en fait interne à cause de la...la... l'intubation et puis ça lui obstruait vraiment le passage c'est pour ça que je prends du temps... c'est un truc qui m'interpelle parce que c'est pas norm... c'était pas habituel »,*
- b) l'attente de la physiothérapeute vis-à-vis des infirmiers qui sont des passeurs d'informations entre physiothérapeutes et médecins : *« ... j'ai plus confiance dans les rapports entre physio et infirmier qu'entre...euh...avec les assistants... je travaille assez peu avec les assistants parce qu'ils changent tout le temps tous les 3 mois c'est des nouveaux ou encore même moins... moi je trouve que c'est...c'est... des gens du terrain c'est les infirmiers-infirmières... donc c'est assez peu souvent que je vais chez le médecin »,*
- c) l'attente de la physiothérapeute vis-à-vis des infirmiers qui sont passeurs d'informations entre physiothérapeutes et l'entourage de la patiente *« voilà je pense que j'ai dit tout ce qu'il fallait pour...euh... pour lui quoi... je lui dis même le moment où son mari vient pour qu'il puisse avoir un feed-back d'une personne...oui...comme la personne était désorienté elle ne pouvait pas me répondre...euh... raisonnablement...oui*
- d) l'évolution de l'interaction entre les deux acteurs grâce notamment à l'état d'écoute de l'infirmier et de la coopération tels que perçus par la physiothérapeute *« là ça dure spécialement longtemps je ne sais pas si c'est parce que vous étiez-là mais qu'il avait aussi du temps, voilà... des fois c'est plus rapide les transmissions... comme ça puis on a des feuilles de transmission..... Notre feuille blanche y'a personne qui la lit... ça c'est sûr... ! (Rires - de déception et de désillusion -) mais c'est comme ça... notre chef à fait des courriers là-dessus... on le redit chaque fois...euh... mais ce n'est pas lu... ».*
- e) les préoccupations de l'infirmier portant sur : a) la recherche de clarification sur la consistance de l'alimentation de la patiente auprès de l'experte de la déglutition, b) la

préoccupation de la transmission de cette information au reste de l'équipe soignante et à la diététicienne.

L'interaction facilitée par l'état d'écoute de l'infirmier et par la possibilité d'expliquer avec de nombreux détails le problème de la patiente et les indications à suivre permet l'« Ajustement des niveaux d'information entre tous » et par là même est un élément favorable à la coopération. Cet épisode met aussi en évidence l'importance de la connaissance et reconnaissance des autres professionnels de la santé comme élément facilitant la coopération et la coordination. Il ouvre sur de nouveaux possibles en termes de travail coopératif.

2.4 Les Interactions quasi-coopératives : l'exemple de l'échange entre infirmiers dont l'un travaille épisodiquement et à faible pourcentage dans l'unité de soins (EII-1)

Cette séquence vidéo est choisie en raison des divergences dans les engagements et les attentes entre infirmier et infirmière. Chacun est préoccupé par ses propres tâches et les activités à réaliser dans l'immédiat. Au prix d'un renoncement momentané à ses propres préoccupations, l'infirmier répond à la demande et aux attentes de l'infirmière. Par ce renoncement à ses propres préoccupations, il contribue à la compréhension de la situation de la patiente et l'échange se caractérise par la complémentarité des apports de chacun. Croyant avoir répondu à sa collègue, il tente de s'éloigner à trois reprises mais il est retenu par les interventions de l'infirmière. Il confirme les prescriptions notées dans le dossier et porte à la connaissance de sa collègue les changements discutés en dernier lieu avec le médecin-assistant. L'infirmière, acquiert des connaissances qui lui permettent de se rassurer et d'éviter ainsi, pour elle-même et pour les autres infirmières, des erreurs dans la préparation et l'administration des médicaments. Toutefois, ces professionnels ne formulent pas explicitement ce qu'ils ressentent, c'est-à-dire pour l'infirmier, ses préoccupations quant aux activités qu'il doit réaliser et sa contrariété de ne pouvoir le faire, et pour l'infirmière la difficulté et l'insécurité ressentis dans la gestion des situations de soins de patients qu'elle voit pour la première fois et le travail dans une Unité dont elle ne connaît pas les habitudes.

L'intérêt pédagogique de cette séquence réside dans les sentiments et émotions éprouvés par chacun des acteurs. La recherche et la clarification de la situation de la patiente et des prescriptions médicales, sont porteuses d'insatisfaction :

a) liées aux changements des conditions de travail : l'infirmière ressent de la souffrance, de l'insécurité et de la crainte de commettre des erreurs,

b) et l'infirmier ressent de la contrariété de ne pouvoir réaliser ses propres activités. Pour lui la différence d'âge, de formation et de capacités à utiliser les outils informatiques sont les principales causes de l'insécurité de l'infirmière et non les conditions dans lesquelles se déroulent les activités. Ces acteurs n'expriment pas clairement leurs préoccupations du moment, mais l'interaction est « quasi-coopérative » car elle se caractérise par des tentatives pour trouver des solutions intégratives qui répondent à la fois à ses propres préoccupations et à celles du collègue.

En d'autres termes, il existe une incompatibilité entre préoccupations et attentes immédiates des deux acteurs et incompatibilité entre leurs aspirations et finalités qu'ils poursuivent et conditions environnementales qui permettent la réalisation de ces finalités. Ces dilemmes les conduisent à opérer des compromis entre renoncer à ces propres préoccupations pour répondre aux préoccupations de l'autre. Ce type de dilemme constitue un point central de l'apprentissage professionnel. Dans le cadre de notre recherche ce dilemme apparaît dans les interactions entre infirmiers, il peut aussi être transposé sur des situations similaires confrontant infirmiers et autres professionnels de la santé, ou infirmiers et patients et entourage du patient.

