



HAL
open science

**Analyse de l'activité et développement de
l'auto-efficacité. Contribution à une théorie agentique de
la formation des compétences critiques des cadres et
dirigeants de la santé publique**

Marc Nagels

► **To cite this version:**

Marc Nagels. Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité. Contribution à une théorie agentique de la formation des compétences critiques des cadres et dirigeants de la santé publique. Education. Université de Nanterre - Paris X, 2008. Français. NNT: . tel-00285214

HAL Id: tel-00285214

<https://theses.hal.science/tel-00285214>

Submitted on 4 Jun 2008

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

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

Université de Paris X – Nanterre

École doctorale « **Connaissance, culture, modélisation** »

Centre de recherche Éducation et Formation (EA 1589)

Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité

*Contribution à une théorie agentique de la
formation des compétences critiques des
cadres et dirigeants de la santé publique*

Marc NAGELS

Sous la direction de M. Philippe CARRÉ

Thèse pour l'obtention du doctorat de sciences de l'éducation

Membres du jury :

M. le professeur Philippe CARRÉ, Université de Paris X – Nanterre

M. le professeur Didier JOURDAN, IUFM d'Auvergne

M. le professeur Thierry MEYER, Université de Paris X – Nanterre

M. le professeur émérite Pierre PASTRÉ, Conservatoire national des Arts et Métiers

M. le professeur Jean-Damien RICARD, Université de Paris VII – Paris Diderot

Juin 2008

Remerciements

Sans cette rencontre décisive avec Philippe Carré en 2003, il est probable que l'idée même de la thèse ne m'aurait pas effleuré. J'étais venu avec de nombreuses questions sur l'autoformation et aussi, malencontreusement, quelques certitudes. En tant qu'ingénieur de formation, je venais chercher des réponses et quelques perspectives d'action à court terme. Je suis reparti avec un projet d'autoformation, mon autoformation, mais encore assez peu conscient des réaménagements à venir. L'enthousiasme suffit à tout, n'est ce pas ? Ni ce jour là ni aucun autre jour, je n'ai reçu une quelconque vérité assénée. Pas de message impératif mais une parole indirecte, minimale, une parole d'accompagnement et d'encouragement. Une parole qui laisse accéder à la découverte. Soulever un angle du voile et laisser l'autre soulever les trois autres angles. Merci pour cette belle leçon de psychopédagogie, pour cette pédagogie de l'indice, qui oriente mais laisse infiniment à chercher.

Merci à Jean-Louis Pourrière qui m'a systématiquement facilité l'accès aux terrains. Les questions et les objections, signe de son intérêt pour la recherche et de son engagement au service du métier des directeurs des soins, m'ont toujours obligé à préciser les attendus. Elles ont été source de nouvelles perspectives. Merci pour l'aide logistique si précieuse, la bienveillance et le soutien sans faille à chaque étape de la recherche.

Merci à Annie Jézegou, ma grande sœur en autoformation.

Merci à tous ceux, ils sont si nombreux, qui pour quelques minutes ou plusieurs années, m'ont apporté aide et controverses, chaleur et résilience. Cette thèse est une œuvre collective par tellement d'égards. J'ai une dette.

Salarié de l'ENSP, aujourd'hui EHESP, cette recherche a bénéficié du soutien matériel de l'École et de la confiance de Christian Chauvigné. Mieux : j'ai largement bénéficié de la stimulation intellectuelle qu'il sait créer.

A côté de l'engagement institutionnel constant de l'ENSP, les collègues de la DEDP ont toujours veillé à mon confort au travail. Merci pour cela et... le reste.

Table des matières

1	LA FORMATION DES COMPÉTENCES CRITIQUES DANS UNE PERSPECTIVE AGENTIQUE	7
1.1	LA PERSPECTIVE AGENTIQUE	8
1.2	NOTRE POSITIONNEMENT D'APPRENTI - CHERCHEUR	11
1.3	NOS CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET LES PHASES DE LA RECHERCHE	15
2	VERS UN MODÈLE DE LA FORMATION DES COMPÉTENCES CRITIQUES	21
2.1	LA COMPÉTENCE, DU COGNITIF AU SOCIAL.....	21
2.2	L'AUTO-EFFICACITÉ AU TRAVAIL	27
2.3	LES COMPÉTENCES CRITIQUES À LA LUMIÈRE DE LA CONCEPTUALISATION DANS L'ACTION	36
2.3.1	L'action, la tâche et l'activité.....	37
2.3.2	Le schème, invariance et adaptation de la conduite	39
2.3.3	L'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle.....	47
2.4	POUR UNE APPROCHE CONVERGENTE DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CRITIQUES	55
2.4.1	Le rôle du but et des sous-buts dans le déclenchement de l'action	55
2.4.2	Le développement des compétences et la régulation cognitive de l'activité	62
2.4.3	Apprendre de soi, des autres, de son activité.....	70
2.4.3.1	L'apprentissage vicariant et le modelage instructif.....	72
2.4.3.2	Apprendre par l'analyse de l'activité	76
2.4.3.3	Rendre formatives les situations de travail.....	82
3	UNE PREMIÈRE APPROCHE DES COMPÉTENCES CRITIQUES ET DE L'AUTO-EFFICACITÉ DE CADRES ET DIRIGEANTS.....	89
3.1	INTRODUCTION AUX COMPÉTENCES CRITIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE	90
3.2	LES MÉDECINS INSPECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE, UN ACCÈS DIFFICILE AU MÉTIER	94

3.2.1	Le métier comme épreuve : un faible niveau d'auto-efficacité au travail.....	98
3.2.2	Des compétences critiques pour planifier et mobiliser	105
3.2.2.1	Compétences techniques versus compétences managériales	105
3.2.2.2	Communiquer sur la scène publique.....	109
3.2.2.3	Décrypter les rapports de pouvoir	110
3.2.2.4	Animer un réseau de partenaires, organiser le travail de groupe,	112
3.2.2.5	Planifier ses activités et s'engager personnellement dans l'activité.....	114
3.3	L'IDENTITÉ DE SOIGNANT DES DIRECTEURS DES SOINS VIENT NOURRIR LEUR MANAGEMENT.....	116
3.3.1	Le positionnement professionnel affirmé des directeurs des soins, un niveau d'auto-efficacité élevé	122
3.3.2	Des compétences critiques pour saisir la singularité de l'environnement et s'y adapter	124
3.3.2.1	Coopérer avec les médecins hospitaliers	125
3.3.2.2	Diagnostiquer le contexte de l'action et réévaluer ses options	130
3.3.2.3	Développer l'analyse réflexive de la conduite de projets chez les cadres paramédicaux	134
3.4	LES MÉDECINS INSPECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE ET LES DIRECTEURS DES SOINS : DES PROFILS D'INSERTION PROFESSIONNELLE OPPOSÉS ET TYPIQUES.....	138
4	LA VARIATION SIGNIFICATIVE DES NIVEAUX D'AUTO-EFFICACITÉ SELON LES FILIÈRES DE FORMATION	144
4.1	LE DISPOSITIF DE MESURE DE L'AUTO-EFFICACITÉ AU TRAVAIL	144
4.1.1	Le caractère spécifique de la mesure de l'auto-efficacité au travail.....	145
4.1.2	Les conditions de la mesure	150
4.2	LA DESCRIPTION DE LA POPULATION ENQUÊTÉE.....	152
4.2.1	Les effectifs enquêtés	153
4.2.2	Les variables sociodémographiques et socioprofessionnelles.....	155
4.2.2.1	La variable « sexe ».....	155
4.2.2.2	La variable « âge »	155
4.2.2.3	La variable « expérience professionnelle »	158
4.2.2.4	La variable « niveau d'étude »	160

4.3	LES RÉSULTATS DE LA MESURE D'AUTO-EFFICACITÉ	162
4.3.1	L'indépendance relative de la variable auto-efficacité et des variables sociodémographiques et socioprofessionnelles.	163
4.3.1.1	L'indépendance de l'âge et de l'auto-efficacité	163
4.3.1.2	L'indépendance de l'auto-efficacité et de la durée d'expérience en santé publique	164
4.3.1.3	La dépendance entre le sexe et l'auto-efficacité	165
4.3.1.4	La dépendance du niveau d'étude à l'entrée et de l'auto-efficacité	166
4.3.1.5	La dépendance entre le niveau perçu de complexité de la fonction et l'auto-efficacité.....	168
4.3.2	Les scores d'auto-efficacité	171
4.3.2.1	Les scores de l'ensemble de l'échantillon.....	172
4.3.2.2	Les scores d'auto-efficacité par promotion et par filière	175
5	LA CONTRIBUTION DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE PRISE DE DÉCISION AU DÉVELOPPEMENT DE L'AUTO-EFFICACITÉ AU TRAVAIL	182
5.1	L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE DÉCISION DES DIRECTEURS DES SOINS	184
5.1.1	Le dispositif d'analyse de l'activité	184
5.1.2	Les autoconfrontations	189
5.1.3	Le <i>debriefing</i> et la reconstruction de l'intrigue	190
5.2	L'ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ CHEZ LES DIRECTEURS DES SOINS	192
5.2.1	La structure conceptuelle de la décision pour les directeurs des soins.....	194
5.2.2	Décider, une tâche discrétionnaire	198
5.2.3	Les jugements pragmatiques des directeurs des soins.....	205
5.3	LA MESURE FINALE DES SCORES D'AUTO-EFFICACITÉ	207
5.3.1	Les scores individuels d'auto-efficacité	207
5.3.2	Les scores moyens des sous-groupes test et contrôle.....	216
5.3.3	La vérification de l'effet de l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité	219
5.3.4	Quel sens les directeurs des soins attribuent-ils à l'évolution de leur score ?	225
5.3.4.1	L'analyse de l'activité favorise le développement de l'auto-efficacité pour des participants du groupe test	227

5.3.4.2	L'influence du dispositif de formation reconnue par des participants de haut niveau d'auto-efficacité du groupe contrôle.....	228
5.3.4.3	Une orientation spontanée favorable à l'analyse de l'activité pour des participants de niveau d'auto-efficacité intermédiaire	229
5.4	UN DISPOSITIF EFFICACE POUR DÉVELOPPER L'AUTO-EFFICACITÉ.....	232
6	CONCLUSION : LE DÉVELOPPEMENT DE L'AGENTIVITÉ PAR LA GENÈSE CONCEPTUELLE	237
	BIBLIOGRAPHIE	249
	TABLES	268
	ANNEXES	272
	ANNEXE I. LE QUESTIONNAIRE DE MESURE D'AUTO-EFFICACITÉ	273
	ANNEXE II. LES FILIÈRES PROFESSIONNELLES FORMÉES À L'ENSP	275
	ANNEXE III. LES DIRECTEURS DES SOINS, DES DIRIGEANTS HOSPITALIERS	284
	ANNEXE IV. LA FONCTION DE DIRECTEURS DES SOINS	289
	ANNEXE V. EXEMPLE D'UN TEXTE PRODUIT POUR UNE ÉLÈVE DIRECTEURS DES SOINS EN VUE DE L'ANALYSE D'UNE DÉCISION.....	296
	ANNEXE VI. EXEMPLE D'UNE RECONSTRUCTION DE L'INTRIGUE	298
	ANNEXE VII. LES JUGEMENTS PRAGMATIQUES DES DIRECTEURS DES SOINS SUR L'ACTIVITÉ DE DÉCISION	300
	ANNEXE VIII. COMPARAISON DES SCORES INDIVIDUELS D'AUTO-EFFICACITÉ AVANT ET APRÈS LA PHASE D'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ	304
	ANNEXE IX. RÉSULTATS DU TEST DE WILCOXON	307
	ANNEXE X. FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉVOLUTION DU SCORE D'AUTO-EFFICACITÉ	314

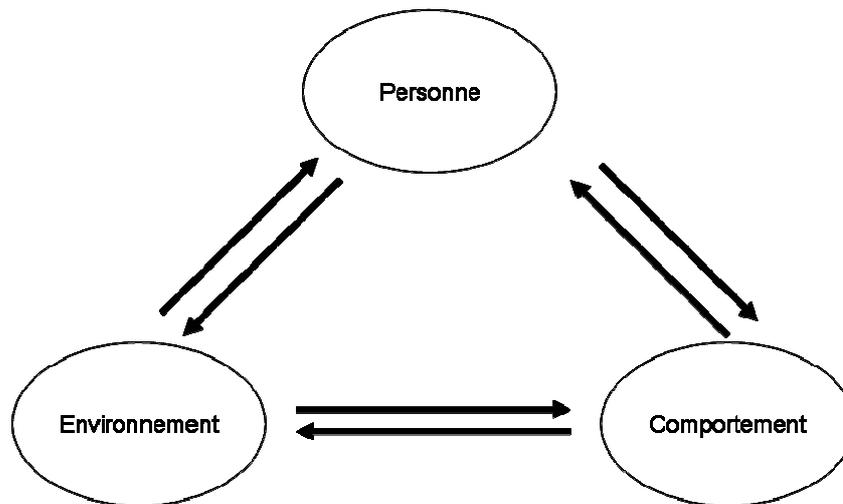
1 La formation des compétences critiques dans une perspective agentique

Pour la plupart des personnes, l'activité professionnelle tient une grande place dans la vie. Réussir professionnellement procure généralement un bien-être personnel quotidien et contribue à entretenir des interactions harmonieuses avec ses proches et ses relations professionnelles ou extraprofessionnelles. Dans cette recherche de réalisation personnelle, l'activité professionnelle est souvent associée à la formation professionnelle parce qu'elle est désignée comme une source de développement personnel. L'éducation ou plutôt « la formation des adultes est apparue, dès les origines, aux points de convergence de questions à la fois humanistes, sociales, et économiques et au cœur de tensions entre adaptation des individus au contexte économique et développement/épanouissement de la personne » (PRESTINI-CHRISTOPHE M., 2005). Aujourd'hui, la place accordée à l'individu est devenue très centrale pour réfléchir les questions de formation et de professionnalisation.

Le sujet social est désormais placé en prise directe avec les choix relatifs à sa formation, il fait ainsi l'objet d'une injonction d'autonomie et de responsabilité dans la prise en charge de la formation. De plus en plus, il doit faire la preuve de sa compétence et de sa capacité à la développer. Précisément, pour nous, ces évolutions du contexte de la formation professionnelle peuvent être considérées sous l'angle du développement de compétences critiques par l'individu. Les compétences dites critiques sont définies comme « les compétences acquises par un individu au cours de son expérience, et qui font de lui quelqu'un d'irremplaçable dans certaines tâches » (VERGNAUD G., 1998a) et il ajoute que « le caractère critique d'une compétence ne se mesure pas seulement au caractère difficilement remplaçable de l'individu qui la possède mais aussi à la difficulté qu'il y a à l'acquérir », ce qui explique que tous les professionnels n'en disposent pas et tout particulièrement les professionnels novices. Les compétences critiques font donc la différence entre les individus et elles représentent un des enjeux de la professionnalisation des individus. En ce sens, et parce que nous nous intéressons à l'ingénierie pédagogique, la formation de ces compétences critiques nous a beaucoup interrogé.

1.1 La perspective agentique

Quand un individu développe des compétences critiques, sa capacité d'agir s'accroît. Renforcer son efficacité est une façon d'être plus présent au monde, d'organiser ses relations à autrui en faisant preuve de pro-activité. Cela suppose de faire des choix autonomes, de traiter de l'information pour agir en connaissance de cause et finalement de construire son « agentivité ». C'est pourquoi notre recherche se veut une contribution à une théorie agentique de la formation des compétences critiques. Nous nous intéressons au rôle des processus autorégulateurs dans le développement de la capacité d'agentivité humaine (BANDURA A., 2003). La capacité d'agentivité humaine représente l'un des fondements de la théorie sociocognitive : un sujet ne se réduit pas à sa possibilité d'adaptation à son environnement physique ou social dans le sens où il produirait des comportements adaptatifs aux stimuli perçus dans son environnement, il n'est pas non plus le jouet de pulsions inconscientes ou d'instincts archaïques qui dicteraient son comportement. Au plan cognitif, à chaque instant, l'individu traite de l'information, sélectionne les stimulations de l'environnement et organise ses conduites. De plus, une liberté de choix se manifeste qui amène à agir, ou ne pas agir, au gré de l'évaluation des variables situationnelles, des capacités estimées à réussir et de la valeur accordée aux performances obtenues. Nous ne sommes donc pas soumis à l'influence mécanique de l'environnement ou de pulsions, nous possédons une capacité à diriger notre vie sans pour autant faire abstraction des influences externes. Le modèle du sujet agentique intègre la faculté de pouvoir systématiquement négocier ses comportements, ses relations affectives et ses actions avec son environnement physique ou social. L'individu est en même temps produit et producteur de son environnement, et en tout cas de ses actions et des changements qu'il suscite. L'engagement dans les actions s'explique par le système de causalité triadique réciproque entre les facteurs personnels internes (cognitifs, émotionnels et biologiques), les facteurs comportementaux et les facteurs environnementaux.



Au cœur de ce système, se trouve l'auto-efficacité. Concept majeur de la théorie sociocognitive (BANDURA A., 2003), l'auto-efficacité est définie comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ». Notre démarche de recherche est partie du postulat selon lequel un niveau élevé d'auto-efficacité est corrélé à l'obtention de performances. Plus l'auto-efficacité au travail et en formation professionnelle est forte et plus le sujet apprenant est en mesure d'acquérir des compétences et notamment des compétences critiques. Pour cette raison, les apprenants tendent à se fixer des objectifs élevés.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les perceptions d'efficacité interviennent de façon puissante dans la régulation et la persistance des apprentissages. En effet, l'auto-efficacité représente un facteur clé de la performance, pour les apprentissages notamment. Ainsi, à un bon niveau d'auto-efficacité répondent des apprentissages plus nombreux et plus profonds.

Cette relation entre l'auto-efficacité et les apprentissages est à considérer avec attention. Par exemple, nous constatons qu'une des filières de formation à l'École

nationale de la santé publique¹ (ENSP), les directeurs des soins, s'orientent spontanément vers le développement de compétences critiques, ce qui va certainement au-delà du programme d'apprentissage proposé. Faut-il s'en étonner pour autant ? Comme d'autres adultes en formation, ils « n'ont pas pour unique objectif la recherche d'aptitudes professionnelles mais la recherche d'une réflexion ainsi que d'une compréhension de leur parcours professionnel » (SIMONIAN S., 2003).

La perspective agentic, le rôle du sujet social dans son action, accorde une grande part aux processus cognitifs, vicariants, autorégulateurs et autoréflexifs dans l'adaptation et le changement humain. Ces mêmes processus sont incontestablement au cœur de la théorie de la conceptualisation dans l'action (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006) qui a donné naissance à la didactique professionnelle, autrement dit, à l'analyse de l'activité pour la formation : « la didactique professionnelle cherche à analyser l'acquisition et la transmission des compétences professionnelles en vue de les améliorer » (PASTRÉ P., 1999a). Ces deux théories parviennent au même point d'aboutissement en proposant des méthodes spécifiques de développement des compétences. Ce constat nous a permis d'envisager de manière très productive la dynamique de développement des compétences, y compris des compétences critiques, de cadres et de dirigeants de la santé publique tels que les directeurs des soins auprès desquels nous avons investigué.

¹ École nationale de santé publique devenue École des hautes études en santé publique (EHESP), au statut de grand établissement, le 1^{er} janvier 2008. Créée en 1945, l'ENSP est une école de formation supérieure professionnelle. École d'application des ministères chargés de la santé et de l'action sociale, elle forme les cadres et dirigeants des services déconcentrés et des établissements publics sanitaires hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. L'ENSP forme quatre corps de médecins de santé publique, des pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que des experts en santé environnement : ingénieurs d'études sanitaires et du génie sanitaire. A l'activité de formation initiale, formations dites « statutaires », s'ajoute un important dispositif de formation continue des personnels des ministères de tutelle. Enfin, l'école développe des coopérations internationales et pilote un master européen en santé publique labellisé « Erasmus mundus » par la Commission européenne.

Nous avons tenté de formuler une articulation - parmi d'autres possibles - entre des faits, des concepts issus de ces théories, articulation reposant sur trois dimensions principales :

- Le niveau d'auto-efficacité est sensible à la quantité et à la nature des expériences réalisées mais aussi au traitement cognitif de ces expériences professionnelles.
- Un professionnel agit et se construit en agissant. Il rassemble son expérience en s'attribuant ses actes et en construisant son auto-efficacité.
- Le développement de compétences procure une plus grande employabilité sur le marché du travail mais nous retiendrons qu'il participe aussi d'une construction de soi et de son rapport au monde.

Nous ne tenterons donc pas une synthèse d'une littérature très fournie sur chacun de ces thèmes pris séparément. Des synthèses, et bien plus, existent déjà sur l'autoformation cognitive ou sur l'apprenance, (CARRÉ P., 2005; CARRÉ P. & MOISAN A. (Dir.), 2002), sur l'analyse de l'activité (CHAMPY-REMOUSSENAUD P., 2005) ou la didactique professionnelle (PASTRÉ P., 2005f; PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Avec notre thèse, nous estimons que de nouvelles voies de recherches peuvent être ouvertes au croisement de deux cadres conceptuels : la théorie sociocognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action. Les paradigmes nous paraissent compatibles (sous réserve de dire comment nous pouvons les articuler) et ils contribuent à éclairer l'un et l'autre le développement cognitif d'adultes en formation professionnelle en situation d'acquérir des compétences.

1.2 Notre positionnement d'apprenti - chercheur

Nous soutenons l'idée que notre recherche se situe effectivement dans la discipline des sciences de l'éducation et sur son terrain de la formation des adultes. Nous n'avons pas hésité à user de son foisonnement conceptuel, voire de sa richesse

paradigmatique. Les sciences de l'éducation paraissent-elles manquer d'unité épistémologique ? Tant il est vrai que les paradigmes empruntés aux sciences humaines semblent s'exclure les uns les autres. Cela dépend du point de vue par lequel ce débat s'engage : la finalité des sciences de l'éducation en tant que discipline dite académique est de certifier et donc de former des chercheurs, mais les sciences de l'éducation comme discipline contribuent tout autant à la professionnalisation des acteurs de la formation. La finalité est alors de

« rendre des services d'utilité sociale, de tenir sa place dans le marché de la formation professionnalisante et donc de former des professionnels [...] C'est ce qui peut faire dire que les sciences de l'éducation sont pragmatiques ; elles sont ancrées dans et finalisées par des pratiques sociales où se lisent des pratiques éducatives » (VIAL M., 2000).

Faisant nôtre ce principe, nous mettons cette diversité au service de notre recherche pour mieux analyser les faits qui se présentent à nous. Nous poursuivons un effort de construction dans le respect des spécificités théoriques des disciplines mais nous tentons d'articuler et de comprendre ce qui ne se donne pas à voir spontanément. La recherche d'une cohérence, essentiellement pragmatique sur ces terrains, nous entraîne également vers « des ancrages disciplinaires et des problèmes d'interdisciplinarité » et nous assumons notre contribution à l'hybridation des réflexions et au décloisonnement des points de vue. Le double ancrage des sciences de l'éducation est aussi le nôtre : il se donne à voir « d'une part dans les disciplines scientifiques qui prennent pour objet l'éducation ; d'autre part, dans les pratiques d'éducation et de formation » (PLAISANCE É. & VERGNAUD G., 2001).

Pour autant, notre positionnement de chercheur, comme il arrive dans les recherches en sciences de l'éducation et de la formation, n'est pas de la plus stricte orthodoxie : d'autres enjeux que l'expérimentation ont été pris en compte. En effet, avec cette recherche sur le développement des compétences critiques, les praticiens de la formation voient s'ouvrir de nouveaux champs d'expérimentation pour renforcer l'efficacité des dispositifs et des *designs* de formation. Il est entendu que ceci est d'abord l'affaire des praticiens eux-mêmes et de leur appétit à se nourrir des recherches qui sont conduites. Mais nous ne nierons pas que l'usage que les praticiens pourraient faire de notre sujet de recherche nous intéresse singulièrement. Notre positionnement de chercheur y est pour quelque chose.