2.5 Les Interactions coopératives : l'exemple de la première visite médicale (VM1)

Cette situation est représentative d'une visite médicale qui, selon les termes de l'infirmier observé « *se passe dans de bonnes conditions* ». Dans cette situation, les préoccupations et attentes des acteurs convergent et s'articulent immédiatement. Elles s'associent à des intentions de formation de chacun et de partage de connaissances.

L'intérêt pédagogique, de cette visite médicale réside : a) dans la recherche de nouveaux types de connaissances par chacun des acteurs, et, b) dans les valeurs de solidarité qui sont actualisées en situation entre professionnels : le médecin-assistant apprécie la tolérance des uns vis-à-vis des autres, et les échanges constructifs avec l'infirmier et les membres de cette équipe de soins; l'infirmier estime qu'au cours de cette visite médicale « *ils sont restés centrés sur les patients tout en restant détendus* » ; c) dans le partage des informations entre acteurs et les négociations menées entre eux et avec d'autres professionnels afin de prendre les décisions les plus adaptées à la situation.

2.6 Les Interactions non coopératives : l'exemple de la troisième visite médicale

Cette situation est représentative des bouleversements rencontrés dans certains services hospitaliers liés à l'évolution des techniques opératoires, au passage à l'ambulatoire et à la réduction des durées d'hospitalisation, à la mouvance du personnel et à la flexibilité qui leur est demandé, et enfin à la culture propre des acteurs. Les divergences notables des préoccupations et engagements entre acteurs sont spectaculaires. Pour l'infirmière, un déroulement harmonieux du travail consiste à obtenir des prescriptions et indications à suivre concernant « les traitements des patients en un temps déterminé » c'est à dire qui n'empiète pas sur ses autres activités.

L'engagement principal du médecin senior est « de connaître en profondeur le cas de chacun des patients soignés par l'infirmière et avec sa collaboration » mais il est incommodé par l'organisation du dossier informatisé et la répartition des informations à différents endroits ne lui permet pas une compréhension rapide de la complexité de la situation du patient. Il s'attend à développer ses connaissances des situations en interagissant avec l'infirmière. Se rendant compte de la méconnaissance des situations des patients par l'infirmière, il cherche à « *expliquer exactement ce qu'ont les patients... parce que sinon elle... elle pourra jamais savoir* ».

L'intérêt pédagogique de cette séquence réside dans ces interactions non coopératives, où échouent les tentatives pour trouver des solutions intégratives répondant à la fois à ses propres préoccupations et à celles des autres. Médecin et infirmière de cette visite médicale manifestent leurs insatisfactions vis-à-vis du déroulement de l'échange et de la réponse de l'interlocuteur.

Contrairement aux premières séquences vidéo, cette séquence est un contre exemple. En effet, les trois premières, par les convergences immédiates, progressives des préoccupations des acteurs ou même par leur masquage, offrent de nouveaux possibles permettant le développement des compétences des apprenants. Ces nouveaux possibles sont réellement ouverts « *parce que réellement possibles, dans la mesure où l'activité visionnée typifie l'expérience des novices visionnants* » (Durand, sous presse). La quatrième séquence est un contre exemple dans le sens où les attentes et préoccupations des acteurs sont totalement divergentes. La coopération et la coordination sont inexistantes et de ce fait, suscitent la réflexion sur les conditions favorables ou défavorables à leur émergence.

3. Accompagner des trajectoires professionnelles dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue de novices.

Après analyse des activités d'infirmières et d'autres professionnels du milieu hospitalier et identification de quatre situations typiques interprétées en tant que nœuds à dépasser au cours du développement professionnel, nous optons pour un dispositif de formation portant sur l'accompagnement des trajectoires professionnelles s'étendant, dans le cadre du curriculum de formation *Bachelor of sciences* en soins infirmiers, entre la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année de formation. Cette proposition n'exclue pas d'être aussi adressée, dans le cadre de la formation continue ou de la formation post grade, à des professionnels nouvellement diplômés ou à des professionnels vivant des changements dans leurs parcours tels que la modification de lieu de l'exercice professionnel (passage par exemple d'une unité de soins médicale à une unité de soins chirurgicale ou en unité de soins psychiatrique).

Cette formation prend appui sur les quatre modalités de coopération identifiées dans le cadre de notre recherche. Les deux premières, portant sur deux séquences significatives des interactions : quasi coopératives et progressivement coopératives, peuvent être planifiées au cours des modules (10, 14, ou 15) de formation ayant lieu dans l'institution de formation (Haute Ecole) après ou avant deux périodes de formation pratique PFP3 et PFP4, périodes se déroulant en milieu hospitalier ou extra-hospitalier. Les deux dernières séquences, portant l'une sur les interactions coopératives et l'autre sur les interactions non coopératives, peuvent être planifiées au cours des modules 17 et 21 ayant lieux chacun après des modules de formation pratique PFP4 et PFP5⁶⁵. Nous avons opté pour cette planification à partir de notre connaissance des réactions des étudiants en formation initiale et de l'hypothèse de leur difficulté à reconnaître les points critiques dans la pratique des professionnels de terrain. Cette hypothèse reste à confirmer et la planification des situations et leur progression sont à évaluer après un premier cycle de formation.

Au travers de cette planification sur deux années, l'intention poursuivie est de favoriser le développement progressif des compétences de « communicatrice » et de « collaboratrice » énoncées dans le plan cadre 2012.