Professionnellement impliqué à l'ENSP / EHESP, en charge du développement de la qualité des formations, nous observons attentivement la formation des directeurs des soins dont il sera beaucoup question plus loin. Sans avoir de responsabilité directe dans l'organisation au quotidien de cette formation, ni dans aucune autre d'ailleurs, il n'empêche que notre proximité aux différents acteurs de la formation est évidente. Notre positionnement de praticien est-il un biais, un de plus, à l'intérieur d'un dispositif expérimental qui n'en manque pas, un biais d'autant plus regrettable qu'il aurait pu être évité ? Les terrains sont nombreux après tout, même si aucun ne présente des caractéristiques similaires : l'ENSP / EHESP a le monopole de la formation statutaire des cadres et des dirigeants de la fonction publique hospitalière. Michel VIAL s'est interrogé sur la « santé comme terrain de recherche en sciences de l'éducation » : le chercheur doit tenir compte de trois données (VIAL M., 2000) :

- « L'institution dans laquelle se place la pratique éducative étudiée ». La transformation de l'ENSP au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) a été prévue par la loi de santé publique de 2004². L'École des hautes études en santé publique est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel constitué sous la forme d'un grand établissement au sens de l'article L. 717-1 du code de l'éducation³. L'EHESP devra acquérir les standards en matière de fonctionnement des grands établissements. Mener des recherches en santé publique⁴ nécessitera un

² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'article 86 crée l'École des hautes études en santé publique, établissement public de l'État à caractère scientifique, culturel et professionnel, placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales, de l'éducation et de la recherche. L'une de ses missions est de contribuer aux activités de recherche en santé publique.

³ Décret n°2006-1546 du 7 décembre 2006, relatif à l'École des hautes études en santé publique.

⁴ Jean SÉNÉCAL, le premier directeur de l'ENSP en 1961 proposait de définir ainsi la santé publique : « La santé publique (science de la santé) vise à prévenir les maladies, soigner les malades, rééduquer les infirmes, limiter les handicaps ainsi qu'à promouvoir la santé par des mesures sanitaires et sociales, publiques ou privée, collectives ou individuelles. Ces mesures doivent être intégrées dans le plan de développement général du pays, s'appliquer à la totalité de la population et impliquer une participation active à cette population » (SÉNÉCAL J., 1987).

renforcement des capacités humaines, matérielles et financières, au premier rang desquelles, l'augmentation du nombre de personnels ayant soutenu une thèse ou une habilitation à diriger des recherches. Or la recherche en santé publique⁵ peut aussi se concevoir à l'aide de la discipline des sciences de l'éducation. Ainsi, une recherche permettant de mieux connaître les dynamiques de formation de ses élèves, même conduite par un personnel de l'école, reçoit le soutien de l'école.

- « La politique de formation que les acteurs sociaux déploient dans cette institution : le projet de former affiché et/ou endossé par les acteurs ». L'ENSP / EHESP s'oriente, année après année, vers la formation des compétences. Le rapport collectif au savoir qui s'élabore dans l'institution a pour conséquence de considérer les connaissances comme des ressources pour la compétence. Des prescriptions sont édictées par la direction de l'école : chaque filière de formation doit disposer d'un référentiel de compétences et il est acquis que l'analyse de l'activité est un préalable à la construction de ces référentiels. Nous y voyons une politique accueillante et favorisante pour une recherche sur l'auto-efficacité et l'analyse de l'activité.
- « La provocation ou l'impulsion des réactions de celui qui apprend, qu'on éduque, qu'on forme, qu'on encadre ». Nous serons le plus souvent sur le terrain de la formation des directeurs des soins. Ces individus sont déjà dotés d'une forte expérience professionnelle et ils sont soucieux de leur image, aujourd'hui en formation et demain dans les hôpitaux ou à la tête d'institut de formation paramédicale. Ils sont très attentifs à une recherche sur l'auto-efficacité, thème qui résonne fortement chez ces managers, mais ils sont aussi très vigilants sur les questions éthiques de la recherche : l'anonymat dans la collecte et le traitement des données doit pouvoir être absolument garanti. Il importe d'expliquer sans détours les méthodes employées et de restituer régulièrement les résultats à la totalité des acteurs. Le recrutement des sujets dépend étroitement de la fiabilité de la démarche.

Néanmoins, en dépit de circonstances favorables pour entamer et poursuivre la recherche, il reste délicat, en tant que chercheur et professionnel de la formation,

⁵ Ou sur la santé publique, ou dans la santé publique, selon les choix de chacun...

de rester concentré sur la recherche elle-même. Les nécessités professionnelles s'imposent souvent. Les opportunités professionnelles d'accès au terrain représentent finalement des contraintes pour le chercheur en termes d'implication et de demande de soumission de la recherche aux problèmes du moment.

Le positionnement du chercheur est ainsi fait d'engagement et de mise à distance, sa mission n'est surtout pas de guider les pratiques et d'imposer des changements mais de mettre à disposition des professionnels des façons un peu nouvelles de comprendre les phénomènes observés quotidiennement. Aux professionnels de se saisir ou non des apports de la recherche et d'envisager, pour ce qui les concerne, les impacts sur les pratiques et sur le fonctionnement de l'institution de formation. Cela peut nécessiter quelques études complémentaires, la transposition des résultats de la recherche aux pratiques de formation ne va pas de soi, « c'est là une idée qui demande à coup sûr à être clarifiée et problématisée » (FORQUIN J-C., 2006).

1.3 Nos choix méthodologiques et les phases de la recherche

Notre recherche a connu plusieurs phases. Nous avons cherché à comprendre tout d'abord si la notion de compétence critique possédait une quelconque valeur heuristique au sein de populations de professionnels du travail social ou de la santé publique. Les premiers entretiens biographiques auprès de médecins inspecteurs de santé publique puis de directeurs des soins en formation ont permis d'identifier des compétences critiques par métier et de recueillir les premières données sur le niveau d'auto-efficacité au travail de ces professionnels. Les directeurs des soins semblaient présenter un niveau élevé d'auto-efficacité et s'opposaient ainsi aux médecins inspecteurs de santé publique mais les observations de l'auto-efficacité restaient très partielles.

Nous avons fait pourtant un constat remarquable. Des directeurs des soins rapportaient certaines caractéristiques de leur management des cadres et des cadres supérieurs de santé qui constituent leur équipe de proches collaborateurs : ils valorisaient l'importance de la pensée réflexive pour analyser et traiter les situations

problématiques dans lesquels ils agissaient. Ils considéraient l'usage de la réflexivité comme une source de développement professionnel et personnel. Comment expliquer ces comportements ? Au cœur des compétences critiques et du développement professionnel, le niveau d'auto-efficacité semblait s'articuler à un effort tout particulier de pensée réflexive et d'analyse de son action professionnelle. Dans ce sens, la théorie sociocognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action pouvaient contribuer à expliquer ces comportements.

Sur la base de cette avancée conceptuelle, nous avons formulé une hypothèse sur le rôle que pouvait jouer l'analyse de l'activité et la conceptualisation dans l'action (RABARDEL P. & PASTRÉ P. (Dir.), 2005) pour le développement de l'auto-efficacité au travail. Cette hypothèse, tout à fait nouvelle à notre connaissance, est issue du croisement interdisciplinaire de deux théories qui n'avaient pas fait l'objet d'une confrontation systématique à ce jour. Même si nous considérons que les autoconfrontations, une des formes d'analyse de l'activité (MAYEN P., 2000a), présentent quelques similitudes avec le modelage instructif (BANDURA A., 2003), il n'en demeure pas moins que les deux cadres conceptuels qui fondent le recours à ces méthodes d'apprentissage ne sont certainement pas identiques. C'est d'ailleurs précisément ce constat qui nous autorise à chercher les articulations et les apports réciproques entre ces deux théories. Par exemple, nous avons pu éclairer les « structures de connaissance » et les « opérations transformationnelles et productives » définies par Albert BANDURA grâce au concept de « schème » mais aussi et surtout avec les « modèles cognitif et opératif » proposés par Pierre PASTRÉ.

Albert BANDURA a montré que les autoconfrontations, le modelage instructif, et le perfectionnement guidé des compétences sont une source puissante de développement de l'auto-efficacité au travail, cela laisse à penser que le rôle joué par l'analyse de l'activité sera facile à démontrer, les résultats devant assez vite être conformes aux prédictions de la théorie sociocognitive.

Pour autant, des différences subsistent et il est nécessaire d'établir clairement le pont entre le développement de l'auto-efficacité et la didactique professionnelle. En effet, les questions qui découlent de cette articulation ne sont pas seulement d'ordre théorique. Elles sont aussi tournées vers les pratiques d'ingénierie pédagogique en formation supérieure professionnelle. Lorsqu'il s'agit de développer des compétences professionnelles complexes dans des situations dynamiques telles que peuvent l'être les activités de service, l'analyse de l'activité et le modelage instructif acquièrent une importance toute particulière. Que l'analyse de l'activité

puisse favoriser l'élévation du niveau d'auto-efficacité serait un facteur intéressant dans la perspective du développement cognitif et professionnel des individus.

L'hypothèse centrale de la recherche, formule ainsi que des épisodes d'analyse de l'activité contribuent à élever le niveau d'auto-efficacité. Posons que l'auto-efficacité se présente comme un processus d'orientation de l'action. L'apprenant choisit préférentiellement, selon la perception de ses compétences, une action plutôt qu'une autre. Dans le cas de managers de la santé publique, c'est plutôt l'auto-efficacité relative aux opérations de résolution de problèmes que l'application des procédures qui nous intéresse. Dans ce cadre, les séquences ayant pour but d'analyser l'action passée, peuvent être considérées comme autant de situations d'observation du travail de conceptualisation dans l'action menées par les apprenants. A leur issue, les managers seraient à même de poser de meilleurs diagnostics et de mobiliser des règles d'action plus pertinentes pour une compétence donnée, une compétence ne s'appliquant que « pour une classe de tâches » bien définie (LEPLAT J., 2001) tout comme la mesure de l'auto-efficacité (BANDURA A., 2003; ZIMMERMAN B., 2002). Il est donc utile d'explorer comment l'analyse de l'activité par l'apprenant renforce son auto-efficacité au travail. Le développement cognitif et pragmatique se poursuivant, l'analyse de l'activité participe finalement de la construction de l'auto-efficacité. Le cycle vertueux se prolonge encore : une auto-efficacité de meilleur niveau prédit l'acquisition de compétences supplémentaires et la maîtrise d'un répertoire étendu de classes de situations variées.

Notre dispositif empirique devait donc répondre à deux questions. Les cadres et dirigeants de la fonction publique hospitalière et d'État en formation à l'École nationale de la santé publique (ENSP) présentent-ils des niveaux d'auto-efficacité statistiquement différents par métiers ? Pouvons-nous améliorer ces niveaux en agissant qualitativement sur les processus de conceptualisation dans l'action ?

Nous avons donc testé le niveau d'auto-efficacité de 697 élèves de l'ENSP et constitué de ce fait un ensemble de données nouvelles dans le champ de la santé publique et des sciences de l'éducation.

Une analyse quantitative a été introduite : tout d'abord il est possible de mesurer le niveau d'auto-efficacité sur une population d'élèves en formation à l'ENSP puis sur une sous-population donnée, les directeurs des soins avec lesquels nous avons conduit les opérations d'analyse de l'activité. Nous avons ainsi constaté qu'il existe des

niveaux d'auto-efficacité dont les différences sont statistiquement significatives selon les promotions et les filières.

Nous avons ensuite introduit une séquence d'analyse de l'activité de décision auprès d'un groupe test issu de la promotion 2007 des directeurs des soins en formation à l'ENSP. L'activité choisie était une décision de management. Elle suppose la mise en œuvre d'une compétence critique. Nous avons constaté que le niveau d'auto-efficacité augmentait significativement pour certains individus.

Le dispositif d'analyse de l'activité tel que nous l'avons mis en œuvre ne connaît qu'une reproductibilité partielle. Aucun dispositif de ce type ne peut être reproduit à l'identique. L'activité déployée par le chercheur, notamment lors des temps de *debriefing*, introduit inévitablement des biais. Nous en analyserons quelques uns.

En fonction des caractéristiques relevées ici, notre plan de recherche n'est pas un plan purement expérimental. Nous avons bien une variable dépendante, l'auto-efficacité au travail, mesurée à plusieurs reprises : lors de la phase exploratoire auprès des premières promotions de directeurs des soins qui ont été testées. La mesure a été généralisée par la suite auprès des élèves en formation à l'ENSP. Ces tests ont permis de mieux connaître le niveau d'auto-efficacité des élèves de l'École. Au-delà de ce constat, il s'agissait de comprendre comment l'auto-efficacité au travail pouvait être encore renforcée et sur quels facteurs agir. Le dispositif empirique a alors été mis en place avec une variable indépendante : l'analyse de l'activité avec ses effets attendus de conceptualisation dans l'action. En revanche, la définition du système de variables ne s'est pas accompagnée d'une répartition aléatoire des participants. La promotion des directeurs des soins qui a été retenue ne représente qu'une fraction des élèves en formation à l'École. Il est bien entendu impossible d'affirmer que cette promotion présente toutes les caractéristiques de la représentativité de la totalité des élèves. De plus, pour des raisons de temps disponible pour les investigations sur le terrain, le dispositif empirique d'analyse de l'activité ne pouvait pas concerner les soixante-dix élèves directeurs des soins.

Nous n'affirmerons donc pas avec certitude que la cause de l'augmentation du score d'auto-efficacité est l'analyse de l'activité et la conceptualisation dans l'action, nous n'avons pas mis en place un plan de recherche expérimental qui pouvait répondre à l'ensemble des critères nécessaires (ALAIN M., PELLETIER L. & BOIVIN M., 2000). Notamment, la recherche n'a pas été randomisée.

A l'avenir, il reste envisageable que cette recherche soit reprise sur une base strictement expérimentale, même si s'assurer le concours d'élèves dispersés dans plusieurs promotions et appartenant à plusieurs métiers différents représente un obstacle de taille : les rythmes de formation, les temps de présence à l'École, les progressions pédagogiques différenciées dans chaque filière, rendent la tâche difficile. Le choix d'une activité significative, présentant le même enjeu pour chaque filière, est une autre difficulté à résoudre.

En fait, notre plan de recherche, quasi expérimental, est un plan pré-test - post-test avec groupe contrôle non équivalent (BOIVIN M., ALAIN M. & PELLETIER L., 2000). Il consiste en deux groupes distincts : un groupe test de dix-huit personnes qui a suivi une phase d'analyse de l'activité, et un groupe contrôle de 48 personnes, tous les deux issus de la promotion des directeurs des soins. Le niveau d'auto-efficacité de ces deux groupes a été mesuré aux mêmes moments, avant et après l'analyse de l'activité. La constitution des groupes n'a pas été aléatoire, elle résulte d'une répartition en fonction des scores d'auto-efficacité regroupés en classes. Les deux groupes ne sont donc pas équivalents mais les sous-groupes de test sont fortement homogènes vis-à-vis de la variable dépendante. Nous nous situons ainsi dans une recherche plutôt corrélationnelle entre l'analyse de l'activité et l'auto-efficacité au travail pour conclure sur le fait que ces deux variables ont quelque chose en commun. Le souci de mesurer l'auto-efficacité immédiatement à la fin de la phase d'analyse de l'activité, phase assez courte par ailleurs, représente pourtant une circonstance favorable pour produire des inférences causales mais nous n'irons pas au-delà.

Synthèse intermédiaire 1

Cette recherche explore le pouvoir personnel d'agir des apprenants en situation de socialisation professionnelle et de formation de compétences critiques, dans le cadre d'une formation supérieure professionnelle.

Elle se veut une contribution à l'avancée des connaissances à la croisée de deux champs, la théorie sociocognitive, d'une part, et le développement du sujet tant par l'activité que par l'apprentissage, d'autre part. Nous sommes certain de participer à un vaste mouvement d'ensemble en produisant cette recherche dont l'un des centres d'intérêt est l'activité, notion aujourd'hui en passe de devenir un « objet intégrateur pour les sciences sociales » (BARBIER J-M. & DURAND M., 2003). L'activité et son analyse affectent considérablement les travaux sur la formation des adultes et la définition des enjeux sociaux relatifs à la professionnalisation (CHAMPY-REMOUSSENARD P., 2005).

2 Vers un modèle de la formation des compétences critiques

Le chapitre introductif précédent a donné à voir l'ensemble des présupposés, le phasage de la recherche et a indiqué les principaux ancrages. L'objectif de ce deuxième chapitre est d'exposer le cadrage théorique général de la recherche. Il se structure autour des concepts de compétence, d'auto-efficacité et d'activité.

Notre point de vue est que la théorie sociale cognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action peuvent être rapprochées : elles sont compatibles sur ces objets. Notre intention est de formuler un modèle du développement des compétences critiques qui repose sur trois dimensions : l'explicitation des modes de déclenchement de l'action, la compréhension de la régulation interne de l'activité et la définition de processus d'apprentissage adéquats, c'est-à-dire de processus qui visent à constituer les ressources mobilisées par les compétences et les compétences critiques.

L'objet des prochaines pages sera de traiter ces questionnements, de mettre en relation les apports en provenance de théories distinctes et finalement de montrer les compatibilités paradigmatiques existantes.

2.1 La compétence, du cognitif au social

La compétence est au cœur de multiples approches théoriques. Ses définitions sont nombreuses et nous en retiendrons essentiellement quatre issues des champs allant de la sociologie à la psychologie cognitive. Nous affirmons simplement qu'en dépit de changements d'échelles d'analyse qui font apparaître des dimensions nouvelles

(DESJEUX D., 2002; DESJEUX D., 2004), il est possible de rassembler les dimensions invariantes de la compétence.

La compétence est définie souvent comme une qualité attachée à l'individu qui agit efficacement, c'est-à-dire lorsqu'il obtient les performances attendues : « Des opérateurs capables de bonnes ou très bonnes performances sont considérés comme très compétents » (RABARDEL P. & SIX B., 1995). Néanmoins, l'efficacité immédiate de la performance ne suffit pas pour considérer que la compétence soit acquise par l'individu, le hasard peut aussi expliquer une performance à un moment donné ou dans des circonstances particulières. Il existe donc un décalage inévitable entre performance et compétence (JONNAERT P., 2006), voire, la compétence peut s'opposer à la performance : « la performance observée serait un indicateur plus ou moins fiable de la compétence [...]. Dans ce contexte, la compétence est une promesse de performance de tel niveau moyen » (PERRENOUD P., 1995).

Nous ne confondons pas plus les notions de performance et de résultat. En effet, « Définie conventionnellement, une *performance* est une réalisation : un *résultat* est ce qui en est issu. Autrement dit, un résultat est la conséquence d'une performance et non la performance elle-même » (BANDURA A., 2003). Une performance doit toujours être accompagnée de ses « marqueurs spécifiques », par exemple un saut de 1,80 m. Le résultat n'est pas le marqueur spécifique mais bien la conséquence de la performance. Pour une même performance établie sur la base du même marqueur spécifique, le résultat peut être positif ou négatif. Sauter 1,80 m, dans le contexte d'une compétition, est un résultat positif à condition qu'il vous classe parmi les meilleurs...

La performance devient compétence (c'est-à-dire que l'individu fait l'objet d'un jugement social, d'une inférence de compétence à partir de l'observation d'une performance) lorsqu'elle respecte ces conditions d'efficacité, de reproductibilité et de régularité. La performance doit ainsi être reproductible et elle doit se manifester de façon régulière.

Une première approche de la compétence qui a beaucoup inspiré l'ingénierie pédagogique est celle qui consiste à définir la compétence d'après les effets produits (BELLIER S., 1999; MANDON N., 1990; MINVIELLE Y., 1998; NILLÈS J-J, 2005; TANGUY L., 1996). La compétence est alors un ensemble complexe de dispositions, de connaissances, de motivations, d'habiletés et de comportements, chacun de ces éléments interagissant avec les autres. Cette représentation de la compétence rend légitime le développement instrumental d'une ingénierie de la compétence et du

renforcement professionnel (GOMEZ F., 2004) qui mettrait en valeur l'aspect dynamique, et non déterministe, de la compétence. La compétence devient alors le produit d'un « processus de relation au réel », processus « itératif et progressif » (BONNET R. & BONNET J., 2005; TARDIF J., 2006).

Une deuxième dimension de la notion de compétence met l'accent sur les déterminants environnementaux de la compétence. Les entreprises doivent s'adapter aux changements et la notion de compétence est ainsi venue percuter la notion de qualification. Les compétences interrogent alors très directement la dynamique des relations sociales dans l'entreprise. Cela se traduit souvent par de l'incertitude et de l'ambiguïté ressenties par les opérateurs (DUBAR C., 1996). Ainsi, la sociologie du travail vise à replacer la compétence dans son contexte d'émergence ; elle s'intéresse aux transformations du travail et à l'élévation des formes d'emploi (PARLIER M., 1998). L'opérateur n'est plus considéré comme un acteur social taylorisé qui répète une tâche à l'infini. Il est appelé à maîtriser des incertitudes dans un contexte de résolution de problèmes (PARLIER M., MINET F. & WITTE de S., 1994; ZARIFIAN P., 1988; ZARIFIAN P., 2001). Ce qui s'explique par l'évolution historique, depuis trente ans, des discours relatifs aux formations d'adultes, lesquels vont dans le sens d'un renforcement de l'individualisme (NIZET J. & BOURGOIS É., 2005).

Troisième dimension, la compétence peut être perçue comme un construit social. La compétence réunit alors valeur individuelle et valeur sociale pour devenir un processus d'attribution, de jugement social appliqué à la performance et au résultat qui en est issu. Elle revêt un aspect « normatif » (MERCHERS J. & PHARO P., 1990). La compétence est toujours mise en œuvre au sein de dispositifs sociaux et elle est considérée comme le « corrélat de l'activité efficace menée avec succès ». En conséquence, le jugement de compétence est emprunt d'un regard normatif, l'attribution de compétences résultant d'une interaction sociale et de la création d'une norme (MERCHERS J., 2000; STROOBANTS M., 1993; TARDIF J., 2006). La compétence devient un construit social au caractère prédictif, intégrant des modalités variables, destiné à augmenter l'efficacité des organisations. Adapter le travail et l'action des opérateurs aux contraintes sociales et aux contextes économiques concurrentiels revient à définir le côté prescriptif de la compétence, ce qui participe de l'émergence de nouvelles normes (BRANGIER E. & TARQUINIO C., 1998). A ce titre, les compétences sont « objet de représentations sociales » (FRANÇOIS P-H. & AÏSSANI Y., 2003) et « n'importe qui, manifestant quelques

dispositions discursives de style managérial, peut s'ériger en évaluateur de compétences » (BAILLÉ J. & RABY F., 2003).

Avec la quatrième dimension de la compétence, l'analyse se centre sur l'approche cognitive. Les compétences se trouvent « à l'interface des situations et des fonctions cognitives les plus complexes de l'opérateur ; elles sont mobilisées par l'individu en fonction des buts assignés par la tâche dans une activité cognitive complexe fondée sur l'identification des éléments pertinents de la situation » (ANTOLIN-GLENN P., 2005).

Dans cette perspective, nous considérerons que décrire la compétence revient à décrire le schème qui lui est associé (VERGNAUD G., 1998a). Le schème est défini comme « une organisation invariante de la conduite pour une classe de situations donnée » (VERGNAUD G., 1985; VERGNAUD G., 1992). Ce point de vue nous renvoie directement aux concepts de tâche, d'action et d'activité. L'expérience et l'activité occupent une place prépondérante. C'est dans l'activité et par la confrontation aux situations professionnelles mais aussi face aux réussites, et dans une moindre mesure face aux échecs, que les professionnels consolident leurs compétences. Patrick MAYEN estime également que la compétence, comme l'expérience, sont des notions qui « se construisent dans et par l'action, l'une comme l'autre dessinent une configuration floue, extensive et aux ingrédients multiples se rapportant aux différentes sphères de la vie, aux différentes dimensions de l'humain, et portant sur la pluralité des composants constitutifs des situations (du milieu) de travail » (MAYEN P. & MAYEUX C., 2003).

Les compétences peuvent être directement évaluées selon trois critères (VERGNAUD G., 2006) : un professionnel sait faire quelque chose qu'un autre ne sait pas faire ; il utilise une méthode meilleure, plus rapide ou plus fiable ; il dispose de méthodes qui permettent de s'adapter à plusieurs cas de figure et à choisir ses modes d'action pour une meilleure efficacité.

Nous comprenons ainsi pourquoi la compétence ne se confond pas avec l'habileté : « une conduite présentant des caractères de rapidité et de stabilité » (LEPLAT J. & PAILHOUS J., 1976). L'habileté est une sorte de routine de fonctionnement, économe au plan cognitif, puisqu'elle « atteint un haut degré d'intériorisation, qui se marque notamment par une exécution rapide, précise et susceptible d'être menée en parallèle avec d'autres activités » (LEPLAT J. &

PAILHOUS J., 1981)⁶. Dans cette perspective cognitive, nous reprendrons finalement une définition des compétences d'un sujet (ou d'un collectif) comme :

« Un ensemble organisé de représentations (conceptuelles, sociales et organisationnelles) et d'organiseurs d'activité (schèmes, procédures, raisonnements, prise de décision, coordination) disponibles en vue de la réalisation d'un but ou de l'exécution d'une tâche. Dans des situations de travail, elles intègrent nécessairement des compétences spécifiques liées à l'utilisation des artefacts et des outils cognitifs opératifs et à la mise en œuvre des activités collectives » (SAMURCAY R. & PASTRE P., 1998).

Il est possible de rassembler les dimensions invariantes sur lesquelles l'ensemble de ces auteurs s'accorde en dépit de leurs échelles d'analyse diverses. La compétence est virtuelle et relève de l'individu et de l'organisation alors que la performance est observable et de l'ordre du social.

⁶ Nous nous risquons à affirmer, souvent contre l'avis d'ingénieurs de formation, qu'il est possible de créer les conditions du développement des compétences par des stratégies pédagogiques adaptées et mises en œuvre lors de formation en centre. Ce sont les habiletés qu'il faut laisser aux terrains et à la formation sur le tas. Leurs caractères d'intériorisation des procédures, de rapidité d'exécution et de stabilité de la réponse nécessitent un entraînement long et régulier.

D'une manière assez générale, la compétence interpelle les ingénieries de formation : les compétences ne faisant pas toujours l'objet d'une exploration préalable à la conception d'un dispositif de formation : « L'ingénierie de formation s'arrêtait toujours à l'orée d'une réelle analyse du travail, alors même qu'on affirmait l'impérieuse nécessité d'en faire une. Qu'on ait affaire à des analyses de besoins ou qu'on se situe dans le cadre de la pédagogie par objectifs, c'était toujours l'analyse du travail qui était sacrifiée » (PASTRÉ P., 2005f). Or, il n'y a évidemment ni rupture ni conflit entre les deux logiques d'analyse de l'activité et d'ingénierie de formation ; l'analyse du travail peut intervenir utilement comme un des moyens pour étudier les compétences et leur développement. L'ingénierie pédagogique a aussi beaucoup à prendre pour organiser des situations de formation relatives aux caractéristiques des situations observables de travail et de leur transformation.

La compétence est :

- Une construction, un processus, qui combine ressources du sujet et ressources de l'environnement mais surtout qui utilise de manière optimale ces ressources pour obtenir une performance. Les compétences « sont construites et non transmissibles; elles sont temporairement viables et non définies une fois pour toutes; elles résultent d'une pratique réflexive et ne sont donc pas admises comme telles sans remise en cause; elles s'articulent à des contextes et des situations éducatives qui doivent être éventuellement liées à des pratiques sociales établies » (JONNAERT P., 2006).
- Contingente, c'est-à-dire toujours liée à une situation dont elle repère les variables situationnelles. Puisque la compétence est liée à l'action, l'activité du sujet doit viser l'adaptation, mais l'action, avec sa part motivationnelle, doit être assumée par l'individu. Être reconnu compétent, être capable de mobiliser ses ressources et obtenir de bons résultats, ne suffisent pas pour agir. Un sujet développe aussi ses propres stratégies qui peuvent le conduire à ne pas agir. En fonction des résultats attendus par l'individu, c'est son niveau d'auto-efficacité qui fera la différence.
- Finalisée, la compétence est mue par ses buts dans le cadre d'une mission définie par l'organisation de travail. Les compétences s'appuient sur des capacités à réaliser des actes professionnels. Elles sont ajustées aux buts poursuivis dans des catégories de situations relevant d'un poste de travail.
- Toujours liée à une reconnaissance sociale. L'attribution de compétences ne veut pas dire que la compétence est effective. Quelqu'un peut se voir attribuer une compétence, cela ne signifie pas que ses performances seront régulières et au niveau attendu. Autrement dit, une compétence est toujours susceptible de se développer et l'évaluation de la compétence est de l'ordre du pronostic, de la prévision. Il est aussi envisageable qu'un jugement de compétence s'exerce en dehors de tout résultat ou, qu'à l'inverse, des résultats positifs ne soient pas reconnus en tant que compétence.

Pour la suite de cette recherche, nous nous centrerons sur les facteurs liés à l'auto-efficacité et à l'analyse de l'activité pour comprendre des faits qui sont habituellement interprétés en première lecture par le concept de compétence.

2.2 L'auto-efficacité au travail

Les quelques pages suivantes ont vocation à situer le concept d'auto-efficacité au sein de la théorie sociocognitive. Nous rappellerons la définition de l'auto-efficacité, ses sources de construction et les effets qui sont associés à un niveau élevé d'auto-efficacité.

Nous évoquerons plus particulièrement l'auto-efficacité rapportée aux situations de travail qui se trouve au cœur de notre recherche, et nous noterons l'influence qu'elle peut exercer sur les choix de carrière et plus généralement sur la socialisation professionnelle. Nous en déduisons qu'un professionnel compétent est un professionnel qui dispose d'un bon niveau d'auto-efficacité et d'aptitudes suffisantes.

Nous avons défini préalablement l'auto-efficacité comme « le jugement personnel de ses possibilités à organiser et à exécuter le déroulement d'une action qui demande un certain niveau de performance » (BANDURA A., 1986). Il faut néanmoins souligner que « l'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes ». L'auto-efficacité devant être entendue comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (BANDURA A., 2003).

Selon les individus, ce système de croyances peut différer selon le « niveau » auquel les individus peuvent régulièrement réussir les activités en dépit des obstacles rencontrés, selon la « force » pour que ces croyances ne soient pas réduites à néant dans le cas d'expériences infirmatives et selon la « généralité », si ces croyances s'appliquent à une large gamme d'actions ou à un champ plus restreint.

Pour autant, Albert BANDURA fait « remarquer que le sentiment d'efficacité n'est qu'une composante, et même une composante étroite, de la théorie sociale cognitive » (BANDURA A., 2004). Nous sommes donc amené à considérer l'auto-efficacité à l'intérieur d'un « ensemble théorique éprouvé : la théorie sociale cognitive qui inspire des recherches et des applications dans des secteurs aussi variés que la psychologie clinique et pathologique, l'éducation, la santé, le travail ou le sport » (FRANÇOIS P-H. & BOTTEMAN A., 2002), laquelle théorie intègre les apports

plus anciens d'Albert BANDURA sur l'apprentissage social (BANDURA A., 1980; BANDURA A., 1986).

L'auto-efficacité est un concept clé de l'agentivité parce qu'elle est l'un des moyens influant sur la motivation et la réalisation de soi. En effet, si les individus ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés.

Nous savons que l'auto-efficacité, lorsque la variable du niveau de compétence est contrôlée, permet de prédire, mieux que d'autres variables, la manifestation des comportements attendus : « Les nouvelles recrues qui arrivent avec un solide sentiment d'efficacité personnelle apprennent plus et réussissent mieux durant la période de formation que leurs homologues ayant une faible efficacité personnelle » (BANDURA A., 2003).

L'auto-efficacité se construit à partir de quatre principales sources d'informations qui permettent chacune de développer un certain niveau d'auto-efficacité en référence à un domaine spécifique (BANDURA A., 1977). Selon les circonstances et le contexte mais aussi l'individu à ce moment là, chacune de ces sources peut avoir une action plus déterminante qu'une autre.

Ces quatre sources sont classées par ordre décroissant d'impact sur l'auto-efficacité (BANDURA A., 2003) : les expériences actives de maîtrise qui servent d'indicateurs de capacité ; les expériences vicariantes qui agissent par la comparaison avec la mise en œuvre des compétences par autrui ; la persuasion verbale source d'information proche de l'influence sociale qui souligne que l'individu aurait déjà développé certaines aptitudes et capacités ; les états physiologiques et émotionnels qui servent d'indicateurs pour l'autoévaluation de ses capacités en situation.

La première source d'information, et la plus contributrice du développement de l'auto-efficacité, est celle qui consiste à vivre des expériences actives de maîtrise. Nous noterons ici que les expériences actives de maîtrise se constituent en intégrant les paramètres de l'environnement et des situations, et pas seulement les facteurs internes à l'individu. Certes, l'auto-efficacité est un facteur interne de l'agentivité mais elle résulte du traitement cognitif des caractéristiques de l'environnement physique et social ainsi que des autres facteurs internes. Par exemple, l'auto-efficacité au travail résulte évidemment de la motivation des individus, de l'analyse de ses comportements mais aussi de l'expérience qu'il peut avoir de sa confrontation aux organisations de travail. C'est à la mesure de ses réussites et de ses échecs que

l'individu évalue ses capacités (SIMON L. & TARDIF N., 2006) : les réussites renforcent l'auto-efficacité alors que les échecs la dégradent. Pour autant, si les personnes obtiennent des réussites aisées, ils peuvent se décourager très vite face aux obstacles ultérieurs. Les efforts doivent être soutenus pour développer une auto-efficacité durable.

La deuxième source de développement de l'auto-efficacité est le modelage social ou l'expérience vicariante. Autrui représente une source d'inspiration, de compétences et de motivation. Les individus se comparent avec autrui et observent les performances des autres. Observer une personne, source d'identification possible et qui montre de la persévérance et de la réussite dans ses activités, augmente nos croyances en notre auto-efficacité. L'inverse est vrai également : l'échec d'autrui peut miner notre auto-efficacité.

Nous noterons que ces sources d'information ne suffisent pas en elles-mêmes à construire l'auto-efficacité, encore faut-il que l'individu traite cognitivement et par la pensée réflexive ces informations (LECOMTE J., 2004a). Ainsi, lorsque les individus ont évalué leurs compétences à obtenir tel ou tel type de performance, leur auto-efficacité modifie en retour leurs comportements.

Ces deux premières sources de l'auto-efficacité nous intéressent particulièrement pour les conséquences que l'on peut en tirer en matière de formation des compétences. En effet, il est possible de proposer des programmes de formation des compétences tels que le modelage instructif et le perfectionnement guidé des compétences (BANDURA A., 2003). Nous y reviendrons en les confrontant aux principes et méthodes de la didactique professionnelle.

Deux autres sources d'auto-efficacité sont connues.

« La persuasion sociale permet elle aussi de renforcer les croyances des personnes qu'elles possèdent les capacités d'obtenir ce qu'elles souhaitent » (BANDURA A., 2003). Les encouragements, à condition qu'ils soient réalistes, prodigués par des personnes de confiance permettent de surmonter les difficultés et de maintenir un bon niveau d'auto-efficacité. Un *feed-back* destiné à soutenir, s'il est émis par une personne reconnue par l'individu peut avoir un effet positif. Pour que l'effet soit majoré, il est préférable d'associer à la persuasion verbale une mise en condition de réussite accompagnée d'un discours visant à promouvoir l'auto-évaluation plutôt que la comparaison avec autrui. Nous noterons à ce sujet que la persuasion sociale peut jouer un rôle inverse en entravant la construction de l'auto-efficacité. Albert

BANDURA rapporte ainsi que parmi des élèves qui ont été formés identiquement aux mêmes compétences cognitives, « ceux qui sont amenés à croire que leurs pairs parviennent à de hauts succès en utilisant ces stratégies manifestent un sentiment plus élevé d'efficacité et dépassent intellectuellement leurs camarades à qui l'on n'a rien dit sur les résultats des pairs » (BANDURA A., 2003).

Par ailleurs, chacun évalue son efficacité en se basant partiellement sur son état physique et émotionnel qui représente la quatrième source de construction de l'auto-efficacité. En évaluant ses capacités, l'individu interprète souvent l'information perçue en provenance du niveau physiologique dans les situations stressantes comme des signes de vulnérabilité ou de dysfonctionnement. Cela peut impacter le niveau d'auto-efficacité. Ces signes augmentent alors le stress qu'ils redoutent. Les troubles de l'humeur, la fatigue et la douleur peuvent être interprétés comme des signes d'une faible auto-efficacité. Il devient donc nécessaire d'éviter les situations de stress dans la perspective d'un renforcement de l'auto-efficacité. Ainsi, les croyances d'efficacité personnelle se développent et se modifient tout au long de la vie par les expériences vécues, l'influence de modèles observés et ce que l'on observe des autres, les appréciations de personnes en qui l'on a confiance ainsi que par les changements d'états physiologiques que chacun expérimente à un moment ou à un autre.

L'auto-efficacité constitue un facteur clé pour le développement des compétences, à chaque compétence est attaché un niveau spécifique d'auto-efficacité. Le caractère spécifique de l'auto-efficacité contribue d'ailleurs à différencier auto-efficacité et confiance en soi. La confiance en soi est multidimensionnelle et surtout elle peut être divisée « en objets plus spécifiques au sein desquels les individus se sentent plus ou moins compétents (ex. : famille, travail, capacités relationnelles, etc.) » (GALAND B., 2005). Chacune de ces divisions s'applique alors à un type particulier d'auto-efficacité. Là où la confiance en soi est globale, l'auto-efficacité est spécifique et rapportée à des compétences bien délimitées. Il est donc tout à fait possible que l'auto-efficacité varie d'un objet à l'autre mais que la confiance en soi reste globalement acquise. Il en sera de même pour l'estime de soi, estime de soi que nous ne confondrons donc pas non plus avec l'auto-efficacité.

C'est parce que l'auto-efficacité est toujours rapportée à un objet ou une compétence précise qu'elle s'avère être un bon prédicteur des comportements. La confiance en soi ou l'estime de soi ne peuvent pas aboutir à cette précision de prédiction à cause de leur niveau trop général d'appréciation. Certes, l'auto-

efficacité et l'estime de soi peuvent se trouver en corrélation si les activités considérées sont valorisées par l'individu. Ce n'est pas toujours le cas. Un individu peut développer une forte auto-efficacité et une faible estime de soi, Jacques LECOMTE cite l'exemple d'un huissier compétent amené à exécuter des actes que sa conscience réproouve. A l'inverse, un individu « peut s'estimer être un très mauvais cuisinier sans que cela n'entame le moins du monde son estime de soi » (LECOMTE J., 2004b). Avoir une bonne estime de soi ne suppose pas de croire que l'on va obtenir de bonnes performances en agissant, en effet, l'estime de soi n'est pas reliée à l'activité mais à l'image que l'on se fait de sa personne.

Un bon niveau d'auto-efficacité va produire trois types d'effets (BANDURA A., 2003). Le premier type d'effet est le choix des conduites à tenir. Un faible niveau d'auto-efficacité peut provoquer un évitement des situations qui révéleraient une incompétence supposée. A l'inverse, une auto-efficacité de bon niveau conduit l'individu à se fixer des buts plus ambitieux et lui permet de s'orienter vers des parcours de formation plus exigeants mais qui paraissent à portée. « Que l'on pense à l'impact de cette donnée en termes non seulement de gestion de son propre itinéraire de formation et de qualification, mais plus largement dans l'ensemble de la conduite de sa carrière... Les personnes [dont l'auto-efficacité professionnelle est élevée] tendront à se fixer des objectifs plus élevés, toutes choses égales par ailleurs » (CARRÉ P., 2003a).

Le deuxième effet porte sur la persistance des comportements. L'auto-efficacité détermine les efforts que les apprenants accompliront et combien de temps ils persisteront devant des obstacles ou des expériences aversives : « Face à des difficultés, les élèves qui n'accèdent pas spontanément à des conceptions de soi de réussite pourront développer de sérieux doutes sur leurs capacités, réduire leurs efforts ou abandonner complètement alors que ceux qui ont un fort sentiment d'efficacité [...] exerceront un effort plus important » (MARTINOT D., 2001).

Le troisième effet porte sur la plus grande résilience des apprenants face aux imprévus et difficultés. Une auto-efficacité élevée conduit non seulement à déterminer des buts élevés mais elle favorise également l'auto-régulation des apprentissages : nous persistons plus et nous sommes plus en capacité de construire des stratégies d'apprentissage performantes en utilisant plus efficacement les compétences et les stratégies cognitives disponibles. L'auto-efficacité est corrélée à l'auto-régulation des apprentissages, notamment en situation d'évaluation et à l'usage de la métacognition (ESCORCIA D., 2007). Les apprenants qui obtiennent les

meilleurs résultats sont ceux qui se fixent plus d'objectifs, ou des objectifs plus ambitieux, utilisent plus de stratégies pour étudier. Ils pilotent attentivement la progression de leurs apprentissages et optimisent leurs efforts en vue d'atteindre les résultats souhaités (ZIMMERMAN B., 2000).

Parmi les multiples secteurs de l'intervention humaine où les variations de comportements peuvent s'expliquer par des niveaux différenciés d'auto-efficacité figurent le travail et le développement des carrières. Il s'agit ici de poser la relation directe existante entre niveau d'auto-efficacité, projet professionnel et développement de compétences.

Albert BANDURA, en introduction d'un chapitre consacré à l'apprentissage et au parcours professionnel, estime que « l'activité professionnelle structure une part essentielle de notre réalité quotidienne et constitue une source importante d'identité et de sentiment de valeur personnelle » (BANDURA A., 2003). Il remarquera par ailleurs que :

« Dans le domaine du travail, face à la rapidité des changements, les compétences technologiques et techniques deviennent vite dépassées. Les individus doivent donc souvent assumer eux-mêmes leur remise à niveau. Une capacité d'adaptation efficace est donc devenue primordiale dans ce domaine du travail. Et l'efficacité organisationnelle est essentielle pour favoriser les innovations face aux nouvelles technologies et à la globalisation des marchés » (BANDURA A., 2004).

Bien entendu, l'auto-efficacité qui concerne les compétences subjectivement perçues par l'individu ne suffit pas à expliquer, à elle seule, la réussite d'une personne.

« Il convient également de prendre en compte ses compétences objectives. Les personnes " entreprenantes " se caractériseraient par le fait que leurs sentiments de compétences seraient un peu (mais pas trop) supérieurs à leurs compétences réelles, ce qui aurait un effet dynamisant en amenant ces personnes à se dépasser et à progresser » (BIGEON C., BLANCHARD S., MARRO C. & VOUILLOT F., 2002).

Il se trouve que bien avant l'entrée dans la vie professionnelle l'auto-efficacité scolaire joue un rôle déterminant dans le choix et l'évolution du projet professionnel.

Plus les individus développent une forte auto-efficacité face aux exigences scolaires « plus l'éventail des professions que les individus envisagent sérieusement de choisir est large et plus l'intérêt qu'ils manifestent à leur égard est grand » (BANDURA A., 2003). C'est pourquoi l'auto-efficacité est l'élément de la théorie sociale cognitive qui a « retenu le plus l'attention dans la littérature carriéologique » (FRANÇOIS P-H. & BOTTEMAN A., 2002).

L'auto-efficacité prédit le choix des études et des carrières. C'est aussi un bon médiateur des intérêts professionnels et des niveaux de performance. Ces caractéristiques de l'auto-efficacité fonctionnent également pour les hommes et les femmes à la différence près des stéréotypes liés au genre : « les intérêts professionnels et les sentiments d'efficacité personnelle des lycéens pour différents types de formations et de professions, sont assez fortement liés au sexe et à la section de terminale fréquentée. On peut penser que les sentiments d'efficacité personnelle des lycéennes sont liés pour une part à l'intériorisation des stéréotypes sociaux liés aux rôles professionnels féminins » (BIGEON C., BLANCHARD S., MARRO C. & VOUILLOT F., 2002)

La théorie sociocognitive indique que les individus forment des « intérêts durables » pour une activité quand ils s'y considèrent eux-mêmes comme compétents et quand ils en attendent des résultats par eux valorisés. Ainsi, plus le niveau de l'auto-efficacité est élevé et plus le choix de carrières est considéré comme ouvert et plus ils s'y préparent (BANDURA A., 2003).

Il est intéressant de remarquer que les manifestations d'intérêt pour une carrière et l'auto-efficacité sont liées mais de manière asymétrique, « c'est-à-dire que [l'auto-efficacité] influence plus les intérêts que l'inverse. Le sentiment de pouvoir réussir dans un domaine stimule l'intérêt pour ce domaine. L'intérêt favorise l'implication dans le domaine ce qui augmente les chances de réussite, [l'auto-efficacité] contribue à la persévérance et aux performances davantage que les intérêts » (FRANÇOIS P-H. & BOTTEMAN A., 2002).

Un autre exemple d'influence de l'auto-efficacité sur la gestion de carrière est celui de la « transition de carrière » (GRÉGOIRE S., BOUFFARD T. & CARDINAL L., 2000), autrement dit des périodes de chômage et de réorientation professionnelle :

« Certains [demandeurs d'emploi inclus dans le dispositif de réorientation professionnelle] sont tout simplement persuadés de ne pas être en mesure de se réorienter vers un nouveau poste alors que d'autres doutent de pouvoir entreprendre les démarches leur permettant de se recycler. De ce fait, ces individus amorcent leur processus de transition à reculons. Ils déploient peu d'efforts, ils se découragent facilement devant les obstacles qu'ils rencontrent et ils évitent de mettre en application les diverses stratégies de recherche d'emploi qui leur sont enseignées ».

Le concept d'auto-efficacité apparaît ainsi pertinent pour éclairer la dynamique des changements professionnels. L'auto-efficacité guide la formation des intérêts vocationnels des individus ainsi que les décisions prises en matière d'évolution de carrière et de persistance dans les stratégies mises en œuvre.

Dans le cas des compétences critiques qui nécessitent un plus long apprentissage et une familiarisation à des contextes d'application variés soutenus par une forte auto-efficacité, une fois que les erreurs les plus grossières sont dépassées, les améliorations sont plus lentes. Si ce fait est interprété par l'individu comme l'atteinte de ses limites, le niveau d'auto-efficacité ne s'élèvera plus et l'investissement cognitif pour développer encore le niveau de compétences baissera. Les expériences les plus récentes sont aussi celles qui sont le plus facilement remémorées alors qu'elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des capacités des individus, l'intégration des compétences nécessite de conserver en mémoire des expériences disséminées dans le temps. Nous pouvons ainsi concevoir que les trajectoires de réalisation professionnelle s'établissent sur la base d'une auto-efficacité élevée en relation avec l'intégration effective des compétences critiques (BANDURA A., 2003).