Pour chacune des séances de formation envisagées, il pourrait être proposé aux étudiants, à l'instar des propositions faites par Ria et Lussi Borer (2013), d'effectuer en petits groupes un

⁶⁵ Cf. Annexe 44: Bachelor en soins infirmiers/ Année académique 2014-2015. La chronologie de la formation rend compte de l'alternance des modules théoriques et pratiques et rend compte des thématiques traitées dans le cadre des modules « théoriques ».

travail d'analyse de l'activité grâce à des extraits vidéo portant sur la situation d'interaction entre acteurs complétés par les entretiens d'autoconfrontation. Cette analyse s'effectuerait en quatre étapes qui consistent à : a) décrire la situation de travail (seulement à partir de l'extrait vidéo portant sur l'interaction entre acteurs se déroulant dans l'unité de soins) en s'attachant à lister des faits observables et en retenant ses jugements ; b) mettre en relation les faits observables avec les préoccupations explicitées par les acteurs (dans l'entretien d'autoconfrontation filmé) ; c) évaluer la pertinence de l'activité (et non de la personne) selon les critères co-construits ; et d) proposer, en tirant parti de ses propres expériences, des pistes de transformation réalistes, viables pour l'activité observée.

Avec ce dispositif il s'agit de susciter des transformations de l'activité des étudiants ou des professionnels « novices ». Nous pensons, qu'avec ces modalités de coopération, même si leur nombre est limité à quatre pour l'instant, favoriser la création de liens entre les exemples d'interactions et d'ajustement des niveaux d'information entre tous visionnés et analysés et les expériences actuelles et futures des acteurs qui analysent ces séquences. A la suite de Durand (2011), Ria et Leblanc, (2011) nous estimons que les traits de similarité ou de différence entre ses propres activités et les activités visionnées favorisent l'engagement des participants à la formation. Avec ce dispositif, nous pensons pouvoir traiter des thématiques à la fois critiques pour les participants et importants pour la profession car interagir, coopérer, et coordonner ne peuvent être appris par les acteurs seulement sur la base de données disciplinaires ou selon des procédures décrites et des plans pré-existants.

La mise en visibilité des difficultés récurrentes auxquelles sont confrontés les professionnels au cours de leurs premières années d'exercice, offre des possibilités d'apprentissage au travers d'un dispositif qui permet de multiplier les portes d'entrées et de favoriser ainsi l'émergence de significations chez les apprenants. En offrant plusieurs « scènes » à étudier et à analyser à différents moments du parcours professionnel, nous participons à la constitution d'un référentiel de situations professionnelles visant à développer les compétences des participants à la formation. Par ailleurs, le caractère d'autonomie et d'indétermination de l'activité implique de concevoir des dispositifs de formation incluant diverses préoccupations ou engagements considérés potentiellement perturbateurs pour l'apprenant et non comme des prescriptions de son activité (Durand, Ria & Veyrunes, 2010).

Conclusion

Au travers de cette thèse, nous avons tenté de mettre en évidence l'apport du travail infirmier à l'activité collective dans les services hospitaliers, et de lier l'analyse de l'activité à la création d'un dispositif de formation. Nous avons axé notre recherche sur l'analyse de l'activité des infirmières en interaction avec d'autres professionnels de la santé ce qui nous a permis d'identifier la structure typique significative de l'articulation-coordination des cours d'action des acteurs en présence : Il s'agit de l' « Ajustement des niveaux d'information entre tous ». Cette structure fait partie des interactions coopératives et est un travail de deuxième ordre enchâssé dans le travail coopératif. Modulée par des affects, émotions, valeurs ou par la recherche de connaissances, cette structure est modifiée et caractérise alors la coopération.

La mise en évidence de certaines caractéristiques de la coordination et de la coopération est d'une certaine importance pour la spécification du savoir et du rôle professionnel de l'infirmière - compris en tant que rôle d'intermédiaire entre plusieurs acteurs -. Sa contribution au processus d'ajustement des niveaux d'information entre tous les acteurs, à la coordination et à la coopération favorise une prise en charge adéquate des personnes soignées, l'efficacité des soins et a un impact sur la qualité des prestations de santé et sur leur coût. La modélisation de la coopération/coordination au travail se présente sous forme de quatre modalités d'interactions coopératives. Elles permettent ainsi de développer un dispositif de formation axé sur l'accompagnement des trajectoires professionnelles d'étudiants *Bachelor of science* en soins infirmiers ou de professionnels novices – débutants et remplaçants oeuvrant dans de nouveaux contextes -. L'ajustement des niveaux d'information entre tous les acteurs, développé à partir de l'analyse de l'activité et des interactions entre professionnels de la santé (infirmiers, physiothérapeutes et médecins) ne reflète pas la totalité de ce qui peut se passer en termes de coordination située et de coopération entre différents acteurs. En effet, nous n'avons analysé que huit séquences d'échanges regroupant trois catégories de professionnels. Il serait souhaitable d'étendre l'analyse à un plus grand nombre et à une plus large palette de professionnels de la santé.

Le dispositif de formation envisagé peut être étendu à d'autres professionnels de la santé membres d'un collectif agissant en commun afin d'atteindre une même finalité. Dans le cadre du programme de recherche technologique en formation des adultes que nous avons adopté, le principe de conception est de favoriser, en formation, une activité aussi proche que possible de celle que peuvent avoir des acteurs dans leur activité professionnelle. La conception se fait alors à partir du repérage de couplages typiques et au travers d'une démarche itérative alliant

analyse de l'activité située, conception orientée activité de situations de formation, analyse des activités des acteurs en formation puis retour sur la conception de dispositif. L'enjeu d'une telle démarche et d'une telle formation est de favoriser un couplage efficace et de prendre en compte le caractère situé et autonome de l'activité humaine.