Par ailleurs, une auto-efficacité élevée contribuerait plus que tout autre facteur à la socialisation professionnelle. Elle conduit les individus à prendre en charge des rôles professionnels performants qui vont au-delà de la simple adaptation aux exigences du poste occupé. La croyance en son efficacité joue un rôle particulièrement important

lorsqu'il s'agit d'adopter une profession et prendre en charge de nouveaux rôles professionnels.

La confrontation de l'individu à une variété de situations influe en retour sur la construction de l'auto-efficacité. Est en cause ici une « structure de généralisation des croyances d'efficacité » au titre d'une relation entre développement des compétences et niveau d'auto-efficacité, ou plus précisément, des effets de la généralisation de l'auto-efficacité à un ensemble d'activités. Albert BANDURA constate que le transfert de compétences « vers d'autres activités ou d'autres contextes » dépend de la généralisation des croyances d'efficacité. Faute d'une telle généralisation, « les individus devraient exprimer de nouveau leurs sentiments d'efficacité à chaque fois qu'une activité présente un élément de dissemblance avec des activités familières. Une spécificité aussi extrême ne serait pas adaptative » (BANDURA A., 2003). Que l'auto-efficacité s'exprime à l'intérieur d'une classe de situations explique en effet que l'individu puisse se lancer des défis, cherche à progresser sur une gamme d'activités proches mais néanmoins différentes et apportant leur lot de surprises. Ce faisant, il met en œuvre des comportements et obtient des performances pour lesquelles il n'a pas initialement les compétences pré-requises. Les individus voient leur auto-efficacité varier selon le degré de généralité, ils peuvent s'estimer efficaces sur une gamme plus ou moins large d'activités, « la généralité peut varier sur diverses dimensions, dont le degré de similitude des activités, le mode (comportemental, cognitif ou émotionnel) d'expression des capacités, les caractéristiques de la situation ainsi que celles de la personne qui est la cible du comportement ».

Le phénomène de généralisation de l'auto-efficacité pose d'ailleurs une question de méthode, celle de la mesure de l'auto-efficacité. L'auto-efficacité est toujours rapportée à un domaine particulier. Mesurer l'auto-efficacité en général (par exemple, l'auto-efficacité sportive) ne renvoie pas de résultats méthodologiquement très fondés, mais il ne s'agit pas pour autant de descendre à un niveau de précision telle, dans une classe de situations trop petite, que l'on ne pourrait plus mesurer l'auto-efficacité et sa généralisation à une classe de situations données : on peut mesurer l'auto-efficacité pour des activités sportives clairement spécifiées, le golf, le rugby par exemple. En fait, la notion de classe de situations peut être aisément rapprochée de la notion d'activités spécifiques dans lesquelles il est possible de mesurer l'auto-efficacité. Ni trop larges, ni trop fines, elles sont définies a posteriori par l'individu.

Albert BANDURA analyse la généralisation sous l'angle de ses principaux processus, ce qui aboutit à définir incidemment les caractéristiques d'une classe de situations à l'intérieur de laquelle l'auto-efficacité peut se généraliser d'une activité à une autre. Nous observons une certaine généralisation lorsque les situations présentent ainsi des « caractéristiques qualitatives » similaires mais aussi lorsque le traitement des situations nécessite des « sous-aptitudes identiques ». Dire que des sous-aptitudes sont identiques suppose que l'individu a classé les situations rencontrées selon leur degré perçu de familiarité. Par ailleurs, que des compétences aient déjà été développées par l'individu dans des situations proches est un autre facteur de généralisation. La classe de situations est ainsi une notion centrale pour penser l'organisation invariante de l'action dans la théorie de la conceptualisation dans l'action et pour envisager la généralisation de l'auto-efficacité pour prédire la performance dans une gamme de comportements du point de vue de la théorie sociocognitive. Les uns et les autres pouvant aisément se retrouver sur l'idée que « l'adaptation requiert donc des conceptions productives qui permettent à l'individu de mettre en jeu des compétences de manière diversifiée plutôt que rigide » (BANDURA A., 2003).

2.3 Les compétences critiques à la lumière de la conceptualisation dans l'action

Nous souhaitons introduire ici les distinctions conceptuelles utiles à notre travail empirique à venir, et, en quelques lignes, poser les bases de la compréhension des compétences critiques du point de vue de la théorie de la conceptualisation dans l'action.

Nous nous appuyons évidemment sur le concept de schème mais nous introduisons aussi l'idée que cet héritage peut (doit ?) être dépassé par un projet de formation des compétences tel que la didactique professionnelle souhaite le conduire. Nous discutons notamment la notion de classe de situations, trop peu développée par la théorie des champs conceptuels, et pourtant notion fondamentale pour penser les

dimensions invariantes et adaptatives de la compétence mais aussi le « transfert des compétences », c'est-à-dire leur extension à d'autres situations que celles qui les ont fait naître.

Par là même nous tentons de donner corps à la notion de compétence critique, simplement ébauchée par Gérard VERGNAUD, en nommant ses principales caractéristiques.

La notion de compétence critique (VERGNAUD G., 1998a) est définie en faisant appel au caractère difficilement remplaçable de l'individu qui la possède. Ce caractère apparaît par exemple lors d'un arrêt maladie ou d'un départ en retraite. Ainsi la compétence critique « fait la différence entre un individu et un autre dans un poste de travail ou une fonction ». Il arrive également que les compétences critiques soient distribuées entre des équipes, voire entre des entreprises qui ont à faire la différence dans des contextes concurrentiels (VERGNAUD G., 1995).

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

Pour éclairer la dynamique de formation des compétences critiques, il est nécessaire de situer rapidement les concepts d'action, de tâche et d'activité pour développer plus longuement par la suite le concept de schème, puisque nous postulons que derrière chaque compétence se trouve un schème explicatif de la performance obtenue.

2.3.1 L'action, la tâche et l'activité

A un premier niveau, l'action est assimilée à une succession de comportements observables alors que l'activité est à comprendre comme un enchaînement de

processus mentaux de l'individu, inobservables et dont il faudrait inférer le sens par l'observation des comportements. Même sur ce niveau simple, voire simpliste, si l'action et l'activité sont dissociées elles doivent être considérées comme des systèmes structurés de connaissances, d'actes et de jugements sur le cours des événements. La totalité de ces éléments est d'ailleurs distribuée dans l'individu et dans son environnement. Il ne saurait être question de concevoir l'action et l'activité comme un ensemble d'éléments distincts et il s'agit de travailler sur les relations que ces éléments entretiennent au sein de leur organisation, ainsi que sur la fonction remplie par cette organisation.

Par exemple, la théorie de l'activité, construite par l'école de psychologie soviétique, ne sépare pas les concepts d'action et d'activité, ce qui suppose « l'étude de l'homme en tant qu'agent actif dans le milieu (naturel et social) » (BARABANTCHIKOV V., 2007). Ils sont liés et forment quasiment une même entité. L'activité, notamment, y est conçue comme un système structuré intégrant des éléments subjectifs tout autant que des éléments permettant l'opérationnalisation des actions.

Au point de départ se trouve toujours l'expression d'un besoin. La fonction du besoin est d'être un motif qui stimule et oriente une activité : « L'activité du sujet répond toujours à un besoin ; elle est dirigée vers un objet susceptible de la satisfaire » (TALYZINA N., 1980). Le motif est d'ailleurs ce qui sert à généralement à distinguer les activités entre elles (SAVOYANT A., 1979) et nous admettons que le but, en tant qu'image du résultat à atteindre, est toujours présent à la conscience.

L'action est systématiquement reliée à l'activité, laquelle possède une « structure intérieure déterminée. Les psychologues soviétiques sont d'accord sur la place de l'action, et surtout sur la nécessité de la conscience d'un but immédiat. L'un des processus qui fait partie de la structure de l'activité est l'action. L'action est un processus orienté vers un but, impulsé non par le but en soi de l'action mais par le motif de l'ensemble de l'activité que cette action réalise » (LEONTIEV A., 1976). Nous devons donc retenir que l'activité se réalise au travers d'actions. « L'activité est impossible sans action » (TALYZINA N., 1980).

La tradition ergonomique francophone privilégie une autre distinction, celle de la tâche et de l'activité. Nous définirons la tâche comme « ce qui doit être fait », elle relève ainsi de la prescription. Le concept de tâche est emprunté à Alexis LEONTIEV : c'est « un but à atteindre dans des conditions déterminées » (LEONTIEV A., 1976). Faire l'analyse du travail suppose d'analyser la tâche et toutes les

conditions techniques, sociales, organisationnelles dans lesquelles elle s'insère (LEPLAT J., 2001) puis d'analyser l'activité et de considérer l'individu qui l'exerce. La tâche est prescrite mais elle est aussitôt redéfinie par l'individu pour devenir une tâche effective, ou, plus exactement, une activité. Le côté créatif du travail a pour conséquence que l'activité dépasse sans cesse la tâche, n'est jamais contenue totalement par la tâche.

La tâche n'est donc pas l'activité, puisque à l'opposé, l'activité est « ce qui se fait » (CLOT Y., 2001). L'« activité réalisée » n'est pas le « réel de l'activité », selon la formule d'Yves CLOT, lequel estime tout aussi utile d'examiner ce qui ne se fait pas, ce qui est à faire, à refaire, ce qu'on aurait voulu faire. L'activité relève alors de la satisfaction des exigences d'une situation conçue comme la confrontation d'un individu et d'un contexte (GOUJU J-L., 2001).

Prenant en compte ces différentes variables, l'individu peut se livrer à une analyse de l'activité, avec, à la clé, une poursuite de son développement professionnel et de son développement personnel. Pour définir l'analyse de l'activité, il faut alors définir l'activité elle-même et postuler que la compréhension de l'activité repose sur une théorie de l'activité.

2.3.2 Le schème, invariance et adaptation de la conduite

Au plan cognitif, la notion d'activité peut être utilement mise en relation avec le concept de « schème » théorisé pour la première fois par Jean PIAGET : « Nous appellerons schème d'action ce qui, dans une action, est aussi transposable, généralisable, ou différentiable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions, ou applications de la même action » (PIAGET J., 1967a). Le schème est une entité abstraite qui organise les actions, c'est donc une forme de connaissance qui assimile les données du réel et qui est susceptible de se modifier par l'accommodation à cette réalité (PIAGET J., 1974; PIAGET J. & INHELDER B., 1966).

A la suite de Jean PIAGET, Gérard VERGNAUD a développé la théorie des champs conceptuels (VERGNAUD G., 1990). Elle modélise l'activité du sujet et ses déterminants cognitifs. A ce titre, elle permet d'analyser précisément les compétences mises en œuvre par le professionnel en situation d'activité : « L'objet de la théorie des champs conceptuels est de fournir un cadre aux recherches sur les activités cognitives complexes ». La théorie des champs conceptuels mobilise très fortement le lien entre le schème et la situation en intégrant les savoirs et tous types de connaissances ainsi que des « représentations langagières et symboliques susceptibles d'être utilisées » (CRAHAY M., 2006). La fonction du schème est d'orienter l'action et de réguler son exécution.

Le schème, d'après Gérard VERGNAUD, comprend des éléments qui interagissent et articulent les fonctions d'invariance à l'intérieur d'une même classe de situations et d'adaptation à chaque situation lors des moments d'activité. L'activité, parce qu'elle est organisée, n'est pas stéréotypée. Elle ne consiste pas à reproduire indéfiniment les mêmes modes opératoires. Au contraire, l'individu, par et dans l'activité, s'adapte à des situations toujours singulières. Ceci dit, à l'intérieur d'une classe de situations donnée, l'invariance se manifeste et fait l'objet d'un repérage par l'individu, ce qui lui permet d'agir aussi avec constance et régularité.

Gérard VERGNAUD a énoncé deux définitions du schème. La première est formulée ainsi : « le schème est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations donnée » (VERGNAUD G., 2006). Trois idées sont contenues par cette définition :

« Le schème s'adresse à une classe de situations. On peut donc en droit lui associer des quantificateurs universels, qui permettent d'en définir la portée et les limites. Le schème est donc un universel, comme le concept. C'est l'organisation qui est invariante, non pas la conduite observable ; les schèmes ne sont pas des stéréotypes. Si certains schèmes engendrent des conduites relativement stéréotypées, ce n'est pas le cas de la plupart des schèmes : ils engendrent des conduites différentes en fonction des variables de situation. Le schème n'organise pas que la conduite observable, mais également l'activité de pensée sous-jacente » (VERGNAUD G., 1998b).

L'action est organisée, le schème rend compte de cette organisation, c'est pourquoi analyser les compétences revient à analyser l'action efficace dont nous pouvons

inférer que son degré d'organisation est plus abouti. Ce qui compte plus encore c'est le lien entre le schème et la situation, Gérard VERGNAUD explique que la conduite est organisée de manière invariante pour une classe de situations donnée : « La plupart des formes d'organisation de l'activité ne sont pas algorithmiques ; pourtant elles sont suffisamment régulières et fiables pour qu'on puisse les décrire. Il n'existe pas en général une seule manière de traiter les problèmes d'une certaine classe de situations, mais plusieurs » (VERGNAUD G., 2001). Ainsi, c'est bien la conduite, et non l'activité, qui est organisée de manière invariante.

Gérard VERGNAUD, en tant que didacticien des mathématiques, a vraisemblablement utilisé le mot « classe » en référence à la théorie des ensembles et des classes d'équivalence : une relation d'équivalence R dans un ensemble E est une relation binaire dans cet ensemble. La relation est réflexive (tout élément de E est associé à lui-même), symétrique (tout élément de E est image de ses images) et transitive (toute image d'une image d'un élément de E est directement image de cet élément). Deux situations d'une même classe possèdent un caractère commun partagé par tous les autres éléments de la classe. La relation d'équivalence détermine la classe ce qui a pour effet d'attribuer également une identité à la classe.

Néanmoins, nous remarquerons que Gérard VERGNAUD n'a pas vraiment explicité totalement l'idée de la classe de situations, idée pourtant essentielle pour poser le couple schème - situation et l'articulation invariance - adaptation au sein d'une classe de situations.

L'accent est mis sur la situation et plus précisément sur la classe de situations. En effet, si la compétence ne s'exerçait que dans une seule situation et non à l'intérieur d'une classe, la compétence n'aurait qu'un caractère factuel, définitivement situé, ce qui enlèverait tout intérêt à la notion de développement de compétence en formation professionnelle. Pourquoi et comment former à des compétences aussi singulières et non reproductibles d'une situation à l'autre ? Une compétence relative à une situation, et non à une classe de situations, n'est plus qu'adaptation et renonce à son caractère d'invariance. C'est pourquoi, au-delà de la théorie des ensembles, il est utile de définir la classe de situations. Nous reprendrons celle qui a été proposée par Marcel CRAHAY lorsqu'il propose d'abandonner la notion de compétence qui fait « figure de caverne d'Ali Baba conceptuelle » pour « ressusciter la notion de champ conceptuel chère à Vergnaud ». Une classe de situations est un « ensemble de tâches ou de problèmes qui partagent en commun le fait d'être résolus par une procédure ou un ensemble spécifié de procédures spécifique(s) et

ceci, quelles que soient les caractéristiques de surface » (CRAHAY M., 2006). Pour faire face à une classe de situations « appelant des décisions et des actions de même type » (PERRENOUD P., 1995), le schème permet à l'activité cognitive de résolution de problèmes de s'ajuster à l'action par un choix adapté de procédures.

Adaptation et ajustement, jusqu'où? « Il y a des moments où l'adaptation à l'intérieur d'un même schème n'est plus suffisante, où il faut en quelque sorte changer de schème pour s'adapter à une activité nouvelle » (PASTRÉ P., 2005c). Arrive alors une phase de développement cognitif qui s'appuie sur le traitement des situations nouvelles et « l'importance de l'analyse réflexive effectuée après coup », le *debriefing*. Le développement cognitif de l'adulte est ainsi lié à l'activité et à la recherche de l'action efficace.

La deuxième définition du schème est plus analytique et nomme les quatre éléments constitutifs du schème :

- Des buts, sous-buts et anticipations du but à atteindre, des effets à attendre et des étapes intermédiaires éventuelles.
- Des invariants opératoires (les concepts-en-acte : les concepts que l'individu tient pour pertinents dans l'action en situation et les théorèmes-en-acte, propositions tenues pour vrai dans l'action en situation) qui pilotent la prise d'informations et la reconnaissance par l'individu de la situation.
- Des inférences en situation, indispensables pour assurer la fonction d'adaptation aux situations rencontrées. Les inférences sont des raisonnements qui permettent de calculer les règles et les anticipations à partir des informations et du système d'invariants opératoires dont dispose l'individu.
- Des règles d'action mais aussi des règles de prise d'information et de contrôle sur son activité. Les règles d'action sont de type « si..., alors... » qui permettent de générer la suite des actions du sujet.

« Les règles constituent la partie générative du schème [...] La conduite n'est pas formée que d'actions, mais aussi des prises d'information nécessaires à la poursuite de l'activité, et des contrôles qui permettent au sujet de s'assurer qu'il a bien fait ce qu'il pensait faire et qu'il est toujours sur la voie choisie. Or ces règles sont totalement conditionnées par la

représentation du but à atteindre et par les conceptualisations qui permettent d'identifier les objets en présence, leurs propriétés et relations, les transformations que la conduite du sujet est censée leur faire subir » (VERGNAUD G., 1998b).

Avec ses différents apports, le schème n'est donc plus l'ensemble indivisible qu'il faut prendre d'un seul tenant pour expliquer l'activité du sujet (PIAGET J., 1974), il est devenu le facteur explicatif de l'articulation entre invariance et adaptation aux situations singulières.

Ce n'est pas la conduite qui est invariante mais bien son organisation. Le schème n'est donc pas un stéréotype et il est décomposable selon « plusieurs niveaux hiérarchisés, du plus superficiel au plus profond, le plus profond étant le niveau des invariants opératoires, concepts-en-acte et théorèmes-en-acte » (PASTRÉ P., 1999b). Le but représente la partie intentionnelle, motivationnelle, de l'activité, le but et les sous-buts déclenchant les anticipations. Les invariants opératoires régulent la prise d'informations pertinentes dans l'environnement, lesquelles constituent le matériel de base pour les inférences.

Gérard VERGNAUD insiste sur les apports de Jean PIAGET « premier inspirateur de cette théorie » duquel il reprend les concepts de schème et d'invariants opératoires notamment. En revanche, Jean PIAGET n'aurait pas intégré la dualité qui lie le schème et la situation (GAUDIN N., 2005), ou « la prise en compte des situations et de leurs caractéristiques » (PASTRÉ P., 2002), ni d'ailleurs « l'organisation de contenus spécifiques de la connaissance en champs conceptuels » (VERGNAUD G., 1981). « Le couple conceptuel « schème/situation » est la clef de voûte de la psychologie cognitive et de la théorie de l'activité : pour cette raison simple que, la connaissance étant adaptation, ce sont les schèmes qui s'adaptent et ils s'adaptent à des situations » (VERGNAUD G., 2002b).

Pour autant, si le schème est une connaissance sur l'action, il ne peut être réduit à un ensemble de connaissances. La connaissance seule est évidemment insuffisante pour s'adapter à la singularité et au renouvellement de chaque situation. La compétence, *id est* le schème qui permet de la spécifier, est « opérationnelle » parce qu'elle mobilise des connaissances pertinentes et efficaces pour l'action et non suffisantes en soi. Un processus guide le choix des connaissances au regard de la finalité : l'action efficace pour « une classe de tâches déterminées ». Ce processus

mobilise par ailleurs des inférences portant sur les variables situationnelles et des règles d'action. Parce que les processus n'émergent pas toujours consciemment, l'individu peut mettre en œuvre une compétence sans pouvoir dire facilement comment il fait. Le décalage parfois important porte sur « la forme opératoire et la forme prédicative de la connaissance » (VERGNAUD G., 2001).

Le schème, structuration cognitive de l'activité du sujet, est donc implicite le plus souvent. En pratique, il sera toujours difficile pour un professionnel d'expliquer les ressorts de son activité et de sa compétence. Être capable d'effectuer une suite d'opérations pertinentes et efficaces ne signifie pas que l'on soit capable de les expliquer aisément et d'analyser la dynamique cognitive de ces opérations. Il y a toujours beaucoup d'implicite, sinon de non-conscient, dans les schèmes. De la même manière, Lev VYGOTSKI relevait que les « concepts quotidiens » étaient les plus difficiles à verbaliser et à transmettre à autrui (VYGOTSKI L., 1997). N'ayant pas d'accès direct au schème, nous pouvons recueillir des éléments observables pour inférer le fonctionnement du schème. Ces observables sont principalement les conduites des sujets et les performances obtenues à l'issue de leur activité, deux éléments sur lesquels les compétences sont établies (POUTÉ M. & COULET J-C., 2006), mais le caractère implicite et peu accessible du schème constitue un obstacle important si le but est de créer les conditions du développement des compétences et de la professionnalisation. Le projet de la didactique professionnelle ne pouvait se satisfaire du seul concept de schème. Le patrimoine du schème et de la théorie des champs conceptuels en constitue le socle mais il pouvait être dépassé par une approche où la compétence devenait explicite et analysable par, et pour, les professionnels. Analyser l'activité du point de vue de la didactique professionnelle consiste alors à rendre compte de la tâche, avec la structure conceptuelle de la situation, et de l'activité, à travers les modèles cognitif et opératif du sujet. Les uns et les autres font clairement l'objet d'une formulation pour analyse et transmission possible entre pairs.

Pour la didactique professionnelle, agir de manière compétente repose sur deux caractéristiques. La première consiste à résoudre des problèmes, à comprendre les tâches et les procédures et agir en intelligence, en situant les modes opératoires à exécuter au sein d'un ensemble plus vaste que la tâche elle-même. Pour cela, des connaissances sur la tâche et ses procédures mais aussi sur son environnement sont indispensables. La deuxième caractéristique est l'adaptation aux situations nouvelles, soit proches de celles déjà rencontrées, soit totalement nouvelles. Ici les

connaissances sur les procédures ne suffisent plus mais il s'agit néanmoins de repérer les caractéristiques de ces situations déjà présentes dans des situations antérieures. Les stratégies de résolution de problèmes nécessitent une analyse plus approfondie de la situation, ce qui peut conduire à élargir le schème sur la base d'inférences supplémentaires et de nouvelles règles d'action, voire à changer de schème pour s'adapter à la situation nouvelle. La compétence, analysable par le schème mis en œuvre, articule ainsi fortement invariance et adaptation.

Le schème, « concept qui permet de rendre compte des principales propriétés des compétences » (PASTRÉ P., 2005c), ne peut pas être envisagé sans prendre en compte son développement à la lumière des situations nouvelles rencontrées. La compétence résulte d'un processus d'apprentissage, fréquent et répété, de conceptualisation dans l'action. L'individu doit acquérir des savoirs, des méthodes et des procédures mais aussi apprendre à repérer la situation dans laquelle il se trouve, apprendre à évaluer l'état de la situation qui se présente et apprendre à contrôler son action. De tels objets d'apprentissage sont traités en didactique professionnelle.

Du point de vue de la tâche, c'est-à-dire d'un point de vue extérieur à l'individu, l'action compétente peut être décrite sous forme d'un savoir et d'une structure conceptuelle de la situation, définie comme « l'ensemble des concepts scientifiques et pragmatiques, indispensables pour organiser l'action » (PASTRÉ P., 1999b), elle est aussi « l'ensemble des invariants organisateurs qu'il faut prendre en compte pour que l'action soit efficace » (PASTRÉ P., à paraître). Les concepts peuvent être d'origine scientifique, acquis en formation, ou pragmatique, résultant de l'expérience professionnelle, « peu importe en un sens » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006), ce qui compte c'est leur capacité à assurer la fonction diagnostic pour une action efficace.