Dans le cadre de ce programme de recherche technologique en formation des adultes, l'hypothèse est que l'activité ne consiste pas à appliquer des savoirs. Et comme le propose Durand (2008) il s'agit de concevoir des espaces d'action encouragée qui respecte l'hypothèse d'autonomie du vivant. Ces espaces d'actions encouragées ont la propriété d'euphémiser les conséquences de l'activité des apprenants, de réduire ou d'augmenter les contraintes, de permettre une rupture de la temporalité, de favoriser certaines dimensions ou de mettre en évidence certains aspects de l'activité, et enfin de favoriser des mutualisations ou des contreverses entre les apprenants. C'est ce que nous projetons de faire à partir du dispositif de formation proposé suite au travail de recherche que nous avons effectué.

Table des annexes

Les annexes figurent dans le tome 2 qui accompagne la thèse.

Annexe 1 : Liste des activités de valorisation scientifique menées par la doctorante depuis 2003.	4
Annexe 2 : Plan d'étude-cadre HES Santé 2002-2003	5
Annexe 3 : Plan d'études cadre Bachelor 2006	6
Annexe 4 : Plan d'études cadre Bachelor 2012, Filière de formation en soins infirmiers de la Haute École spécialisée de Suisse occidentale	7
Annexe 5 : Description générale des modules de formation Bachelor	8
Annexe 6 : Formulaire en vue d'un consentement libre et éclairé	9
Annexe 7 : Accord du représentant du comité d'éthique des deux hôpitaux	10
Annexe 8 : Accord des directions hospitalières, infirmières et médicales	11
Annexe 9 : Planification de la recherche	12
Annexe 10 : Verbatim, observation visite médicale 1	13
Annexe 11 : Autoconfrontation médecin, visite médicale 1	14
Annexe 12 : Autoconfrontation infirmier, visite médicale 1	15
Annexe 13 : Analyse, visite médicale 1	16
Annexe 14 : Verbatim, observation visite médicale 2	17
Annexe 15 : Autoconfrontation médecin, visite médicale 2	18
Annexe 16 : Autoconfrontation infirmière, visite médicale 2	19
Annexe 17 : Analyse, visite médicale 2	20
Annexe 18 : Verbatim, observation visite médicale 3	21
Annexe 19 : Autoconfrontation médecin, visite médicale 3	22
Annexe 20 : Autoconfrontation infirmière, visite médicale 3	23
Annexe 21 : Analyse, visite médicale 3	24
Annexe 22 : Verbatim, observation étudiante, visite médicale 4	25
Annexe 23 : Verbatim, observation infirmier, visite médicale 4	26
Annexe 24 : Autoconfrontation médecin, visite médicale 4	27
Annexe 25 : Autoconfrontation infirmier, visite médicale 4	28
Annexe 26 : Autoconfrontation étudiante, visite médicale 4	29
Annexe 27 : Analyse, visite médicale 4	30
Annexe 28 : Verbatim, observation physiothérapeute/infirmier, (EPI-1)	31

Annexe 29 : Autoconfrontation physiothérapeute, (EPI-1)	32
Annexe 30 : Autoconfrontation infirmier, (EPI-1)	33
Annexe 31 : Analyse infirmier/physiothérapeute, (EPI-1)	34
Annexe 32 : Verbatim, observation, physiothérapeute/infirmière, (EPI-2)	35
Annexe 33 : Autoconfrontation physiothérapeute, (EPI-2)	36
Annexe 34 : Autoconfrontation infirmière, (EPI-2)	37
Annexe 35 : Analyse physiothérapeute/infirmière, (EPI-2)	38
Annexe 36 : Verbatim, observation infirmier/infirmière, (EII-1)	39
Annexe 37 : Autoconfrontation infirmier, (EII-1)	40
Annexe 38 : Autoconfrontation infirmière, (EII-1)	41
Annexe 39 : Analyse infirmier/infirmière, (EII-1)	42
Annexe 40 : Verbatim, observation infirmier/infirmière, (EII-2)	43
Annexe 41 : Autoconfrontation infirmier, (EII-2)	44
Annexe 42 : Autoconfrontation infirmière, (EII-2)	45
Annexe 43 : Analyse infirmier/infirmière, (EII-2)	46
Annexe 44 : Chronologie de la formation Bachelor en soins infirmiers/ Année académique 2014-2015	47

Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2007). Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmières dans la pratique ambulatoire et clinique. *Bulletin des Médecins Suisses*, 88 (46), 1942-1952.
- Aiken, L.H.; Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49 (3), 146-153.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P. Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diornidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwedimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Récupéré de <http://www.thelancet.com> Published online February 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
- Allen, D., (2004) Re-Reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11 (4), 271-283.
- Arcangelo, V.P. (1994). The myth of independent practice, *Nursing Forum*, 29, 3-4.
- ASI, (2000). *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Berne : ASI.
- Avanzini, G. (1984). Un centenaire de la science aux sciences de l'éducation. *Bulletin de la Société Alfred Binet & Théodore Simon*, 600-601, 7-17.
- Avanzini, G. (1991). *L'École, d'hier à demain. Des illusions d'une politique à la politique des illusions*. Toulouse : Érès.
- Barbier, J.-M. (2010). Cultures d'action et modes partagés d'organisation des constructions de sens. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 1, 163-193.
- Barbier, J.-M. & Durand, M. (2003). L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales ? *Recherche et Formation*, 42, 99-117.
- Barthe B. & Quéinnec Y. (1999), Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 4 (99), 663-686.

- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking- in- action approach*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*. Paris : Seuil.
- Bourdon, F. & Weill-Fassina, A. (1994). Réseau et processus de coopération dans la gestion du trafic ferroviaire. *Le Travail Humain* 57, (3), 271-287.
- Bruner, J. (1997). ...car la culture donne forme à l'esprit. Genève: Georg.
- Caroly, S. & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie? *@ctivités*, 4 (1), 85-98. Document consulté le 12 octobre 2013, récupéré de <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>.
- Castelfranchi, P. (1998). Modelling social action for agents. *Artificial Intelligence*, 103, 156-182.
- Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In O. Goulet & C. Dallaire, *Soins infirmiers et société*, (pp.33-55). Québec : Gaëtan Morin.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In O. Goulet & C. Dallaire C., *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives* (pp. 77-95). Québec : Gaëtan Morin.
- Dallaire, C. & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 265-312). Québec : Gaëtan Morin.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire, *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Québec : Gaëtan Morin.
- Darses, F. & Falzon P. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. In G. de Terssac & E. Friedberg (dir.) *Coopération et Conception* (pp. ?). Toulouse : Octarès.
- De la Garza, C. (1995). *Gestion individuelles et collectives du danger et du risque dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires*. Thèse de doctorat d'Ergonomie. Paris V: LEPC-EPHE.

- De la Garza, C. & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. Ben Chekroun & A. Weill-Fassina (dir.) *Le travail collectif* (pp. 217-234). Toulouse : Octarès.
- Delaunay, J.C. & Gadrey, J. (1987). *Les enjeux de la société de service*. Paris : Presses de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques.
- Durand, M. (2008). Un programme de recherche technologique en formation des adultes. Une approche enactive de l'activité humaine et l'accompagnement de son apprentissage : développement. *Éducation et Didactique*, 2 (2), 69-93.
- Durand, M. (2011). Self-constructed activity, work analysis, and occupational training: an approach to learning objects for adults. In P. Jarvis & M. Watts (dir.), *The Routledge international handbook on learning* (pp. 37-45). London: Routledge.
- Durand, M. (Sous Presse). Quelques avancées pratiques et conceptuelles liées à la conception et l'usage de la plateforme Néopass@action en formation des enseignants. *Recherche & Formation*.
- Durand, M., Hauw, D., Leblanc, S., Saury, J., Sève, C. (2004). Analyse de pratiques et entraînement en sport de haut niveau. *Éducation Permanente*, 161, 54-68.
- Durand, M. & Veyrunes, Ph., (2005). L'analyse de l'activité des enseignants dans le cadre d'un programme d'ergonomie-formation. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 14, 47-60.
- Durand, M., Ria, L., & Veyrunes Ph., (2010). Analyse du travail et formation : un programme de recherche empirique et technologique portant sur la signification de l'activité des enseignants. In F. Yvon et F. Saussez (dir.) *Analyser l'activité enseignante. Des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation* (pp. 25-26). Québec : Presses de l'université Laval.
- Gal-Petitfaux, M., Durand, M. (2001) L'enseignement de l'éducation physique comme « action située » : propositions pour une approche d'anthropologie cognitive. *STAPS*, 55, 79-100.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnométhodologie*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gaudin, C. & Flandin, S. (2014). La vidéoformation dans tous ses états : quelles options théoriques ? Quels scénarios ? Pour quels effets ? Récupéré de <http://www.ens-lyon.fr/chaire-unesco-formation/manifestations-scientifiques/video> [page consultée, le 13 avril, 2014].

- Gittell, J., (2009). *High performance healthcare: using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Gobet, P. et coll. (1998) *Le profil de la recherche et du développement dans les hautes écoles spécialisées en santé*. Rapport principal et recommandations au Conseil Suisse de la Science, Détection avancée en politique de recherche, FER 187.
- González-Martínez, E., "Calling the hospital porter", Colloquium on Work and Social Interaction II, Telecom ParisTech, Paris, November 8, 2013.
- Gray, B. (1991). *Collaborating*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Grosjean, M. & Lacoste, M., (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.
- Hanneman, E.A. (1995). Nurse-physician collaboration: A poststructuralist view. *Journal of Nursing Administration*, 2, (22), 359-363.
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*.
- Hoc, J.M. (2001). Towards a cognitive approach to human-machine cooperation in dynamic situations. *International Journal of Human-Computer Studies*, 54, 509-540.
- Hoc, J.M. (2003). Coopération humaine et systèmes coopératifs. In G. Boyd (Ed.), *Ingénierie cognitive, IHM et cognition* (pp. 139-187). Paris: Hermès.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Jourdan, M., & Theureau, J. (1993) De l'analyse de l'action infirmière à l'intervention ergonomique en hôpital. In *Langage et travail*, 5, *Langage, activités médicales et hospitalières: dimensions négligées* (coordination Michèle Lacoste). Récupéré de http://www.langage.travail.crg.polytechnique.fr/cahiers/Cahier_5.pdf#page=79 [page consultée le 26 avril 2008].
- Kane, R.L., Shamlyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. & Wilt, T. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45 (12), 1195-1204.
- King, I. M. (1990). King's conceptual framework and theory of goal attainment. In M.E. Parker (dir.), *Nursing Theories in Practice*, (pp. 73-84). New York: National League for Nursing.
- Kouabéban, D-R., & Dubois, M. (2000) Compétences collectives au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 6 (3-4), 21-22.

- Lacoste, M., (2000). Le langage et la structuration des collectifs. In : Benchekroun, T.H., & Weill-Fassina, A. (Eds.) *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 55-70). Toulouse : Octarès.
- Lanza, D., Muller, R., Goudeaux, A., Berthoud, M., Seferdjeli, L., Favre, S., Douchamps, L., Pasche, G., & Paccaud, U., (2002). *Processus de régulation et gestion de la coopération dans des situations de travail infirmière à l'hôpital*. Rapport scientifique, Berne : CTI et FNS.
- Lanza, D., Longchamp, Ph., Seferdjeli, L., Muller, R., Terraneo, F., Cordonier, B., & Berthoud, M., (2004). *Processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecin dans les situations de travail infirmière*. Rapport scientifique du Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS) No 101077-13DPD/CTI 5412.FHS, Genève : Hôpitaux Universitaires et Haute École de Santé.
- Lê Van, K., E. González-Martínez, "Les 'micro-briefings' non-planifiés au sein de l'équipe infirmière. Une contribution à l'organisation du travail", Swiss Congress for Health Professions, Bern, March 12, 2014.
- Leblanc, S. & Ria, L. (2010). Observatoire de l'évolution de la professionnalité enseignante et dispositifs de formation de simulation vidéo. In G. Baillat, D. Niclot & D. Ulma (Dir.), *La formation des enseignants en Europe. Approche comparative* (pp. 255-265). Bruxelles : De Boeck.
- Leblanc, S., Ria, L., Dieumegard, G., Serres, G., & Durand, M. (2008). Concevoir des dispositifs de formation professionnelle des enseignants à partir de l'analyse de l'activité dans une approche enactive. *@ctivités*, 5, (1), 58-78.
- Leblanc, S., Ria, L., & Veyrunes, P. (2011). Vidéo et analyse *in situ* des situations d'enseignement et de formation dans le programme du cours d'action. In. L. Veillard, & A. Tiberghien (Dir.), *Instrumentation de la recherche en éducation. Le cas du développement d'une base de vidéo de situation d'enseignement et d'apprentissage ViSA*, (pp. 63-94). Paris : Maison des Sciences de l'Homme.
- Leplat, J. (dir.). (1993) Ergonomie et activités collectives. In F. Six et X. Vaxevanoglou (Eds.). *Les aspects collectifs du travail* (pp. 7-27). Toulouse: Octarès.
- Les missions nouvelles de la HES* (1999). Rapports finaux des groupes de travail constitués par le Groupe de pilotage opérationnel en vue de la fixation des objectifs de développement à assigner à la HES romande santé-social. Lausanne.

- Liedtka, J.M. & Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Healthcare Management*, 2 (43), 185-203.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (LHES), du 6 octobre 1995 (Etat le 1er janvier 2013).
- Longest, B.B. (1974). Relationships between coordination, efficiency, and quality of care in general hospitals. *Hospital Administration*, 19, 65-86.
- Lorino, Ph. (dir.). *Recherche sur les organisations et théorie de l'activité collective : les échos de la pensée de Jacques Girin dans la recherche sur les processus en gestion*. http://www.crg.polytechnique.fr/Girin/Papiers_colloque/Lorino_Philippe. [Page consultée, 25.03.2014].
- Lucero, R.J., Lake, E.T. & Aiken, L.H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (11), 2299-2310.
- Malone, T. W. & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys*, 26 (1), 88-119.
- Maggi, B. (1996). La régulation du processus d'action de travail. In P. Cazamian, F. Hubault & M. Noulon (dir.), *Traité d'ergonomie*, (pp. 637-662). Toulouse : Octarès.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1994). *L'arbre de la connaissance*. Paris : Adison Westley.
- Mintzberg, H., (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Eyrolles.
- Nadot, M. (1992). Une médiologie de la santé comme science, *Recherche en soins infirmiers*, 30, 27-36.
- Nadot, M. (2008a). Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle. In C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 27-51). Montréal : Gaëtan Morin.
- Nadot, M. (2008b). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 359-382). Montréal : Gaëtan Morin.
- Nadot, M. (2009). Les constantes des pratiques professionnelles d'hier... au service de la discipline demain. In C. Sliwka & Ph. Delmas (dir.), *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* (pp. 107-131). Paris : Lamarre.
- Nadot, M., Auderset, P.B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., & Nadot-Ghanem N., (2002). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé*. Rapport scientifique n° 5545.1 FHS cofinancé par la Commission de la technologie et de

- l'innovation (CTI) et le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS),
Fribourg : Haute école de santé, filière soins infirmiers.
- Nadot, M., Busset, F., Gross, J. (2013). *L'activité infirmière, le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris : De Boeck Supérieur S.A.
- Nadot, N., (1999). *Les supports écrits dans la formation du personnel soignant, extraction, réduction et reproduction des écrits : un processus de domination culturelle en trois actes*. Mémoire de licence en sciences de l'éducation. Genève : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
- Nadot-Ghanem, N. (2003). *Professeur de... ? en Haute école spécialisée de la santé. Comprendre le travail de l'enseignant pour le transformer*. Mémoire de troisième cycle DESS, analyse du travail et construction des compétences professionnelles. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève.
- Nadot-Ghanem, N. (2004) La tertiarisation de la formation en soins infirmiers et ses conséquences sur l'identité du professeur. *Recherche en Soins Infirmiers*, 78, 71-94.
- Nadot-Ghanem, N. & Auderset, P-B., (2004). La pratique informationnelle, une dimension fondamentale du rôle professionnel. *Perspective Soignante*, 19, 110-118.
- Nadot-Ghanem, N. (2005, mai). Extraire, réduire, reproduire ou innover. *Communication scientifique n° 4*, Congrès international de la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (Belgique) : Dynamique d'organisation des pratiques professionnelles : l'intermédier, approches innovantes dans les structures médico-sociales ».
- Nadot-Ghanem, N., (2006), Conjuguer les logiques de différents acteurs, *Krankenpflege/Soins infirmier*, 1, 41-43.
- Nadot-Ghanem, N. & Nadot, M. (2011). Savoir d'où l'on vient (...et Bologne dans tout ça ?). *Pratique, les Cahiers de la Médecine Utopique*, 54, 12-15.
- Nadot-Ghanem, N., (2012). *Étude de la coordination entre infirmiers-ères et autres professionnels du milieu hospitalier : conséquences pour la formation professionnelle dans les Hautes Écoles Spécialisées en Suisse*. Rapport scientifique SNSF/FNS, Project Database No 132143.
- Nowotny, H., Scott, P. & Gibbons M. (2003). *Repenser la science*. Paris : Belin.
- O'Hare J. (2008, Jul; 19). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, (5), 309-13.
- Peirce, Ch. S. (1978), *Écrits sur le signe*. Paris : Seuil.