La structure conceptuelle de la situation « relève d'une sémantique de l'action » et comporte trois éléments principaux (PASTRÉ P., 2005d) : des concepts organisateurs qui permettent de fonder le diagnostic de situation, des indicateurs qui sont des observables et qui renseignent sur la valeur à un moment donné des concepts organisateurs, des classes de situations qui permettent d'orienter l'action. Ces classes de situations apparaissent comme le résultat du diagnostic et de la valeur prise par les concepts organisateurs. Les savoirs, comme la structure conceptuelle de la situation, peuvent être extraits d'une analyse de la tâche par un expert autre que l'individu lui-même. L'ensemble but - propriétés essentielles constituant ainsi la structure conceptuelle de la situation.

Du point de vue de l'individu et de la régulation de son activité, la conceptualisation se manifeste à travers les modèles cognitif et opératif que nous allons définir ici. Le tableau suivant montre l'interaction entre ces concepts où chaque double flèche indique un objet d'apprentissage possible.

Tableau 1 Des formes de la connaissance aux modèles du sujet (PASTRÉ P., à paraître)

Formes de la connaissance	Prédicative	Opératoire
Registres de conceptualisation	Épistémique	Pragmatique
Point de vue de la tâche	Savoir	Structure conceptuelle de la situation
Point de vue de l'activité	Modèle cognitif	Modèle opératif

Le modèle cognitif est constitué de l'ensemble des savoirs dont dispose le sujet pour comprendre le fonctionnement d'un objet (PASTRÉ P., 2005e), c'est « la représentation qu'un sujet se fait d'un domaine en termes d'objets, de propriétés et de relations » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Il se caractérise par une pragmatisme des savoirs de référence. Les connaissances acquises lors de la formation subissent, en situation, une transformation à mesure que l'individu identifie au cours de l'action l'ensemble des relations de détermination existantes entre les objets, leurs caractéristiques et leurs propriétés. Une distorsion peut exister entre le modèle cognitif de l'individu et les savoirs de référence.

Le modèle opératif d'un sujet est d'abord défini par un but qui permet de sélectionner des concepts organisateurs servant de fondement à un diagnostic de situation. Ainsi, il « désigne la représentation que se fait un sujet d'une situation dans laquelle il est engagé pour la transformer » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Il peut se constituer en même temps que le modèle cognitif, dans un

processus d'étayage mutuel, par exemple lors de séquences de formation sur le tas. L'apprentissage peut se trouver disjoint dans le cas de formations professionnelles qui séparent les temps en centre de formation et sur le terrain. Proposant le concept de modèle opératif, Pierre PASTRÉ a repris les travaux de Dimitri OCHANINE (OCHANINE D., 1978; OCHANINE D., 2001, 1966) tout en préférant « modèle opératif » à « image opérative » qui, d'après lui, induirait l'idée de « reflet », idée qui ne rendrait pas compte des processus à l'œuvre. Dimitri OCHANINE indique que le modèle opératif de l'individu varie selon son expertise. Par exemple, un médecin novice dessine une thyroïde conforme à sa représentation académique alors qu'un expert dessine une thyroïde déformée, réorganisée en vue du diagnostic et de l'action thérapeutique. En fait, le modèle opératif de l'expert se rapproche plus de la structure conceptuelle de la situation que celui du novice.

2.3.3 L'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle

Ainsi, comme l'activité n'est pas confondue avec la tâche, l'analyse de l'activité ne se résume pas à l'analyse de la tâche. Nous distinguerons donc l'analyse de la tâche : le but et les conditions nécessaires à l'action, de l'analyse de l'activité : la prise en compte des contenus pour réaliser le but.

« L'une n'est pas réductible à l'autre [la tâche et l'activité] et elles ne peuvent se mener indépendamment l'une de l'autre. Cette distinction et le rapport entre ces deux types d'analyse permettent de prendre en compte les contenus qui sont effectivement traités par [l'apprenant] et ceux qui sont supposés être traités par ce dernier ». (AGOSTINELLI S. & AMIGUES R., 2002)

Puisqu'il s'agit essentiellement d'une activité cognitive, la pensée réflexive sur l'action professionnelle laisse peu de traces observables. Il nous faut inférer l'activité réalisée à partir des actions, comportements, traces langagières, qui, elles, sont directement observables.

Analyser l'activité revient à distinguer, pour mieux les articuler, trois niveaux : celui des motifs, celui de l'action orientée vers les buts visés et celui des opérations, elles-mêmes déterminées par les conditions spécifiques dans lesquelles le but doit être atteint. Si le but conscient définit l'action, c'est le motif qui définit l'activité, laquelle se réalise par des actions : « Les actions trouvent leur motif et leur sens dans l'activité dans laquelle elles s'insèrent. Si l'on considère le processus qui intègre les actions composantes, on pourra dire qu'il constitue une action si on le caractérise par son but et une activité si on le caractérise par son motif » (LEPLAT J., 2006).

L'analyse de l'activité repose sur trois principes (SAVOYANT A., 1998) :

- Très simplement et, dans un premier temps, nous considérons que l'activité peut être analysée à travers ce que sait (ou doit savoir) faire l'individu. L'individu fait quelque chose dans le cours d'une action. Cette dimension est celle de la relation entre l'activité et la performance. La performance représente le « témoin principal de la compétence » mais la totalité de l'activité ne se réduit pas à la performance.
- Notamment, la performance ne contient ni le sens de l'activité pour l'individu ni ses motivations. Dire quels sont les objets de l'activité et quelle transformation ils connaissent en cours d'activité ne suffit pas à épuiser tout le contenu de l'activité (LEONTIEV A., 1976).
- La performance ne contient pas non plus le contenu opérationnel de l'activité, « celui des opérations qui réalisent l'action et qui sont déterminées par les conditions spécifiques dans lesquelles le but doit être atteint » (SAVOYANT A., 1979).

La théorie de la conceptualisation dans l'action (PASTRÉ P., 1999b) et l'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle représentent un cadre de référence approprié pour comprendre la formation des compétences, la didactique professionnelle étant la didactique qui se donne pour objet le développement des compétences. Des temps de *debriefing* peuvent être organisés qui vont avoir pour effet de rendre explicites les modèles cognitif et opératif constitués par l'individu (PASTRÉ P., à paraître). Ils pourront ainsi être enrichis, confrontés à d'autres et finalement faire l'objet d'une genèse conceptuelle.

Nous considérons que la formation des compétences critiques résulte d'apprentissages lors de l'activité « productive » du sujet, l'activité productive consistant à agir et, par conséquent, à changer le monde (SAMURÇAY R. & RABARDEL P., 2004). L'apprentissage est aussi une conséquence de l'activité « constructive » : en transformant le monde, l'individu se transforme lui-même. Dans les faits, l'activité productive s'accompagne toujours d'une activité constructive.

Quant à la compétence critique, type particulier de compétence, elle se manifeste dans des contextes plus délicats, plus difficiles, au caractère plus exceptionnel ou rare. Certes, un sujet peut être amené lui-même à exercer fréquemment une compétence critique, mais cette activité est rare par rapport à l'ensemble des situations rencontrées habituellement par le corps professionnel⁷. La compétence critique suppose ainsi de mobiliser des ressources personnelles plus importantes que pour toute autre compétence. Pour agir dans un contexte plus délicat, l'individu a besoin de croire qu'il peut atteindre les objectifs liés à l'action sinon il pourrait développer des comportements d'évitement. Au couplage « schème - situation » répond un autre couplage « schème - auto-efficacité ».

L'individu en développant une compétence critique s'inscrit dans un processus de professionnalisation. Il change de position au sein d'un continuum, celui qui va du novice à l'expert. Nous analysons ce changement de position, de transformation identitaire, comme une suite d'épisodes du développement cognitif du sujet au travail. La genèse conceptuelle donne naissance à des modèles opératifs plus consistants et plus pertinents.

La genèse des schèmes est une des conditions de l'obtention de performances et de l'attribution d'un jugement de compétence. C'est au fond le projet de la didactique professionnelle : s'intéresser au développement du sujet adulte par et dans le travail et analyser le travail pour la formation. La didactique professionnelle s'appuie sur l'analyse cognitive du travail en vue de rendre plus efficace la formation professionnelle (PASTRÉ P., 1997). Il s'agit d'une analyse de l'activité qui peut être

⁷ Nous remarquons que les compétences critiques font rarement l'objet d'un apprentissage explicite dans les centres ou les écoles de formation professionnelle. Les compétences critiques résultent largement d'un processus d'autoformation, autoformation entendue au sens d'autodirection des apprentissages. Il nous faut alors envisager que l'auto-efficacité et la genèse conceptuelle soient à ranger parmi l'ensemble des facteurs du développement cognitif des adultes en situation de travail.

exploitée directement par une ingénierie pédagogique ou pour « repérer les compétences mises en œuvre pour résoudre des situations problèmes dans un champ professionnel donné afin, dans un second temps de construire des formations à partir de ces situations » (COSNEFROY L., 2005). La formation des compétences, y compris des compétences critiques, est finalement un objectif atteignable en formation. Avec les concepts de schème, de structure conceptuelle de la situation, de modèles cognitif et opératif, la compétence n'est pas seulement un jugement visant à attribuer une qualité à un opérateur et le schème n'est plus une totalité globalisante mais une « totalité dynamique fonctionnelle » (VERGNAUD G., 1998a). La compétence critique est ainsi éclairée par les régulations que l'individu va introduire au gré de ses apprentissages, dans et hors les situations de travail, entre les éléments du schème. Ces régulations ont pour effet de rapprocher le modèle opératif du sujet de la structure conceptuelle de la situation dans laquelle il se place.

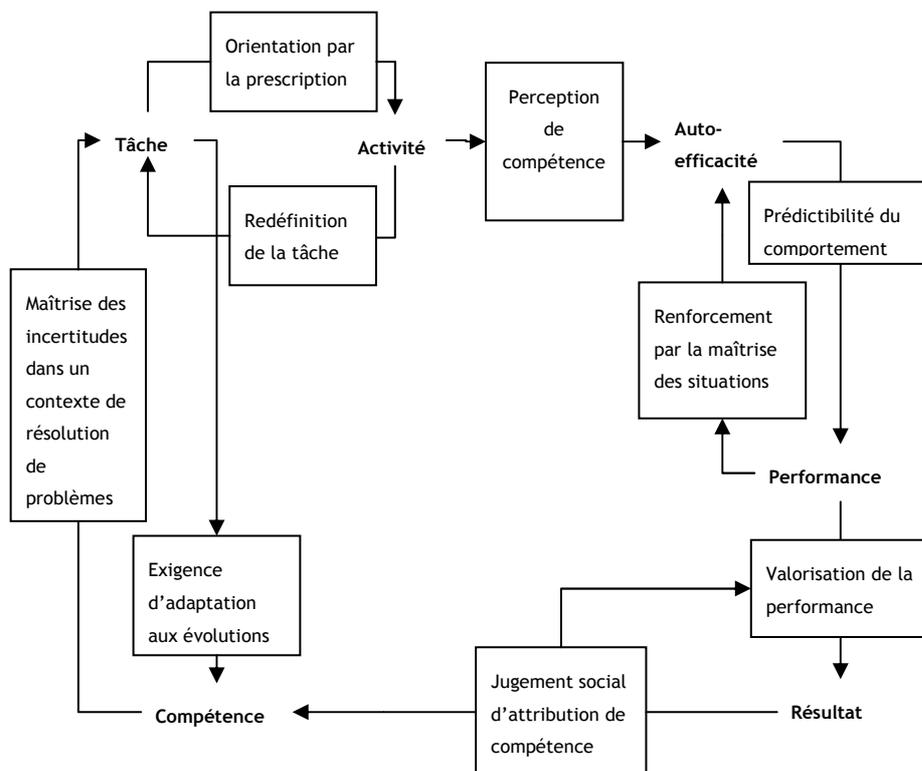
Plus encore que les régulations internes du schème, c'est le couple schème - situation (PASTRÉ P., 2005f) qu'il faut considérer pour la formation des compétences et pour penser l'activité du sujet : « le couple schème - situation est fondateur d'un processus d'apprentissage par adaptation active » (BRUN J. & CONNE F., 1998). Lors du développement des compétences, le schème se transforme alors qu'il est en prise avec la situation. Il s'élargit et cela se manifeste par une mise en œuvre du schème dans des classes de situations plus générales et plus abstraites.

Un troisième élément entre en jeu. La consolidation et l'élargissement du schème influencent l'auto-efficacité dans l'apprentissage. En effet, plus les professionnels deviennent experts et plus ils deviennent « capables d'évaluer plus précisément les demandes et caractéristiques d'une tâche donnée et cela leur permettrait de faire des distinctions plus claires de leurs compétences subjectives. Ils distingueraient aussi plus finement des tâches similaires en apparence, ce qui donnerait lieu à moins de généralisation de leur confiance subjective » (GALAND B. & VANLEDE M., 2004). Autrement dit, un expert dont les schèmes lui permettent de diagnostiquer de manière plus pertinente les caractéristiques de la situation dans laquelle il agit serait en mesure de développer son auto-efficacité dans des domaines spécifiques et non généraux. Or, plus l'auto-efficacité s'applique à des domaines restreints et non généraux, plus la corrélation avec les performances est élevée (BANDURA A., 2003). Dans la continuation de cette approche, l'hypothèse de la recherche porte d'ailleurs sur cette relation entre le développement des schèmes par le moyen de l'analyse réflexive de l'activité et la construction de l'auto-efficacité.

En conclusion de ces premières explorations de la compétence, de l'auto-efficacité au travail et de la conceptualisation dans l'action, nous pouvons formuler une première mise en relation de ces éléments, comme sur le schéma suivant. Nous retiendrons que la compétence articule deux grandes dimensions, l'une sociale et l'autre cognitive ; le schéma suivant synthétise les liens possibles entre ces deux dimensions. La compétence devient ainsi un objet propice à la rencontre de la théorie sociocognitive et de la théorie de la conceptualisation dans l'action, la notion de perception de compétences assurant le passage de l'une à l'autre.

La tâche, prescrite, se distingue de l'activité réelle du sujet mais, néanmoins, elles interagissent fortement. En cours ou à l'issue de phases d'activité, le sujet se représente sa capacité à agir efficacement avec ses effets sur le niveau et la force de son auto-efficacité. Le niveau d'auto-efficacité et la manifestation de comportements efficaces sont pour partie dépendants. L'environnement professionnel infère la compétence des performances produites par l'individu et de l'estimation des résultats, ce qui contribuera à ajuster le niveau de prescription aux caractéristiques des compétences telles qu'elles sont perçues *in fine*.

Schéma 2 La compétence, du cognitif au social



En conclusion, il nous semble que vouloir n'est pas pouvoir. En tout état de cause, nous devons distinguer la capacité et le pouvoir en matière de compétences critiques. Le sujet devient un « sujet capable » (RABARDEL P., 2005), un sujet en plein devenir qui voit s'accroître ses possibilités d'intervention et ses compétences quand son développement cognitif est guidé par les phases d'activité constructive qui renforcent sa capacité à agir. La capacité d'agir étant contextualisée et située, c'est une « capacité à faire quelque chose, à faire advenir quelque chose dans l'espace des situations et des classes de situations correspondant à un ensemble significatif pour le sujet, par exemple un domaine d'activité professionnelle ou de vie quotidienne ». Si l'on admet que la capacité à agir possède un caractère potentiel qui s'actualise dans l'activité, alors la capacité à agir relève d'un système de croyances en « ses possibilités d'organiser et d'exécuter le déroulement d'une action qui demande un certain niveau de performance », ce qui est très exactement la définition de l'auto-efficacité au sein de la théorie sociocognitive (BANDURA A., 2003).

De manière expérimentale ou pédagogique, il est sans doute possible de favoriser l'émergence du sujet capable. Les outils didactiques existent pour renforcer l'auto-efficacité au travail. Il est aussi possible d'agir pédagogiquement sur les motifs qui poussent et les buts qui tirent l'activité du sujet (LOMOV B., 1988). En revanche, sommes-nous capables de maîtriser le pouvoir d'agir ? Il dépend d'abord des conditions externes au sujet. Un sujet capable peut se voir amputer de son pouvoir d'agir dans un environnement peu facilitateur, voire hostile à la prise en compte des compétences pour guider les actions de formation professionnelles. Le sujet doit alors faire preuve de résilience et poursuivre le développement de sa capacité à agir et de son pouvoir d'agir en dépit de ces circonstances défavorables.

Synthèse intermédiaire 2

La compétence recouvre une dynamique complexe de savoirs, de connaissances, de savoir-faire techniques et socio-affectifs. Elle résulte d'apprentissages multiples, formalisés et expérientiels permettant de traiter avec efficacité une catégorie de situations professionnelles. La qualité de la réponse professionnelle est certainement un indicateur de la compétence mais elle ne suffit pas à l'expliquer totalement.

Il convient également de s'intéresser à ce qui fait sens pour l'individu et pas simplement à la performance et aux résultats obtenus. L'individu dispose de stratégies, de raisonnements qui conduisent directement à l'action (ou à l'inaction). Il nous faudra pour cela faire appel à une modélisation théorique cognitive de la compétence et à l'analyse de l'activité comme voie d'accès à la formation des compétences.

L'auto-efficacité se présente comme un système de croyances sur ses propres compétences mais elle permet de prédire mieux que d'autres variables la manifestation de comportements performants.

Les expériences actives de maîtrise et les expériences vicariantes sont les deux sources de l'auto-efficacité les plus importantes, notamment dans le cas de l'auto-efficacité au travail et à la formation. Les effets de l'auto-efficacité dépendent du niveau auquel elle se manifeste. L'auto-efficacité permet de réguler le choix des conduites à tenir, augmente la persistance des comportements et améliore la résilience face aux difficultés.

Bien entendu, l'auto-efficacité n'explique pas à elle seule la performance et la réussite, elle doit s'accompagner d'aptitudes et de compétences effectives. En revanche, l'auto-efficacité au travail éclaire la dynamique de la socialisation professionnelle et les trajectoires de réalisation personnelles à travers les choix de carrière. L'auto-efficacité contribue à expliquer les comportements à un instant T mais aussi dans une dynamique : la généralisation de l'auto-efficacité d'une activité à une autre, d'une classe de situations à une autre, permet d'expliquer ce qui est communément désigné sous le terme de « transfert de compétences ».

Les compétences critiques peuvent être décrites en mettant en lumière les schèmes que les individus mobilisent. Bien entendu, nous pouvons aussi repérer les compétences dans le discours des sujets si nous les interrogeons sur le développement de leur auto-efficacité. Les schèmes des compétences critiques

présentent un haut degré d'organisation des invariants opératoires, organisation hiérarchisée à l'intérieur d'un réseau de concepts-en-acte et de théorèmes-en-acte. Les invariants opératoires, se rapprochent des « concepts organisateurs » de la structure conceptuelle de la situation et peuvent rester largement implicites.

La compétence critique présenterait cette caractéristique de ne pas immerger l'individu trop rapidement dans l'action, de conserver une certaine distance avec la prescription et de lui faire choisir le mode de résolution de problèmes le mieux adapté. L'individu privilégie la prise d'information à caractère diagnostique pour mieux réguler son action en fonction de ses buts et sous-but. L'effet produit consiste en l'adaptation optimum à l'environnement et aux variables situationnelles à prendre compte. L'acquisition de compétences critiques se traduit par des schèmes qui s'appliquent à des classes de situations étendues mais aussi par la mobilisation d'inférences plus nombreuses, de meilleures représentations des buts et des résultats intermédiaires. L'ensemble de ces caractéristiques, dans la mesure où elles sont explicitées, favorise la construction de l'auto-efficacité pour l'apprentissage. L'auto-efficacité au travail s'en trouve confortée et l'individu s'autorise à agir dans des situations jugées plus difficiles. Il pèse les risques et se prononce pour une solution efficace, les circonstances se trouvent réunies pour poursuivre l'acquisition de nouvelles compétences critiques.

2.4 Pour une approche convergente du développement des compétences critiques

Dans ce chapitre, nous avons jusqu'à présent cherché à établir les références théoriques pertinentes au vu de notre objet de recherche. Nous nous sommes situés au sein de la théorie sociocognitive et de la théorie de la conceptualisation dans l'action, mais plutôt de manière juxtaposée. Notre projet est pourtant de montrer en quoi ces apports théoriques peuvent s'articuler et nourrir une perspective commune de développement des compétences critiques.

Il nous semble que de nouveaux questionnements résultent de la confrontation des champs de la compétence, de l'auto-efficacité et de la conceptualisation dans l'action. Ils se structurent autour des concepts d'action, d'activité, d'apprentissage et des pratiques d'analyse de l'activité ou de formation des compétences qui sont associées à ces théories.

Jusqu'où ces théories sont-elles compatibles sur ces objets ? Existe-t-il une articulation possible pour enrichir la réflexion et la compréhension des phénomènes observés ? Décrire l'organisation générale de l'activité suppose ainsi d'articuler les mobiles qui définissent l'activité et les buts qui expliquent l'action avec les conditions d'exécution et de régulation de l'action. A l'intérieur d'un cadre théorique constitué de la théorie sociocognitive et de la théorie de la conceptualisation dans l'action, nous proposons une approche enrichie propice au développement des compétences critiques.

2.4.1 Le rôle du but et des sous-buts dans le déclenchement de l'action

En formation professionnelle ou en situation de travail, l'individu qui se donne pour but d'acquérir des compétences critiques se trouve face à une suite d'actions à entreprendre qui vont mobiliser de nombreuses ressources internes et externes.

Puisque les compétences critiques nécessitent un apprentissage long et difficile, l'individu va devoir s'orienter vers ce but ambitieux, se donner des motifs de l'atteindre et mettre en œuvre des stratégies d'apprentissage autorégulées pour obtenir la performance attendue. Plus les objectifs sont ambitieux, plus la motivation de l'individu doit être forte pour triompher des difficultés.

L'individu peut, bien entendu, connaître des raisons ordinaires d'agir :

- Du point de vue de la compétence, obtenir une performance peut être un but en soi mais le résultat, plutôt que la performance, est ce qui est visé avant tout. La compétence intègre un effet de désirabilité sociale liée aux effets de reconnaissance et de valorisation sociale.
- L'auto-efficacité se présente comme un système d'automotivation, ou, en tout cas, comme une ressource cognitive guidant l'individu soit vers des comportements qui paraissent apporter une réussite (certains représentent des défis pour l'individu), soit vers des stratégies d'évitement de l'échec.
- Les schèmes sont, eux aussi, à compter parmi les ressources cognitives de l'individu pour agir. Les schèmes, mais nous pourrions dire les modèles cognitif et opératif de l'individu, accompagnent l'activité : en amont comme ressources de la performance, en aval parce qu'ils sont susceptibles de se développer pendant et après l'activité productive. En effet, du point de vue du schème, la motivation s'envisage, au premier abord, selon l'hypothèse des adaptations intentionnelles de Jean PIAGET : « l'individu n'agit que s'il éprouve un besoin, c'est-à-dire si l'équilibre est momentanément rompu entre le milieu et l'organisme, et l'action tend à rétablir l'équilibre, c'est-à-dire précisément à réadapter l'organisme » (PIAGET J., 1967b).

Nous noterons tout de même que la motivation est un construit un peu plus complexe que celui des adaptations intentionnelles.

Avant de situer rapidement le concept de motivation, il est intéressant de rappeler que Michel RÉCOPÉ avance une autre hypothèse. Le déclenchement de l'action reposerait sur une autre catégorie de schèmes que ceux théorisés par Gérard VERGNAUD : les « schèmes critiques » (RÉCOPÉ M., 2007), lesquels sont enracinés

biologiquement⁸ et dont les concepts de normativité vitale (CANGUILHEM G., 1966) et de tendance, (BURLLOUD A., 1938) cité par Michel RÉCOPÉ, rendent compte.