- Poizat, G. (2006). *Analyse en ergonomie cognitive de l'activité collective en tennis de table: Contribution à la connaissance des interactions humaines*. Thèse de doctorat en staps non publiée de l'université de Rouen.
- Poizat, G., Sève, C., & Rossard, C. (2006). Influencer les jugements de l'adversaire au cours des interactions sportives compétitives: Un exemple en tennis de table. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 56, 167-178.
- Poizat, G. & Durand, M. (2013). Etat de l'art sur l'apprentissage des adultes : capitalisation possible dans le cadre du projet « formation réactive ». Projet R&D équipe CRAFT, Université de Genève : Livrable 2, version préliminaire, 15 novembre 2013.
- Poizat, G. & Seferdjeli, L. (2013). Devenir technicien en radiologie médicale : de l'activité collective à la culture de métier. *Programme d'encouragement du FNS*, projet en cours.
- Ria, L. (2009). De l'analyse de l'activité des enseignants débutants en milieu difficile à la conception de dispositifs de formation. In M. Durand & L. Fillietaz (Dir.), *La place du travail dans la formation des adultes* (pp. 217-243). Paris : PUF.
- Ria, L. & Chaliès, D. (2003). Dynamique émotionnelle et activité. Le cas des enseignants débutants. *Recherche et Formation*, 42, 7-19.
- Ria, L., & Leblanc, S. (2011). Conception de la plateforme de formation Néopass@ction à partir d'un observatoire de l'activité des enseignants débutants : enjeux et processus. *Activités*, 8(2), 150-172.
- Ria, L. Leblanc, S. (2012). Professionnalisation assistée par vidéo: les effets d'une navigation sur Néopass@ction, *Recherches & Education*, 7, 99-114.
- Ria, L. & Lussi Borer, V. (2013). Laboratoire d'enseignants encore apprenants au sein d'un établissement scolaire: enjeux, méthodes et effets sur la formation des enseignants. *Actes du Congrès AREF 2013 « Actualité de la Recherche en Éducation et Formation*», Université de Montpellier : <http://www.aref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/%C2%AB-laboratoire-d%E2%80%99enseignants-encore-apprenants-%C2%BB-au-seind%E2%80%99un-%C3%A9tablissement-scolaire-enjeux-0>.
- Ria, L., Serres, G., Leblanc, S. (2010). De l'observation vidéo à l'observation in situ du travail enseignant en milieu difficile. *Revue Suisse des Sciences de l'Education*, 1, 105-120.
- Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail Humain*, 4 (57), 367-386.

- Rosch, E. Heider (1973). Natural categories. *Cognitive Psychology*, 4, 328-350.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B.B Lloyd (Eds.), *Cognition and Categorization* (pp. 27-48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Saavedra, R., Christopher Earley, P., Van Dyne, L. (1993). Complex interdependence in task-performing groups. *Journal of Applied Psychology*, 1 (78), 61-72.
- Salini, D. A. (2013). *Inattendus et transformations des significations dans les situations d'information-conseil en validation des acquis de l'expérience*. Thèse de doctorat, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève.
- Salembier, P. (dir.). Cadres conceptuels et méthodologiques pour l'analyse, la modélisation et l'instrumentation des activités coopératives situées.
<http://www.irit.fr/ACTIVITES/GRIC/personnel/salembier> [page consultée, le 5 novembre 2013].
- Salembier, P., & Zouinar, M. (2004). Intelligibilité mutuelle et contexte partagé. Inspirations théoriques et réductions technologiques. *Activités*, 1(2), 64-85.
- Salembier, P., & Zouinar, M. (2006). Pas de coopération sans partage : le partage d'information comme régulateur de la cognition individuelle et collective. In. F. Jeffroy, J. Theureau, & Y. Haradji (dir.), *Relation entre activité individuelle et activité collective : confrontation de différentes démarches d'études* (pp. 55-75). Toulouse: Octarès.
- Salembier P., Theureau J., Zouinar M., & Vermersh, P. (2001). Action cognition située et assistance à la coopération. Récupéré de <http://www.citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.108> [Page consultée, le 21.03.2012].
- Saury, J. (2008). *La coopération dans les situations d'intervention, de performance et d'apprentissage en contexte sportif*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches, Université de Genève.
- Saury, J., Durand, M. (1998). Practical knowledge of expert coaches: on-site study of training in sailing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 69 (3), 254-266.
- Saury, J., Nordez, A., & Sève, C. (2010). Coordination interindividuelle et performance en aviron : apports d'une analyse conjointe du cours d'expérience des rameurs et de paramètres mécaniques. *Activités*, 7(1), (p. 2-27), récupéré de <http://www.activites.org/v7n1/v7n1.pdf>.