En ce qui nous concerne, nous ne confondrons pas le « schème critique (surordonné) », au sens de Michel RÉCOPÉ, avec le schème qui met en œuvre une compétence critique, ce dernier est, pour nous, un schème de diagnostic, d'action, et d'évaluation de la situation et de l'activité au sens de Gérard VERGNAUD. Pour nous, seule la compétence est critique, dans une perspective psychosociale de valorisation d'individus jugés compétents. Les situations peuvent aussi être critiques, du point de vue des missions ou du devenir de l'entreprise.

Michel RÉCOPÉ formule une hypothèse qui s'intéresse à la genèse des conceptualisations et de l'activité. Il existe un schème surordonné qui « organise le plus globalement la conduite du sujet dans chaque domaine d'activité considéré ». Il définit ce schème critique comme une « tendance vers... » qui génère l'action intentionnelle et les effets normés et attendus de l'action. La relation entre schème et schème critique surordonné renvoie à une organisation hiérarchisée des schèmes pour déclencher et réguler l'action, relation qui a été énoncée par G. REVAULT D'ALLONES (RÉCOPÉ M., 1998; VERGNAUD G., 2002a; VERGNAUD G. & RÉCOPÉ M., 2000).

Il nous semble pour autant que le volet conatif, motivationnel, est réduit à une sorte d'impulsion spontanée de l'individu, ce qui ne rend pas compte de la diversité des motivations que peut connaître un individu dans la perspective des activités professionnelles et de la formation des compétences.

Ce cadre de référence théorique éactif propose un découplage des schèmes et de la motivation, du cognitif et du conatif, selon la formule : « Motivation hors situation et mobilisation en situation » (RÉCOPÉ M., RIX G., FACHE H. & LIEVRE P., 2006). Un individu peut être mobilisé mais pas motivé, l'inverse est vrai également (RÉCOPÉ M., 2006).

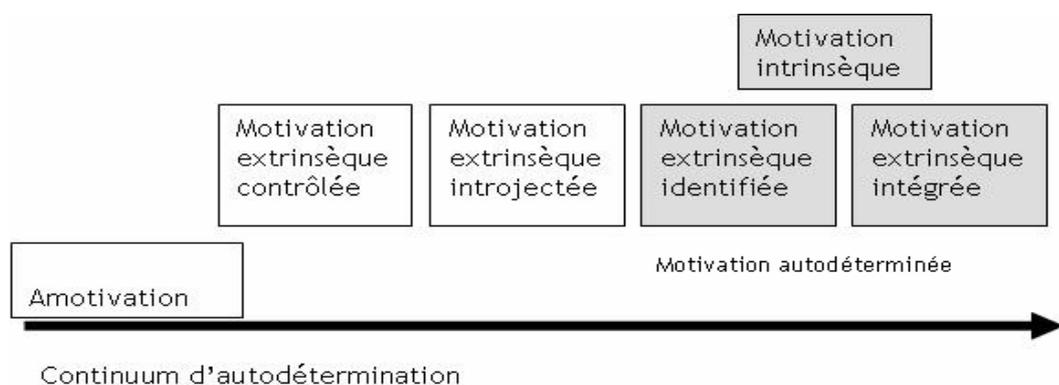
⁸ Cette hypothèse des schèmes critiques surordonnés nous semble très liée à un étayage biologique plutôt piagétien, Michel RÉCOPÉ se prononçant par ailleurs en faveur d'une théorie de l'éaction avec la prise en compte des travaux de Francisco VARELA (VARELA F., 1989; VARELA F., 1999). La balance penche ici du côté biologique pour comprendre l'organisation de l'activité de l'individu.

Les travaux de Robert VALLERAND et d'Edgar THILL sur la motivation apportent des éléments conceptuels plus précis : « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et / ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (VALLERAND R. & THILL E. (Dir.), 1993). En complément et, toujours dans l'optique de comprendre le déclenchement de l'action, nous noterons que le déclenchement fait référence au passage de l'absence d'activité à l'exécution d'une tâche, la direction fait référence à la canalisation de l'énergie vers un but approprié ; l'intensité caractérise la manifestation observable de la motivation sur le comportement, et la persistance est une manifestation de la motivation qui caractérise l'engagement dans l'action (CARRÉ P., MOISAN A. & POISSON D., 1997).

Au sein des approches cognitives de la motivation, le modèle d'Edward DECI et Richard RYAN (DECI E. & RYAN M., 1985) est « construit à partir de deux concepts complémentaires : la perception de compétence d'une part et le sentiment d'autodétermination d'autre part » (CARRÉ P. (Dir.), 2001).

Le modèle de l'autodétermination cherche à expliquer ce que représente en termes motivationnels le sentiment d'être libre d'agir, d'avoir le choix de ses actions, d'être proactif, c'est à dire d'adopter un comportement autodéterminé. Un comportement dit « autodéterminé » est perçu par l'individu comme librement choisi, tandis qu'un comportement dit « contrôlé » est ressenti comme adopté sous l'effet de la coercition, de la contrainte ou de la manipulation. En regard de ce continuum d'autodétermination, les auteurs mettent en évidence l'existence de six types de motivation, comme sur le schéma suivant (CARRÉ P., 2005).

Schéma 3 La motivation et continuum d'autodétermination (d'après DECI et RYAN)



Ce modèle est tout à fait compatible avec le concept d'autodirection des apprentissages (CARRÉ P. & MOISAN A. (Dir.), 2002) ou plus généralement contribue à éclairer « les aspects dynamiques du rapport à la formation » (CARRÉ P., 1998). L'intérêt de ce modèle est aussi de distinguer motivation intrinsèque et motivation extrinsèque (VALLERAND R. & BLANCHARD C., 1998) à l'intérieur d'un continuum, ce qui peut en faire un modèle explicatif des phénomènes d'implication observés chez les cadres (BELLIER S., 1998; BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLIER J., 2003) ; « Le continuum d'autodétermination s'étend des conduites dites « amotivées » jusqu'aux formes les plus puissantes de motivation autodéterminée. Ce qui est en jeu ici est la liberté pour apprendre, la part de soi authentique dans l'engagement en formation » (CARRÉ P., 2007) puisque nous savons qu' « il n'y a pas d'apprentissage sans une mobilisation, une implication, un engagement, plus ou moins importants du sujet » (BOURGEOIS É., 2006).

En fait, la motivation est une composante parfaitement intégrée à la théorie sociocognitive dont l'objet n'est d'ailleurs pas d'étudier ce qui motive l'individu mais comment il transforme sa motivation en comportement performant. En fait, le système de croyances en son efficacité influence l'individu sur de nombreux plans de son existence (BANDURA A., 2003) : comment il pense, comment il se motive et comment il se comporte.

L'auto-efficacité régule le comportement humain à travers quatre processus principaux : cognitif, motivationnel, émotionnel et de sélection. L'auto-efficacité ne consiste pas seulement à savoir ce qu'il convient de faire suite à une évaluation de la situation et de ses capacités propres, il ne suffit d'ailleurs pas non plus d'être motivé pour agir efficacement ; « il s'agit plutôt d'une capacité productrice, au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales [sélection des types d'activités et des environnements dans lesquels nous voulons vivre], émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts » (LECOMTE J., 2004a).

Pour expliquer le déclenchement de l'action du point de vue de la théorie sociocognitive, les buts, distaux ou proximaux, occupent une fonction plus déterminante que la motivation en général. Ils introduisent chacun un mode de régulation spécifique de l'activité (BANDURA A., 2003) ; les « buts distaux supra-ordonnés fournissent un objectif pour un domaine d'activité et assurent une fonction directrice générale mais les sous-buts sont mieux adaptés pour servir de facteurs proximaux du choix spécifique d'activités et la quantité d'effort qui leur est

consacrée ». Albert BANDURA note également que les « systèmes de buts » présentent une « structure hiérarchique » et agissent comme « régulateurs proximaux de la motivation et de l'action » puisque les buts proximaux génèrent de l'autosatisfaction à partir de réalisations personnelles ». En effet, « les défis du sous-but l'emportent souvent sur l'attrait des buts supra-ordonnés ».

Nous sommes ici très précisément sur la même notion que celle développée par Gérard VERGNAUD. Le schème organise la conduite de manière invariante pour une classe de situations donnée, Albert BANDURA dirait « pour un domaine d'activité », le mot « classe » faisant référence au concept de classe en mathématiques. Or la classe de situations est définie par l'individu, *a posteriori*, quand il désigne le but qu'il poursuivait en traitant des situations dans un domaine particulier d'actions.

Par ailleurs, comme nous le savons dans le cadre de la théorie des champs conceptuels et de la didactique professionnelle, la conduite est organisée sur la base de quatre éléments : les invariants opératoires, les règles d'action et les inférences en situation ainsi que les buts qui se déclinent éventuellement en sous-buts (MAYEN P., 2002; PASTRÉ P., 1999b; VERGNAUD G., 1998a). Le choix de tel sous-but plutôt que de tel autre dépend aussi des caractéristiques de l'environnement et des opérations à effectuer en premier, puis en second, etc.

« La partie intentionnelle du schème qu'est le but, est essentielle dans l'organisation de l'activité. Le but se décline en sous-buts, séquentiellement et hiérarchiquement agencés ; lesquels donnent lieu à de nombreuses anticipations. Même lorsque le but n'est que partiellement conscient et que les effets attendus de l'action ne sont pas tous prévisibles par le sujet, ce caractère intentionnel de la conduite et de l'activité ne peut pas être ignoré » (VERGNAUD G., 1998a).

L'activité se traduit par des compromis fréquents entre les différentes actions possibles à un moment donné parce que les buts sont variés et de nature différente voire divergente. Ils peuvent être en conflit les uns avec les autres. S'intéresser à ce qui déclenche l'action, c'est donc aussi analyser les buts et les sous-buts : « les acteurs ont toujours un discours à ce propos et celui-ci peut être relevé doublement : du point de vue de celui qui le tient et de ceux à qui il est destiné ; du point de vue des effets qu'il prétend produire et des résultats auxquels il parvient » (ASTIER P., CONJARD P., DEVIN B. & OLRÉY P., 2006). Comme l'activité présente la

caractéristique d'être « adressée » à un autrui, les buts le sont tout autant. Le déclenchement de l'action possède une composante sociale évidente.

Dans la théorie causale, l'intention se confond avec la régulation même de l'action, ce qui n'est plus tout à fait compatible avec la distinction introduite entre intention et comportement. Nous assistons ici à une tentative de dépassement du paradoxe qui consiste à affirmer, d'une part, que l'intention ne se confond pas avec l'action et, d'autre part, que l'intention est la description par l'individu de son action. La notion d'action intentionnelle est aussi remise en cause par cette version de la théorie causale : les antécédents mentaux, causes de l'action formées d'un complexe de désirs et de croyances, ne peuvent plus expliquer à eux seuls les processus de régulation cognitive de l'action. En revanche, Albert BANDURA, se démarquant de la notion de « simulation cognitive anticipatoire », processus « par lequel les images des soi se traduisent en compétences comportementales », estime que « c'est l'individu, plutôt que les similitudes de structure neurophysiologique qui tisse le lien entre la pensée et l'action ».

Il signifie ici que les individus agissent et guident leurs efforts grâce à un ensemble de mécanismes autorégulateurs régis par de multiples facteurs :

« L'évaluation des capacités personnelles d'atteindre différents objectifs , un objectif à long terme avec des sous-objectifs proches qui conduisent à sa réalisation, des attentes positives ou négatives de résultat pour différentes phases de la vie, la valeur placée sur les résultats espérés, les contraintes environnementales perçues et les possibilités qu'offre la société » (BANDURA A., 2003).

Ainsi pour comprendre les processus déclencheurs des actions, nous noterons la proximité de la théorie des champs conceptuels et de son concept de schème, et de la théorie sociocognitive. Ces deux théories se rapprochent et précisent les « facteurs qui régissent l'acquisition de compétences et l'autorégulation de l'action » (BANDURA A., 2003), ce qui établit une grande différence avec d'autres ensembles conceptuels tels que la théorie causale de l'action (BILODEAU R., 2001; PACHERIE E., 2005), la théorie de l'action raisonnée (AJZEN I. & FISHBEIN M., 1980), la théorie du comportement planifié (AJZEN I., 1985) ou la philosophie de l'action (ANSCOMBE E., 2002; WITTGENSTEIN L., 2004) lorsqu'elles intègrent l'auto-efficacité à leurs corpus.

Avec quasiment les mêmes mots pour la théorie sociocognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action, l'accent est mis sur les buts et les sous-buts, les processus d'anticipation reposant sur les inférences situationnelles, pour analyser comment la pensée se transforme en action.

En conclusion, une étude plus approfondie de la théorie sociocognitive et de la théorie des champs conceptuels ou de la conceptualisation dans l'action permet de dépasser l'idée que l'auto-efficacité et les schèmes ne seraient que des pré-requis, des conditions cognitives préalables de l'activité. Le traitement des buts et des sous-buts explique le déclenchement de l'action, soit parce qu'ils représentent des facteurs proximaux du choix spécifique d'activités, soit parce qu'ils constituent la partie intentionnelle du schème.

2.4.2 Le développement des compétences et la régulation cognitive de l'activité

Pour les théories qui nous intéressent ici, le développement de compétences met en jeu le rapport entre la connaissance et l'action. Pour Albert BANDURA, la compétence est le produit de la transformation de la pensée en action. Il s'agit d'une question complexe qui repose sur le « postulat que la perception, les images et l'action ont des propriétés structurelles parallèles ». Il ne faudrait pas en déduire pour autant que

« La simulation cognitive coordonne les schémas perceptifs et les schémas d'action. Cependant, selon l'approche sociocognitive, c'est l'individu, plutôt que les similitudes de structure neurophysiologique, qui tisse le lien entre la pensée et l'action, souvent grâce à un effort laborieux. Si les similitudes structurelles conduisaient à une traduction automatique des schémas cognitifs et en schémas d'action, il serait facile d'acquérir des compétences. Il suffirait de se représenter une compétence pour qu'elle s'exprime au plan comportemental. Mais en réalité, la compétence est généralement obtenue

au travers d'un processus long et difficile, spécialement lorsque des aptitudes complexes sont en jeu » (BANDURA A., 2003).

Comme Albert BANDURA, Gérard VERGNAUD estime que l'acquisition des compétences est un processus qui s'installe dans la durée et qui suppose un engagement de l'individu (VERGNAUD G., 1998a). La formation des compétences critiques obéit aux mêmes processus de développement qu'une autre compétence, même s'il faut plus de temps et d'efforts pour les acquérir.

La théorie sociocognitive postule l'existence d'une structure causale qui « concerne à la fois le développement des compétences et la régulation de l'action », le problème est posé comme étant celui de « la transformation de la pensée en action [qui] opère par l'intermédiaire d'un processus d'adaptation aux conceptions » (BANDURA A., 2003). Les structures de connaissance donnent lieu à des actions compétentes grâce à des opérations transformationnelles et productives. Elles sont de véritables guides cognitifs et se forment par apprentissage : apprentissage par observation, activités exploratoires, instruction orale ou écrite et synthèse cognitive de connaissances préalables. Les structures de connaissance constituent également des « critères internes » pour évaluer les comportements produits et occasionner les ajustements comportementaux nécessaires. Les compétences ne s'exerçant jamais dans des contextes identiques mais variés, les ajustements se répètent pour améliorer les aspects comportementaux des compétences. L'accent est mis sur la contrôlabilité de ses manières d'exécuter ses conceptions.

Le *feed-back* est le moyen de ces ajustements en fournissant les informations nécessaires pour apprécier et corriger les écarts entre les conceptions guidantes et les caractéristiques de l'activité. C'est par la comparaison que l'individu peut corriger ses comportements et progressivement éliminer les sources d'erreurs. Les évaluations des comportements et les processus de comparaison nécessitent un engagement de la pensée en cours d'action. Peu à peu, à mesure que l'action devient plus efficace, c'est-à-dire que les schèmes se développent, le contrôle cognitif supérieur diminue. Albert BANDURA note « la valeur fonctionnelle de la routinisation [...] lorsque les compétences acquises sont optimales et le demeurent dans de multiples circonstances ». Penser aux détails de l'activité au cours de l'action est un processus cognitif qui est consommateur de ressources attentionnelles et cognitives, en revanche, la routinisation excessive pourrait avoir pour effet de

rigidifier les comportements dans le cas de situations diverses. Gérard VERGNAUD évoque le caractère « le plus souvent implicite du schème », voire « inconscient ». Il semble, en effet, que la routinisation contribue à masquer à la conscience les sous-processus cognitifs qui conduisent, via le schème, à l'action efficace.

Pour Albert BANDURA, les conceptions guidantes, les structures de connaissance, ont pour rôle d'orienter l'action et de déclencher les opérations cognitives dites transformationnelles et productives. Ce point est essentiel s'il s'agit de la formation des compétences critiques. Il ne peut y avoir de compétences critiques sans orientation de l'action vers des buts élevés et difficiles à atteindre et sans un traitement cognitif destiné à réguler ses comportements et acquérir les informations portant sur l'écart entre les conceptions guidantes et les comportements observés. La théorie de la conceptualisation dans l'action précise les caractéristiques des opérations transformationnelles et productives. En cela, elle sera utile à notre réflexion.

La distinction introduite entre les opérations d'orientation et les opérations d'exécution, de contrôle de l'action (SAVOYANT A., 1979) est largement intégrée par la théorie de la conceptualisation dans l'action. Alain SAVOYANT a repris de Pyotr GALPERINE et d'Alexis LEONTIEV le concept de « bases d'orientation » qui concerne le comment de l'activité et non le pourquoi (SAVOYANT A., 2006). Il ne s'agit pas d'expliquer la motivation mais d'analyser l'activité en cours de réalisation en relation avec les opérations d'exécution et de contrôle.

La « base d'orientation » guide l'action d'un individu, elle peut être implicite en totalité ou en partie et répond à la définition suivante : « Un système ramifié de représentations de l'action et de son produit, des propriétés du matériel de départ et de ses transformations successives, plus toutes les indications dont se sert pratiquement le sujet pour exécuter l'action » (GALPERINE P., 1980). En fait, une base d'orientation de l'action est indispensable pour que le sujet réponde à la tâche, même dans le cas où la base d'orientation est plus ou moins complète ou plus ou moins généralisable. C'est avec une base d'orientation que l'individu construit le problème à traiter, les opérations d'orientation de l'action ayant pour effet de sélectionner une base d'orientation parmi plusieurs possibles.

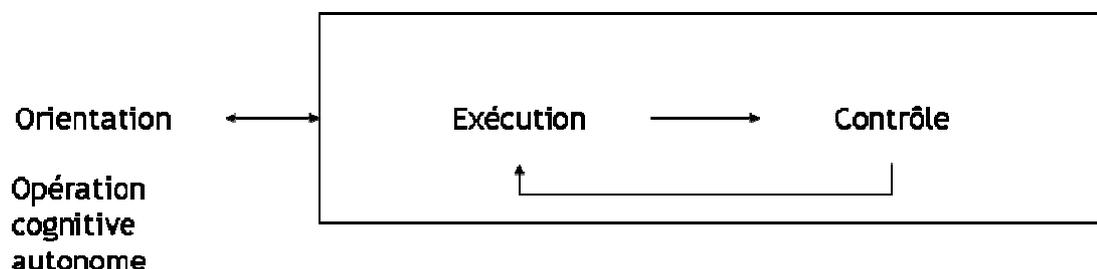
Dans la théorie historico-culturelle de l'activité, l'action est composée de deux parties, une partie d'orientation latente (les « mécanismes psychiques de l'action », c'est-à-dire la base d'orientation) et une partie d'exécution (les « processus de réalisation » de cette action), partie concrète et visible. L'activité n'est pas pour

autant séparée en deux, il s'agit d'une seule et même entité intégrant une partie latente et une partie manifeste.

Patrick MAYEN rapproche d'ailleurs les concepts de structure conceptuelle de la situation (PASTRÉ P., 2005a) et de base d'orientation (GALPERINE P., 1980). La réussite de l'action dépend en effet de la prise en compte des concepts organisateurs intégrés dans la structure conceptuelle de la situation ou d'une base d'orientation qui doit refléter « le système des conditions indispensables à la réussite de l'action et c'est le caractère plus ou moins adéquat de ce reflet, plus ou moins complet, plus ou moins rationnel, plus ou moins généralisé, qui détermine la façon dont est déterminée l'action » (MAYEN P., 2004). Il s'agit en effet de la même idée, la structure conceptuelle de la situation possède une fonction d'orientation de l'activité.

L'orientation de l'activité, à travers la base d'orientation, se présente comme une activité cognitive autonome que l'on peut différencier de la partie effectrice de l'activité. Cette distinction, entre orientation et réalisation de l'activité, peut dès lors être maintenue (voir le schéma suivant) lorsqu'il s'agit d'analyser l'activité : orientation (définition du but à atteindre, identification de la situation dans laquelle on se trouve et détermination des opérations d'exécution), d'une part, et résolution de problème d'autre part, ou pour employer le vocabulaire d'Albert BANDURA : les conceptions guidantes d'un côté et les opérations transformationnelles et productives de l'autre.

Schéma 4 Trois opérations : orientation, exécution, contrôle (GALPERINE P., 1980)



Poursuivons le détail de ces trois opérations qui, comme l'affirme Alexis LEONTIEV, sont « les procédés d'exécution de l'action. Les opérations ne répondent pas aux motifs ou aux buts de l'action mais aux conditions dans lesquelles ce but est donné »

(LEONTIEV A., 1976). Les opérations se présentent comme des outils au service de l'action, elles sont donc apprises et résultent des interactions entre l'individu et son environnement. Il est bien entendu possible d'apprendre ces opérations en formation sur le tas, seul, par apprentissage vicariant ou sous la tutelle d'un maître d'apprentissage (SAVOYANT A., 1995). Dans une situation plus formelle d'apprentissage, lors de séquences développées en centre de formation par exemple, il est également possible d'entraîner les apprenants à maîtriser ces trois sortes d'opérations. L'apport de connaissances, de méthodes, la répétition et l'analyse de résultats obtenus lors de temps d'activités permettent un apprentissage par guidage, nous sommes ici dans une situation de formation très proche du modelage, comme le préconise Albert BANDURA dans une stratégie de « perfectionnement guidé des compétences » (BANDURA A., 2003).

Les opérations d'orientation permettent l'analyse des conditions spécifiques de l'action et guident l'organisation de l'exécution de l'action. Elles servent à la planification de l'action, en traitant « les conditions et contraintes de l'action, les connaissances ou savoirs pragmatiques qui guident la réalisation des actions, les relations de causalité, les anticipations » (SIX-TOUCHARD B. & CARLIN N., 2003). La partie orientation, en tant qu'opération cognitive autonome, est essentielle à la réalisation de l'action puisqu'il s'agit d'établir « le lien entre les conditions spécifiques et les propriétés pertinentes de la situation et les opérations d'exécution qui réalisent effectivement l'action, c'est-à-dire la performance » (SAVOYANT A., 1998). A travers les opérations d'orientation, l'individu se représente le résultat à atteindre (le but de son action) et qu'il va « identifier l'objet de son action » (SAVOYANT A., 2006). Cela déclenche la sélection des opérations d'exécution les plus adaptées pour atteindre le but visé.

Les opérations d'exécution assurent la dynamique concrète de l'enchaînement des comportements, la transformation effective de la situation en fonction du but visé. Leur nature (matérielle ou non matérielle, verbale ou mentale) va définir la forme de l'action.

Les opérations de contrôle interviennent pour auto-évaluer le mode d'action et les résultats obtenus en cours d'action. Le contrôle porte sur chaque opération et son résultat ou sur une partie des opérations et sur le produit final en comparant le produit de l'action avec le but visé.

S'intéresser à la partie des opérations d'exécution et de contrôle, c'est remarquer qu'il n'y a pas d'exécution de l'action sans régulation de l'activité. C'est par

l'analyse de l'activité que l'on repère le travail d'ajustement des modes opératoires pour assurer au moins dans une certaine mesure la cohérence entre la prescription d'efficacité et la régulation cognitive de la compétence. La régulation de l'activité est ainsi un objet d'investigation de l'analyse de l'activité au motif que le travail déclenche toujours une activité réflexive de l'individu. L'activité réflexive se manifeste bien entendu pendant l'activité productive mais plus encore lors de l'activité constructive qui suit la réalisation de l'activité (voir *supra*). Or l'activité réflexive s'accompagne, pour l'individu, d'une construction de savoirs lorsqu'il se dégage de l'activité vécue pour généraliser son activité à d'autres situations plus éloignées (FALZON P. & TEIGER C., 1999).

A ce sujet, Jacques LEPLAT note une « certaine parenté » entre cette conception venue de l'ergonomie, reprise ensuite par la théorie de la conceptualisation dans l'action, et la théorie de l'autorégulation des apprentissages, partie intégrante de la théorie sociocognitive (LEPLAT J., 2006). Le point de rencontre se situe autour de la notion d'autorégulation de l'activité considérée sous un angle métacognitif⁹.

Les mécanismes d'autorégulation trouvent aussi leur source dans les métaconnaissances acquises par l'individu, notamment en ce qui concerne ses propres compétences (LEPLAT J., 2006). Claude VALOT, en s'intéressant à la gestion des systèmes dynamiques, a montré le rôle majeur joué par la métacognition dans la régulation de l'activité : « Le rôle de la métacognition, c'est-à-dire les connaissances que la personne possède sur ses propres compétences cognitives, prend une place croissante dans la construction de l'activité individuelle » (VALOT C., 2001). L'analyse de l'activité est amenée par conséquent à prendre en compte ce niveau de régulation métacognitive (ROGALSKI J., 2004) y compris lorsqu'il s'agit de concevoir des séquences de formation en dehors des situations de travail.

Pour ce courant de l'analyse de l'activité et de la conceptualisation dans l'action, les travaux de John FLAVELL sur la métacognition font référence. John FLAVELL a été le premier à traduire les ouvrages de Jean PIAGET en anglais, ce qui montre son intérêt

⁹ La notion d'autorégulation a été sans cesse travaillée par la psychologie soviétique en rapport avec la théorie de l'activité avant d'influencer l'ergonomie de langue française puis la théorie de la conceptualisation dans l'action. Communication personnelle de Vladimir KOZLOV, Vice-président de l'Académie des sciences psychologiques de Russie, Président de la 5eme Conférence internationale de recherche scientifique : « Psychologie intégrative. Théorie et méthode ». Iaroslavl, avril 2007.

pour les schèmes et le développement cognitif. Ses travaux sont parfois qualifiés de « néo-piagétien » (HOUDE O. & MELJAC C., 2000).

La métacognition y est définie comme « les connaissances ou activités cognitives qui prennent la cognition comme objet et qui régulent un aspect quelconque du fonctionnement cognitif » (FLAVELL J. & MILLER P. & MILLER S., 1993). L'apport de John FLAVELL comprend également la notion de « contrôle cognitif qui serait responsable du monitoring d'une ample variété d'activités cognitives grâce à l'interaction de quatre phénomènes : a) les connaissances métacognitives, b) les expériences métacognitives, c) les tâches ou buts et d) les stratégies (ou actions) » (ESCORCIA D., 2006). Le contrôle métacognitif est donc la « capacité de l'individu à contrôler et planifier délibérément ses propres processus cognitifs en vue de la réalisation d'un but ou d'un objectif déterminé » (VERDIER P., 1998). Le contrôle métacognitif peut donc représenter une grille de lecture qui traite des mêmes objets que la théorie de l'activité (VALOT C., 2001).

D'autres théories de l'autorégulation de l'activité et des apprentissages existent et nous avons mentionné *supra* le concept sociocognitif d'autorégulation (ZIMMERMAN B., 2000). Barry ZIMMERMAN conçoit l'autorégulation comme un ensemble de processus autodirigés grâce auxquels l'individu peut transformer le cours de son activité. L'autorégulation des apprentissages est un modèle cyclique, basé sur trois modalités d'autorégulation en interaction (voir le tableau suivant) : « la rétro-action d'expériences passées est utilisée pour réaliser des ajustements de l'effort en cours de route » (ZIMMERMAN B., 2002). Les trois phases successives de l'autorégulation relient les aspects cognitifs et conatifs de l'apprentissage (VERNET J., 2005), il s'agit de l'anticipation (l'ensemble d'étapes et de croyances précédant l'apprentissage), de l'action (conduites durant l'apprentissage) et de l'autoréflexion ou de l'auto-évaluation (les processus susceptibles d'influencer le choix et le déroulement des nouvelles actions).

Tableau 2 Les phases cycliques de l'autorégulation (ZIMMERMAN B., 2002)

Phases cycliques	Processus	
Anticipation	Analyse de la tâche	Fixation des buts Planification stratégique
	Croyances automotivationnelles	Perception d'efficacité Attentes de résultats Intérêt intrinsèque Orientation vers les buts d'apprentissage
Action	Usage de stratégies	Auto-instruction Formation d'images mentales Structuration de l'environnement
	Auto-observation	Veille sur les aspects spécifiques de l'activité Conditions expérimentales Effets produits
	Auto-enregistrement	Efforts Résolution de problèmes
Autoréflexion	Autojugement	Auto-évaluation de la performance obtenue par rapport au but visé Attribution de significations causales
	Autoréaction	Autosatisfaction Inférences adaptatives ou défensives

A l'évidence, nous voyons ici un modèle très proche du modèle décrit par Pyotr GALPERINE et Alexis LEONTIEV. Les trois opérations d'orientation, d'exécution et de contrôle regroupent quasiment les mêmes caractéristiques. Les processus sont décrits parfois dans des termes identiques, voir *supra*. Dans le cadre de la théorie sociocognitive, l'autorégulation est aussi reliée à l'auto-efficacité et à l'obtention de performances. En effet, « L'action efficace n'est pas seulement l'expression mécanique de compétences préformées. Elle requiert plutôt la sélection et l'orchestration de sous-aptitudes guidées par des compétences autorégulatrices plus élevées » (BANDURA A., 2003). Albert BANDURA poursuit en exposant quelles sont les compétences autorégulatrices nécessaires à la réalisation de l'action efficace et note que « ces compétences autorégulatrices permettent aux personnes d'améliorer la performance dans diverses activités ». Quelles sont les différentes fonctions remplies par les compétences autorégulatrices ? Elles sont au nombre de quatre : le diagnostic de la tâche ; l'élaboration et l'évaluation de modes alternatifs d'action, la fixation de buts proximaux pour guider l'action et la création « des résultats anticipés pour maintenir l'engagement dans des activités éprouvantes et pour gérer le stress et les pensées décourageantes » (BANDURA A., 2003). Sur chacune de ces quatre fonctions, le schème apporte des réponses :

« Le schème n'organise pas que la conduite observable, mais également l'activité de pensée sous-jacente. [...] Plus décisifs encore du point de vue

cognitif, sont les invariants opératoires, puisque les concepts-en-acte permettent de prélever dans l'environnement les informations pertinentes, et de sélectionner les théorèmes-en-acte nécessaires au calcul à la fois des buts et sous-buts susceptibles d'être formés, et des règles d'action, de prise d'information et de contrôle permettant de les atteindre. [...] La conduite n'est pas formée que d'actions, mais aussi des prises d'information nécessaires à la poursuite de l'activité, et des contrôles qui permettent au sujet de s'assurer qu'il a bien fait ce qu'il pensait faire et qu'il est toujours sur la voie choisie. Or ces règles sont totalement conditionnées par la représentation du but à atteindre et par les conceptualisations qui permettent d'identifier les objets en présence, leurs propriétés et relations, les transformations que la conduite du sujet est censée leur faire subir. [...] Le schème suppose toujours une activité intense de calcul en situation [les possibilités d'inférence en situation] [...] la partie intentionnelle du schème qu'est le but, est essentielle dans l'organisation de l'activité. Le but se décline en sous-buts, séquentiellement et hiérarchiquement agencés ; lesquels donnent lieu à de nombreuses anticipations. Même lorsque le but n'est que partiellement conscient et que les effets attendus de l'action ne sont pas tous prévisibles par le sujet, ce caractère intentionnel de la conduite et de l'activité ne peut pas être ignoré » (VERGNAUD G., 1998b).

2.4.3 Apprendre de soi, des autres, de son activité

Énonçant, en 1998, les grandes lignes directrices d'une nouvelle didactique, Gérard VERGNAUD avait déjà ouvert la voie à un mode d'intervention des formateurs dédié à la formation des compétences :

« Le médiateur a comme première responsabilité de choisir les situations à offrir à l'apprenant, puis de clarifier le but de l'activité, de contribuer à l'organisation de cette activité, y compris de la prise d'information et du contrôle, de faciliter les inférences en situation, et enfin de faire émerger, au moins partiellement, les concepts et les théorèmes pertinents » (VERGNAUD G., 1998b).

Pour sa part, Pierre PASTRÉ accorde une large part au *debriefing*, c'est-à-dire à « l'analyse réflexive après coup » (PASTRÉ P., 2005b). Par le *debriefing*, l'apprenant analyse et comprend son action. Des régulations nouvelles entre les éléments constitutifs du schème apparaissent. Elles sont provoquées ou non par les formateurs et, en définitive, Pierre PASTRÉ estime qu'on apprend mieux de l'analyse ex-post que de la répétition de l'action. Du moins, on y apprend différemment.

La théorie sociocognitive s'intéresse également de très près aux apprentissages que l'individu peut réaliser, les comportements adaptatifs sont déterminés tout autant par les cognitions de l'individu que par les caractéristiques de l'environnement dans lequel il agit. Comme « l'adaptation et le changement humain sont enracinés dans des systèmes sociaux » (BANDURA A., 2003) et que les apprentissages représentent les vecteurs de l'adaptation et du changement, ils ne sauraient être considérés simplement comme le produit des cognitions, des motivations ou des émotions de l'individu rapporté à ses comportements observables.

Dans cette perspective, les acquisitions de compétences professionnelles font l'objet de programmes de formation dérivés de la théorie sociocognitive. Le modelage instructif est l'un d'entre eux. La formation des compétences constitue également l'objet de la didactique professionnelle, l'analyse de l'activité en est le support et se présente comme un moyen de la conceptualisation dans l'action et de la genèse conceptuelle.

Nous noterons que le *modelling*, qui consiste à prendre modèle sur des personnes jugées compétentes, apparaît très proche du *vicarious learning* par lequel on apprend par l'observation de ceux qui sont en train d'apprendre eux-mêmes ou ceux qui sont en activité ; il convient pour autant de différencier les deux notions (BANDURA A., 1986). Il est d'ailleurs probable que la présence du premier favorise le second, surtout si on le considère comme un apprentissage par observation de type socio constructif.

Si l'apprentissage vicariant ne représente pas systématiquement une expérience directe, il facilite pour le moins l'entrée du sujet dans l'activité. Apprendre par observation permet d'acquérir des compétences « sans avoir à les élaborer graduellement par un processus d'essais et d'erreurs » (BANDURA A., 1980) ce qui représente tout de même une économie considérable par rapport à une stratégie d'apprentissage qui ne procéderait que par tâtonnement expérimental.

Par ailleurs, l'apprentissage vicariant, c'est-à-dire l'opportunité de pouvoir observer un sujet en train d'exécuter une activité, lequel présente des caractéristiques similaires à soi, constitue une source d'information utile. Cela renforce l'auto-efficacité pour des enfants ou des adultes, en milieu scolaire comme en milieu professionnel, y compris en santé publique. L'apprentissage vicariant est ainsi considéré comme la deuxième source de construction de l'auto-efficacité.

La proximité des objectifs annoncés mérite que nous examinions plus en détail ces deux méthodes de développement des compétences pour noter leurs points de convergence ou de divergence.

2.4.3.1 L'apprentissage vicariant et le modelage instructif

Lorsqu'un individu obtient une performance, il ne peut être tout à fait certain du résultat, c'est-à-dire de l'évaluation sociale qui valorise la performance. La performance ne devient un résultat que par suite d'un processus de comparaison avec autrui, autrui placé dans des situations similaires. Les capacités personnelles sont ainsi évaluées à travers des critères sociaux. Cette remarque vaut pour expliquer l'adressage de l'activité mais elle peut être transposée à la formation : on apprend de ses pairs, surtout de ceux qui sont jugés compétents.

L'observation des performances de ses pairs contribue à abaisser ou à élever les croyances d'efficacité de l'individu (BANDURA A., 2003) ce qui explique que les individus recherchent ceux qui possèdent les compétences visées et qui, par conséquent, peuvent servir de modèles pour transmettre des connaissances et favoriser l'acquisition de compétences. La transmission de connaissances est, dans ce cas, un processus de modelage par la parole et par l'action efficace. L'expérience vicariante est ainsi équivalente à un apprentissage par observation.

L'apprentissage vicariant, par observation de ses pairs en situation d'activité ou faisant retour sur leur activité, permet à la fois de nouveaux apprentissages et le renforcement de l'auto-efficacité. Le processus d'apprentissage vicariant est donc tout aussi intéressant à considérer que les résultats de l'apprentissage eux-mêmes. Ce mode d'apprentissage par l'observation d'une variété de modèles est plus

efficace et plus rapide que l'apprentissage par essais et erreurs. Albert BANDURA « précise en quoi le modelage a peu à voir avec la simple imitation des réponses : en extrayant les règles sous-jacentes au style comportemental du modèle, les gens produisent de nouveaux modèles comportementaux proches de ces styles, mais qui dépassent largement ce qui a simplement été vu ou entendu » (CARRÉ P., 2004). Il ne s'agit donc pas d'une simple imitation mais de la compréhension de l'organisation invariante des comportements efficaces. L'individu possède alors les ressources pour innover, c'est-à-dire s'adapter à des situations nouvelles de manière créative, sur la base des invariants repérés lors d'apprentissages par observation.

Il est à noter que l'expérience vicariante ne joue pas seulement sur le plan cognitif. Elle influence également la motivation en présentant à l'individu de nouvelles attentes de résultats et des buts plus ambitieux, plus difficiles à atteindre. Sur le registre des émotions, l'expérience vicariante peut provoquer des choix émotionnels et une mise en question du système de valeurs de l'individu en ce qu'il est guidé par des processus affectifs.

Nous pouvons donc considérer que les humains ont développé une aptitude supérieure à l'apprentissage par observation. « Pratiquement, tout apprentissage résultant de l'expérience directe peut survenir de manière vicariante, en observant les comportements d'autres personnes ainsi que leurs conséquences » (BANDURA A., 2003).

Pour Albert BANDURA, l'apprentissage par observation comporte quatre sous-processus (voir le schéma ci-dessous).

Le sous-processus attentionnel détermine « ce qui est sélectivement observé parmi la profusion d'influences modelantes ainsi que l'information qui est extraite des événements modelés ». En effet, l'attention est une des conditions du modelage. Elle dépend des caractéristiques du modèle mais aussi des caractéristiques cognitives de l'individu.

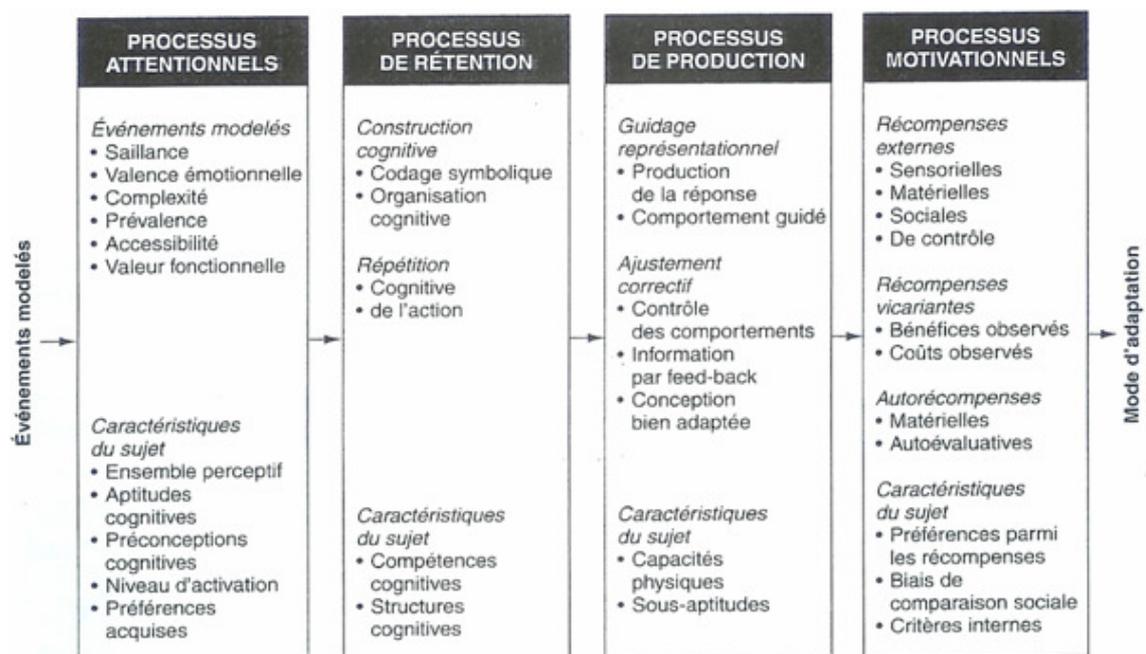
Le sous-processus de rétention « implique un processus actif de transformation et de restructuration de l'information sur les événements pour qu'il y ait représentation mnésique sous forme de règles et de conceptions ». La mémorisation est une des conditions de l'efficacité de l'expérience vicariante, elle organise notamment le codage symbolique des influences modelantes.

Le sous-processus de production comportementale « traduit les conceptions en actions appropriées » mais fait aussi l'objet de boucles de rétroaction : les

conceptions s'ajustant en cours de l'action. Il s'agit de la partie effectrice de l'expérience vicariante. Les actions sont exécutées mais aussi contrôlées, comparées en référence aux comportements attendus.

Le sous-processus motivationnel prend en compte les bénéfices obtenus par l'action modelée et vient renforcer les trois autres sous-processus de l'apprentissage vicariant. Les facteurs motivationnels concernent les résultats anticipés, qu'ils soient directs, vicariants ou autoproduits.

Schéma 5 Les sous-processus de l'apprentissage vicariant (BANDURA A., 2003)



La théorie sociocognitive intègre une analyse fine de l'apprentissage vicariant sur la base de sous-processus en interaction qui jouent sur les tableaux cognitifs, motivationnels et émotionnels. Dans l'apprentissage vicariant, l'individu apprend d'autrui, mais il apprend aussi de lui-même, de l'analyse comparative entre ses comportements et les comportements modelés. Apprendre par observation mobilise tout autant l'environnement et les *feed-back* sur ses comportements que les cognitions de l'individu comme le propose effectivement le processus de causalité triadique réciproque placé au cœur de la théorie sociocognitive.

L'expérience vicariante produit une connaissance sur soi, sur ses comportements et sur l'environnement, dans un but adaptatif. A ce titre, l'expérience vicariante est considérée par Albert BANDURA comme une source puissante de construction de

l'auto-efficacité : « Bien que les expériences vicariantes soient généralement plus faibles que les expériences directes [sur la construction de l'auto-efficacité], elles peuvent dans certaines conditions, surpasser l'impact de l'expérience directe ». L'apprentissage par observation est source de connaissance, de développement de l'auto-efficacité mais il est aussi producteur de compétences nouvelles.

Le modelage de maîtrise est un procédé pédagogique qui repose sur les caractéristiques de l'expérience vicariante. Son but est de développer les compétences, compétences qui pourraient tout à fait être acquises spontanément par apprentissage vicariant. Le modelage de maîtrise possède plusieurs facettes : le modelage instructif, le perfectionnement guidé des compétences et la formation au transfert de compétences par le succès autodirigé.

Albert BANDURA qualifie le modelage instructif de « premier pas dans l'acquisition de compétences ». Ce programme de formation repose sur l'observation des « procédures de décision et les stratégies de raisonnement que les modèles utilisent quand ils parviennent à des solutions ». L'observation et l'écoute d'exemples variés renforcent l'intérêt et accélèrent l'apprentissage. Le niveau d'efficacité perçue s'élève.

Le modelage instructif repose sur la décomposition de compétences complexes en sous-compétences. Les séquences de réalisation sont ensuite modelées en vidéo. Des informations sont apportées à l'apprenant pour identifier et comprendre les procédures et stratégies modelées. Le modelage porte ensuite sur la mise en œuvre des stratégies et des procédures appliquées à des situations changeantes.

Des individus, dont les caractéristiques personnelles et professionnelles sont proches de celles des apprenants, en modelant des règles abstraites assorties d'exemples nombreux favorisent l'ajustement et la généralisation des procédures et stratégies à l'intérieur d'une classe de situations plus étendue. L'efficacité de l'apprentissage par modelage a été comparée avec celle d'autres méthodes traditionnelles d'enseignement en formation professionnelle. Le modelage instructif connaît de meilleurs résultats pour l'acquisition de compétences et le niveau de l'auto-efficacité des apprenants, dans le domaine du management et de la recherche de solutions innovantes, par exemple.

Le perfectionnement guidé des compétences est un modelage correcteur qui intervient après les premières phases d'acquisition de compétences par modelage instructif. Les individus ont besoin d'un guidage pour améliorer leurs compétences.

L'accent est mis sur l'analyse des comportements, observés par vidéo, et surtout sur les correctifs à produire. Les *feed-back* s'orientent vers les succès et les progrès et une manière constructive de corriger les erreurs, de façon à renforcer les croyances d'efficacité et ses effets de résilience face aux difficultés.

La formation au transfert de compétences est la troisième phase du programme de modelage de maîtrise : les compétences nouvellement acquises sont mises en œuvre dans des conditions réelles ayant de fortes chances de réussite. Les situations sont ensuite reprises en formation, la discussion se déroule entre professionnels et porte sur les réussites et les échecs. Le programme prévoit des expositions à des situations de plus en plus difficiles, où la résolution de problème tient un grand rôle. La confrontation en situation simulée à de nombreuses tâches facilite le transfert de nouvelles compétences dans la vie professionnelle. Une fois la compétence intégrée, le guidage cognitif diminue d'intensité, l'action compétente s'est routinisée ; les individus agissent sur la base de leur auto-efficacité et maintiennent le niveau de réalisation de l'action, confiants en leur capacité à se comporter de manière performante.

2.4.3.2 Apprendre par l'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité est un champ de pratiques qu'il n'est pas possible de séparer artificiellement de l'analyse du travail. Jacques LEPLAT définit le travail comme « l'activité mise en œuvre pour satisfaire aux contraintes d'une tâche » (LEPLAT J. (Dir.), 1992) et comme par ailleurs « L'ergonomie cognitive a pour domaine l'ensemble des activités mentales de sujets engagés dans la réalisation d'une tâche » (FALZON P., 1989), nous devons considérer l'activité d'un individu comme le concept central de l'analyse du travail. Pour autant, nous nous intéresserons plus aux apprentissages générés par l'analyse de l'activité qu'à l'analyse de l'activité elle-même.