- Schmidt, K. (1991). Cooperative work: A conceptual framework. In J. Rasmussen, B. Brehmer et J. Leplat (dir.). *Distributed decision making* (pp. 75-111). Chichester: J. Wiley.
- Schmidt, K. (1994a). Cooperative work and its articulation: Requirements for computer support, *Le Travail Humain*, 57 (4), 345-366.
- Schmidt, K. (1994b). *Modes and mechanisms of interaction in cooperative work. Outline of a conceptual framework*. Roskilde: Riso National Laboratory. Document consulté le 16 août 2013 de <http://www.itu.dk/people/schmidt/publ.html>.
- Schmidt, K. (2002). Remarks on the complexity of cooperative work. *Revue des Sciences et Technologies de l'Information*, 16, 443-483.
- Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M. & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care*, 4, 227-237.
- Sève, C., & Saury, J. (2010). Un programme de recherche en STAPS fondé sur la théorie du cours d'action. *eJRIEPS, le journal de la recherche sur l'intervention en éducation physique et sport*, 93-108. Récupéré de www.fcomte.iufm.fr/ejrieps/ejournal20/. [Consulté, 10.10.2013].
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. E. , Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A. , Knaus, W. A. , & Duffy, J. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care*, 32, 508–525.
- Sperber, D. & Wilson, D. (1989). *La Pertinence: communication et cognition*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Sterie, A., E. González-Martínez, "Production et gestion des demandes lors d'appels téléphoniques entre médecins et jeunes infirmiers-ères", Swiss Congress for Health Professions, Bern, March 12, 2014.
- Strauss, A., (1992). *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan.
- Suchman, L. (1987). *Plans and situated action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sullivan, T.J. (1998). *Collaboration: A health care imperative*. New York: McGraw-Hill.
- Terssac (de), G. & Lompré, N. (1994). Coordination et coopération dans les organisations. In B. Pavard (Ed.) *Systèmes coopératifs: de la modélisation à la conception*. (pp. 175-201). Toulouse: Octarès.

- A Global Independent Commission. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, December 4, (376), 1923-1958.
- Theureau, J., (1993). Événements et coopération dans le travail infirmière. L'infirmière d'une Unité de soins d'obstétrique. In J. Cosnier., M. Grosjean & M. Lacoste. (dir.). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 161-178). Lyon: Presses Universitaires.
- Theureau, J. (2000a). Anthropologie cognitive et analyse des compétences. In J.M. Barbier (dir.), *L'analyse de la singularité de l'action* (pp. 171-211). Paris : Presses Universitaires de France.
- Theureau, J. (2000b). Note sur l'histoire de l'autoconfrontation dans l'analyse des cours d'action et de leur articulation collective, version 2 (27.05.00). Récupéré de <http://www.coursdaction.net/08-nonpublies/2000-JT-T08.pdf> [page consultée le 27 avril 2008].
- Theureau, J. (2001). Analyse du cours d'action & conception centrée sur le cours d'action, Récupéré de <http://www.coursdaction.fr/08-nonpublies/2001-JT-T12.pdf> [page consultée le 14 novembre 2013).
- Theureau, J. (2004). *Le cours d'action. Méthode élémentaire*. Toulouse: Octarès.
- Theureau, J. (2004). L'hypothèse de la cognition (ou action) située et la tradition d'analyse du travail de l'ergonomie de langue française, *@ctivités*, 1 (2), 11-25. Page consultée le 27 octobre 2013. Récupéré de <http://www.activites.org/v1n2/theureau.pdf>.
- Theureau, J. (2006). *Le cours d'action. Méthode développée*. Toulouse: Octarès.
- Theureau, J. (2009). L'observatoire des cours d'action et des cours de vie relatifs à une pratique. In B. Cahour, C. Licoppe (orgs.) Atelier « L'apport de la confrontation aux traces de sa propre activité », 2-3 avril, Paris. [Version remaniée destinée à la *Revue d'Anthropologie des Connaissances*]. Récupéré de <http://www.Pagesperso.lina.univ-nantes.fr/~prie.../documents2009/Observatoire.pdf> [page consultée le 31.10.2013].
- Theureau, J. (2010). *La constitution des savoirs dans l'action*. Récupéré de <http://www.coursdaction.fr/12.../2010-JT-R54.pdf>, [page consultée 10.03.2013].
- 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*, 2, (4), 287-322. Récupéré de [http : www.cairn.info](http://www.cairn.info).

- Theureau, J. (2011). Appropriations 1, 2 & 3 ou un exemple de pouvoir heuristique et de capacité de croissance d'un programme de recherche ou Appropriation, Incorporation & In-culturation, (Journée Ergo-Idf, 16/06/11, CNAM, Paris), récupéré de [http :www.coursdaction.fr/02-Communications/2011-JT-C136.pdf](http://www.coursdaction.fr/02-Communications/2011-JT-C136.pdf).
- Theureau, J. & Filippi, G. (1994). Cours d'action et conception d'un système d'aide à la régulation. Le cas de la régulation du trafic du R.E.R. *Sociologie du Travail*, XXXVI (4), 547-562.
- Tucker, A.L. & Spears, S.J. (2006). Operational failures and interruptions in hospital nursing. *Health Research and Educational Trust*, 41, 643-662.
- Van de Ven, A.H., Delbecq, A.L., Koenig, R. (1976). Determinants of coordination modes within organizations. *American. Sociology Review*, 41, 322–338.
- Van Fenema, P.C., Pentland, B. & Kumar K. (2004) Paradigm Shifts in coordination theory. Document consulté le 17 juillet 2013 de <http://scholar.google.ch/citations?user=0juHc7MAAAAJ&hl=fr&oi=sra>.
- Varela, F.J. (1989). *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*. Paris : Seuil.
- Veyrunes, Ph., (2004). *Les configurations d'activité : un niveau de description de l'activité de l'enseignant et des élèves. Étude située en mathématiques et en français à l'école primaire*. Thèse de doctorat, Université Montpellier III.
-