L'analyse du travail est sans doute utile pour des professionnels qui réfléchissent aux conditions de leur exercice professionnel et connaissent un processus de développement professionnel. L'analyse de l'activité poursuit également un but

pédagogique, du moins en didactique professionnelle, en recréant pour les besoins des situations-problèmes plus ou moins fidèles aux situations professionnelles d'origine. L'analyse de l'activité permet donc d'optimiser les apprentissages autant en milieu professionnel qu'en milieu de formation formelle.

Analyser l'activité est aussi l'un des moyens pour comprendre quels écarts existent entre la formation en centre et le terrain dans le cas de formation en alternance (MAYEN P., 2000a) et comment la prise de conscience de ces écarts peut devenir une source de conceptualisation.

L'analyse de l'activité, initialement développée en secteur industriel et auprès de salariés faiblement qualifiés, s'est étendue à tous les types d'activités, y compris les activités de service où des humains interagissent avec, et sur, d'autres humains. Se pose alors la question des supports de l'analyse de l'activité : quelles sont les traces de l'activité qui peuvent être soumises à l'analyse ? Dans le cas d'activités de management, les traces de l'activité quotidienne, la gestion de l'agenda par exemple, peuvent suffire (TOURMEN C. & MAYEN P., 2007). Des recherches en didactique professionnelle sont en cours qui s'intéressent cette fois aux dirigeants et non plus à des ouvriers ou à des agriculteurs : « Peu d'études envisagent l'activité de direction comme une activité de travail susceptible d'être appréhendée comme n'importe quel autre travail, notamment par l'analyse de l'activité » (TOURMEN C. & MAYEN P., 2007). Cette étude confirme que les activités de service, le management compris, sont concernées par l'analyse de l'activité. Nous y reviendrons dans les pages suivantes.

Méthodologiquement, l'analyse du travail, l'analyse de l'activité, peuvent emprunter plusieurs voies qui, selon les cas, présentent des similitudes évidentes. L'utilisation des autoconfrontations, ainsi que le propose Patrick MAYEN, est un modèle qui se caractérise par son côté opérationnel (MAYEN P., 2000b) et qui, de ce fait, s'applique à la formation de tous les acteurs, formateurs et apprenants, d'un dispositif de formation professionnelle.

Cette méthode comporte plusieurs phases caractérisées par une même intention, celle de rassembler les conditions de construction de situations de formation. L'idée est de partir de traces concrètes de l'activité des professionnels et de relever les interactions entre les protagonistes des situations. L'activité étant filmée, les traces sont réutilisables et permettent de poursuivre trois types de buts : l'analyse de l'activité de l'apprenant ou du professionnel, l'évaluation des compétences de l'apprenant ou encore de se centrer sur l'interaction « formative ». Ce matériel

vidéo peut aussi constituer un support de modelage pour « préparer les élèves en leur apportant des repères conceptuels et de méthode pour mieux utiliser leur passage en milieu professionnel » (MAYEN P., 2000b).

La première étape est celle du recueil des traces de l'activité. Le choix se porte sur des situations critiques et qui mobilisent donc des compétences critiques. Il est utile de choisir deux types de situations, celles à « forte composante gestuelle (donc très observables) et les autres à faible composante gestuelle (qui se réalisent donc presque essentiellement par la prise d'informations) ». Les unes comme les autres mobilisent des éléments concrets et aussi des raisonnements sous-jacents mais dans des proportions variables. Le film montre un professionnel qui réalise l'action et qui verbalise, si possible, son activité dans le but de décrire, de commenter, d'explicitier ses raisonnements.

La seconde étape consiste à filmer un novice dans la même situation que le professionnel à l'étape précédente. Le novice commente ensuite son action, livre ses modes opératoires, ses difficultés, ses réussites. Le professionnel est ensuite sollicité pour commenter ce qui s'est passé, avec le novice et pour le novice.

La troisième étape vise à produire un film montrant l'interaction entre un novice et un professionnel expert dans la même situation, le professionnel se donnant pour tâche d'instruire le novice.

L'intérêt de cette méthode est de susciter de nombreuses réactions lors du visionnage des vidéos. Ces interactions discursives sont centrées sur l'objet même des apprentissages à réaliser. Les différences de pratiques, mais aussi et surtout les différences de raisonnement, apparaissent au grand jour.

Ce modèle d'analyse de l'activité est ainsi basé sur la description des actions, sur la prise d'informations sensorielles ou cognitives, sur l'énonciation des règles d'action et sur l'explicitation des raisonnements.

Pierre PASTRÉ remarque, pour sa part, la relation étroite entre l'acquisition ou le développement de compétences et l'analyse de l'activité, notamment quand celle-ci accompagne l'usage d'un simulateur en formation professionnelle (PASTRÉ P. (Dir.), 2005). La simulation est une « démarche qui prépare à la maîtrise d'une tâche par des exercices préalables sur d'autres tâches supposées avoir un rapport avec celle à apprendre » (LEPLAT J., 2005). Une telle définition implique que de très nombreuses situations de formation peuvent être considérées comme de la simulation. Les formes peuvent être très variées selon les circonstances mais elles sont toutes centrées sur

la dimension opérative de l'activité. En dépit de la grande variété des formes de simulation, Pierre PASTRÉ repère trois types distincts privilégiant chacun un aspect particulier : le but d'apprentissage (l'entraînement pour améliorer ses pratiques ou la conceptualisation pour apprendre à faire efficacement) ; le moyen de simulation (le simulateur comme objet technique ou la mise en scène d'une situation entre plusieurs individus) ; l'objet spécifique d'apprentissage (habilités, connaissances, acquisition de procédures) (PASTRÉ P. (Dir.), 2005).

Les activités de simulation rompent avec des propositions pédagogiques basées sur l'imitation ou la reproduction du réel pour privilégier une activité de résolution de problèmes. Pour autant, il ne s'agit pas de considérer que l'apprentissage par simulation est systématiquement le moyen le plus approprié en formation professionnelle. En effet, Pierre PASTRÉ soutient que les ouvriers spécialisés ne sont pas toujours obligés de passer par des phases de conceptualisation dans l'action, « dans la pratique les solutions vicariantes sont suffisamment nombreuses pour remplacer les résolutions de problèmes par l'application d'une procédure ou d'un procédé tiré de l'expérience passée » (PASTRÉ P., 1999b). A l'évidence, cette proposition ne peut s'appliquer à tous les secteurs d'activités professionnelles.

Apprendre par simulation comprend la plupart du temps, pour des compétences complexes de résolution de problèmes, deux phases distinctes : le temps de la simulation et le temps du *debriefing*. La succession de ces deux phases répond à une nécessité, celle d'accorder un espace à la pensée réflexive et de veiller aux conditions de conceptualisation dans l'action. Même si l'action mobilise toujours une part de réflexion pour résoudre les problèmes qui se présentent, très souvent l'action se déroule trop rapidement pour réfléchir aux conséquences des opérations qui sont en cours et l'individu commet des approximations ou des erreurs. Le *debriefing*, l'analyse réflexive après coup, permet la mise en route de la dimension constructive de l'activité, une fois l'activité productive terminée :

« On apprend davantage en analysant son action qu'en la reproduisant. L'apprentissage par l'analyse de l'action est plus efficient que l'apprentissage par la répétition de l'action, du moins quand on a affaire à une situation complexe, où l'importance du diagnostic de situation est grande » (PASTRÉ P., 2005b).

Le *debriefing* représente un ensemble de méthodes diversifiées dont le but est de favoriser la genèse opérative du professionnel. Pour Pierre PASTRÉ, le *debriefing* doit être entendu au « sens large », c'est-à-dire rassembler trois types d'interventions : les entretiens individuels d'autoconfrontation ; les entretiens individuels d'autoconfrontation à partir des traces de l'activité ; les séances collectives d'analyse de l'activité animées par les formateurs, « *debriefing* au sens étroit » (PASTRÉ P., 2005b). Toutes ces méthodes ont pour caractéristique commune de prolonger l'activité constructive. Lors des phases d'analyse réflexive rétrospective, les individus peuvent « reconstituer le sens des événements pour enfin comprendre ce qui s'est passé » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Dans ce cas, l'analyse de l'activité se fait à distance des événements, la pression des situations est retombée et les individus ont le temps pour comprendre l'enchaînement des actions, des causes et des effets.

La distance prise vis-à-vis du déroulement de l'action est aussi la condition de la « rétrodiction », c'est-à-dire de la prédiction inversée. La rétrodiction annonce quelque chose qui appartient au passé mais qui n'est pas connu. C'est une opération de déduction, d'explication par la compréhension du passé, de l'histoire. L'histoire demeure fondamentalement un récit et ce qu'on nomme explication est surtout la formulation d'une intrigue compréhensible. La rétrodiction, centrée sur l'observation, vise à décrire un passé cohérent avec les observations actuelles, ou du passé récent et surtout futures. Jacques THEUREAU, reprenant les travaux de l'historien Paul VEYNE, définit la rétrodiction comme une « synthèse consistant à boucher les trous de la compréhension immédiate grâce à une “ mise en série ” de cas semblables et des considérations sur la probabilité des différentes causes » (THEUREAU J., 1997).

Lors du *debriefing*, les formateurs utilisent conjointement les notions de rétrodiction et d'intrigue, combinaison de « causes matérielles, de fins et de hasards » (VEYNE P., 1996). Reconstituer une intrigue lors de l'analyse réflexive de l'activité, c'est s'intéresser aux faits qui, certes, sont liés objectivement mais dont l'importance est relative et variable. Une intrigue n'est pas qu'une suite d'événements chronologiques, elle peut recouper plusieurs plans de détermination. Certains faits acquièrent une importance relative, des détails paraîtront plus significatifs dans une intrigue que dans une autre. En ce sens, une intrigue n'est pas un récit, simple description du vécu : « L'intrigue représente la part d'intelligibilité qu'on peut

apporter à des données où le temps joue un rôle central » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006).

Trois temps sont nécessaires pour « extraire l'intrigue présente dans le récit ». Premièrement, la séquence est découpée en une succession d'épisodes. Deuxièmement, les faits sont répartis dans les catégories « événements fortuits », « relations de causalité », « relations de finalité » et « relations entre les variables ». Enfin, les individus recherchent la cause à l'origine de l'épisode.

Ce mode de construction de l'intrigue a été élaboré lors d'une étude portant sur l'apprentissage d'ingénieurs novices conducteurs de centrales nucléaires, apprentissage sur simulateur (PASTRÉ P., 2005a). L'activité simulée consiste à démarrer une centrale pour l'amener à 100 % de sa puissance en toute sécurité. Les ingénieurs tentent de maîtriser un environnement dynamique qui peut évoluer soudainement en dehors de l'action directe des ingénieurs. Il s'agit donc d'un système particulièrement complexe à conduire mais qui présente des différences très importantes avec d'autres systèmes dynamiques tels que les « activités de service » qui s'accomplissent avec d'autres humains, par et dans l'interaction. Ces activités reposent sur le langage et la médiation et amènent vraisemblablement à une révision de l'appareillage conceptuel en prenant en compte la prégnance des activités langagières et la co-construction de la situation : « Les objets qui, dans la situation, sont les vis-à-vis du sujet sont définis par leurs caractères pour l'action du sujet : d'où une représentation pragmatique, laconique, sélective, parce qu'orientée par le but de l'action » (PASTRÉ P., 2005d). La psychologie russe distingue, à propos d'un même et unique objet, l' « objekt » et le « premyet ». « L'objekt, considéré comme substance, se distingue du premyet, i.e. de l'objet saisi par le sujet engagé dans une activité finalisée [...] Face à un même objet, et selon l'orientation de l'activité, on peut avoir différents systèmes de référence » (BÉGUIN P., 2004).

La construction de l'intrigue, en tant qu'ensemble de significations nouvelles attachées à l'activité, se prête particulièrement bien au travail de mise en mots des pratiques et des activités de service. Bien entendu, l'analyse de l'activité ex post ne s'intéressera pas aux relations entre les variables du système technique mais pourra prendre en compte explicitement les intentions des individus ou les formes d'interaction langagière, puisque « dire, c'est faire ». Bien entendu, toutes les intentions ne sont pas obligatoirement énoncées. Les réactions des interlocuteurs peuvent aussi rester dans l'ombre. Un autre problème subsiste, comme nous l'avons

déjà remarqué : l'existence de traces significatives de ce type d'activité, indispensables au démarrage de l'analyse.

A cet égard, si notre dispositif empirique représente une tentative d'adaptation particulière du *debriefing* aux activités de management hospitalier à travers l'analyse d'une décision prise par des directeurs des soins, il s'en inspire néanmoins très largement.

2.4.3.3 Rendre formatives les situations de travail

Un but, au moins, est partagé par le modelage de maîtrise (Albert BANDURA) et l'analyse de l'activité dans une perspective de didactique professionnelle (Pierre PASTRÉ) : il est possible de former les compétences à partir de situations qui ne sont pas directement les situations de travail effectives mais qui présentent des caractéristiques communes avec celles-ci. Ces situations doivent aussi pouvoir faire l'objet d'un travail didactique en vue d'un modelage de maîtrise ou d'un apprentissage par simulation.

Nous avons synthétisé dans les deux schémas suivants les processus mis en œuvre pour rendre formatives les situations professionnelles. De manière parallèle dans les deux cas, le rapport aux situations fait l'objet d'une attitude active d'appropriation des caractéristiques significatives pour la formation des compétences tant de la part de l'individu que des formateurs selon les différents cas de figures qui sont toujours envisagés. La principale différence vient de la place occupée par l'auto-efficacité qui apparaît en position de variable médiatrice entre les processus d'apprentissage et la formation des compétences, du point de vue de la théorie sociocognitive.

Schéma 6 Le développement de compétence vu par la théorie sociocognitive

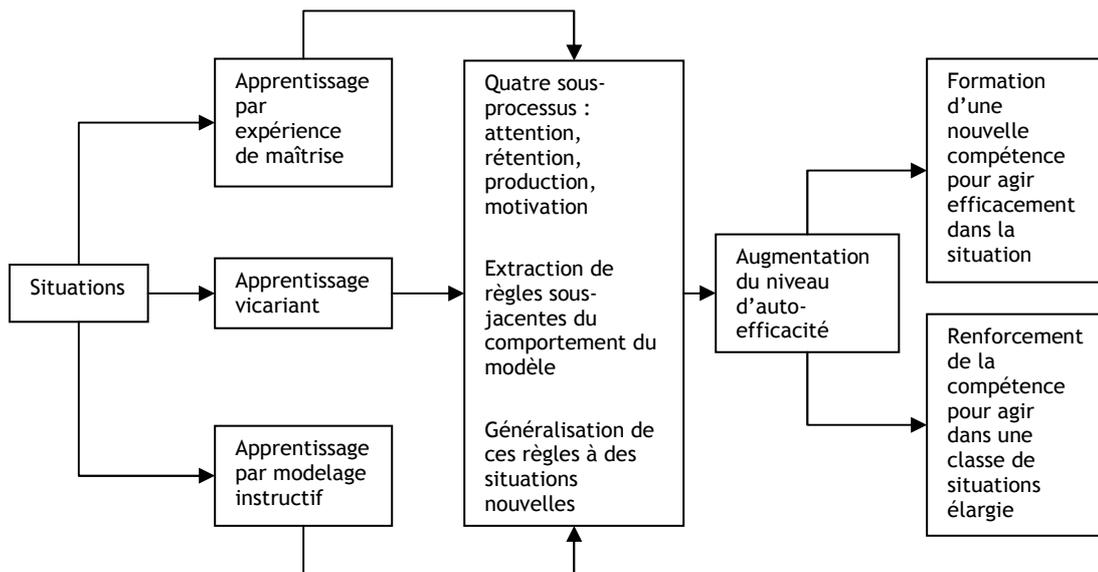
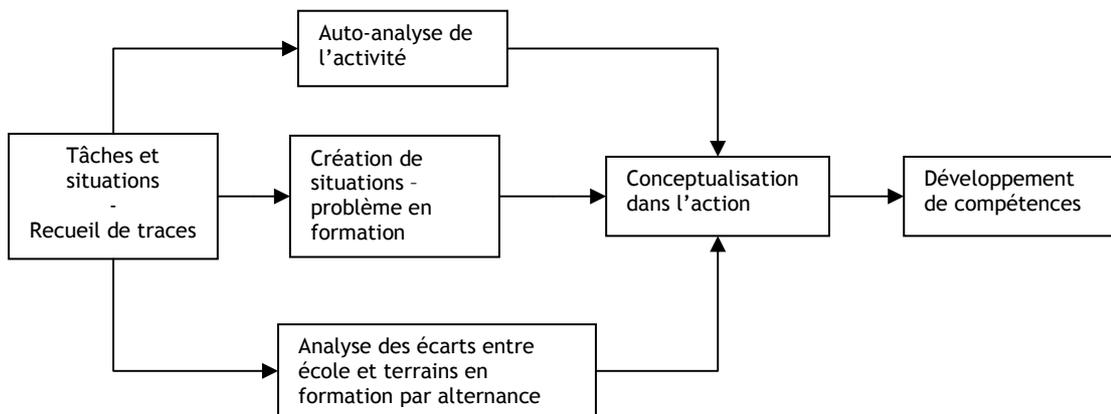


Schéma 7 Le développement de compétences vu par la didactique professionnelle



Il est donc probable que le modelage de maîtrise et l'analyse de l'activité, en tant que moyens de conceptualisation dans l'action, pour la didactique professionnelle, partagent, l'un et l'autre, des caractéristiques similaires pour former les compétences. En fait, les processus mis en branle par l'apprentissage vicariant ou le modelage instructif sont autant de ressources cognitives pour la conceptualisation dans l'action.

Lors du modelage instructif plusieurs paramètres interviennent. Des informations pertinentes sont modelées et présentées à l'individu. Elles sont de nature à

augmenter ou à modifier ses invariants opératoires et son modèle opératif. De nouvelles anticipations se manifestent en termes d'acceptation ou de refus des conséquences. Le professionnel qui modèle la compétence verbalise essentiellement des règles d'action que l'apprenant ne soupçonne pas ou dont il obtient la confirmation. C'est ainsi que la gamme des inférences se développe avec des calculs plus complexes sur les anticipations et les règles d'action nouvelles en fonction des invariants opératoires et des informations sur les situations qui sont disponibles. Le modelage instructif comme l'analyse de l'activité provoquent ainsi les mêmes effets de conceptualisation dans l'action.

Albert BANDURA évoque de manière globale « le passage des structures de connaissance aux comportements efficaces » grâce aux « opérations transformationnelles et productives ». Nous estimons que ces opérations sont le résultat de l'interaction et de la rétroaction des éléments des schèmes, que nous pouvons rapprocher par ailleurs des interactions qu'entretiennent le modèle cognitif et le modèle opératif.

C'est l'objet même de la théorie des champs conceptuels que d'expliquer les opérations cognitives qui déclenchent les actions compétentes mais aussi de proposer une « nouvelle explication du développement cognitif » (PASTRÉ P., 2007). Le schème, dans son ensemble, joue la fonction qu'Albert BANDURA assigne à la structure des connaissances et aux opérations transformationnelles et productives : c'est un guide cognitif. Il se forme par apprentissage. Mais la structure des connaissances ne comprendrait qu'un des éléments constitutifs du schème : les invariants opératoires et plus précisément encore les théorèmes-en-acte, les propositions tenues pour vraies dans l'action en situation.

Les anticipations sont plutôt d'ordre motivationnel et moins de l'ordre des connaissances. Les inférences, couplées aux règles d'action, déclenchent l'action et assurent son exécution en produisant les comportements complexes attendus. Les inférences sont définies comme un calcul sur les règles d'action et les anticipations. Albert BANDURA définit les anticipations sous l'angle des « attentes de résultats » accompagnées de leurs effets physiques, sociaux ou auto-évaluatifs.

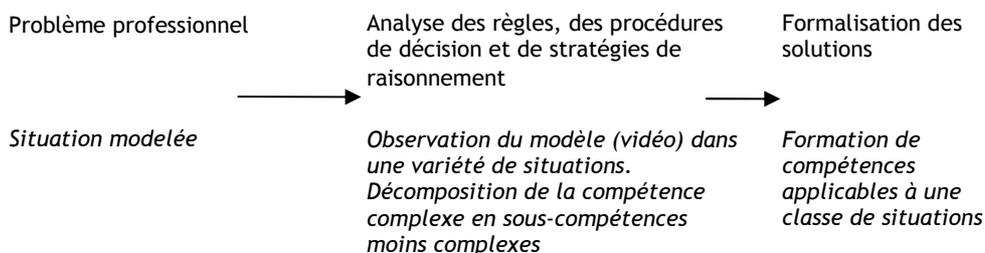
Qu'un certain nombre d'anticipations soit intégré au schème ou que les résultats soient appréciés postérieurement aux comportements, le point focal risque donc de résider dans les processus d'autorégulation des comportements destinés à soutenir l'engagement cognitif dans l'activité. Pour Albert BANDURA et Gérard VERGNAUD, les compétences autorégulatrices peuvent s'exercer soit d'une manière quasi

automatisée soit s'appuyer sur des décisions absolument conscientes. Il s'agit de diagnostiquer les exigences de la tâche, d'élaborer des alternatives à l'action et d'établir des buts ou des anticipations proximales. Albert BANDURA indique que différentes catégories d'activités sont gouvernées par des « sous-aptitudes identiques » et Gérard VERGNAUD soutient que l'utilisation d'un schème se fait à l'intérieur d'un « vaste répertoire de schèmes disponibles et notamment ceux qui paraissent associés aux classes de situations qui semblent avoir une parenté avec la situation actuellement traitée ». En définitive, il est possible d'organiser au plan cognitif les « similitudes » entre diverses activités.

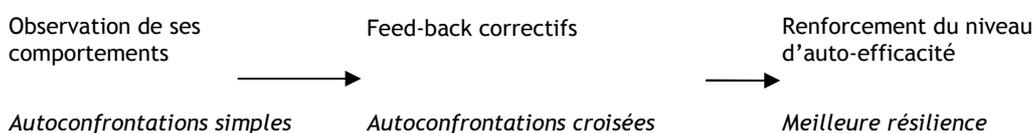
Les deux schémas suivants rappellent les points saillants des méthodes : le modelage instructif décrit par Albert BANDURA et les autoconfrontations à visée d'analyse de l'activité professionnelle proposées par Patrick MAYEN. La structure de ces méthodes est la même : les problèmes professionnels issus de situations remarquables sont à la source d'une progression didactique qui met en scène des situations et des compétences de plus en plus complexes et qui privilégie l'usage d'une pensée réflexive et l'autorégulation des comportements.

Schéma 8 Du modelage instructif au transfert de compétences

Étape 1 : le modelage instructif



Étape 2 : le perfectionnement guidé, modelage correcteur



Étape 3 : le transfert de compétences

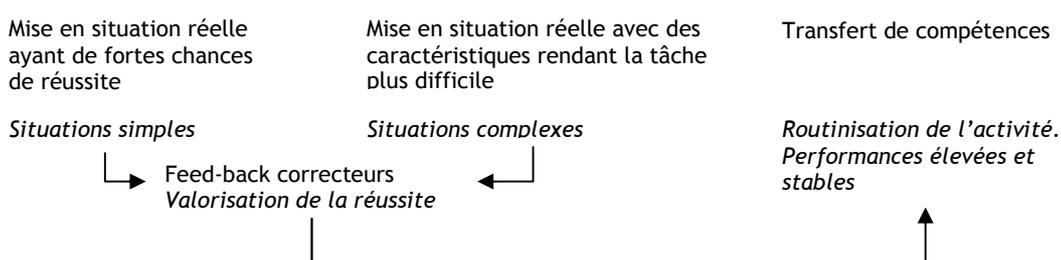
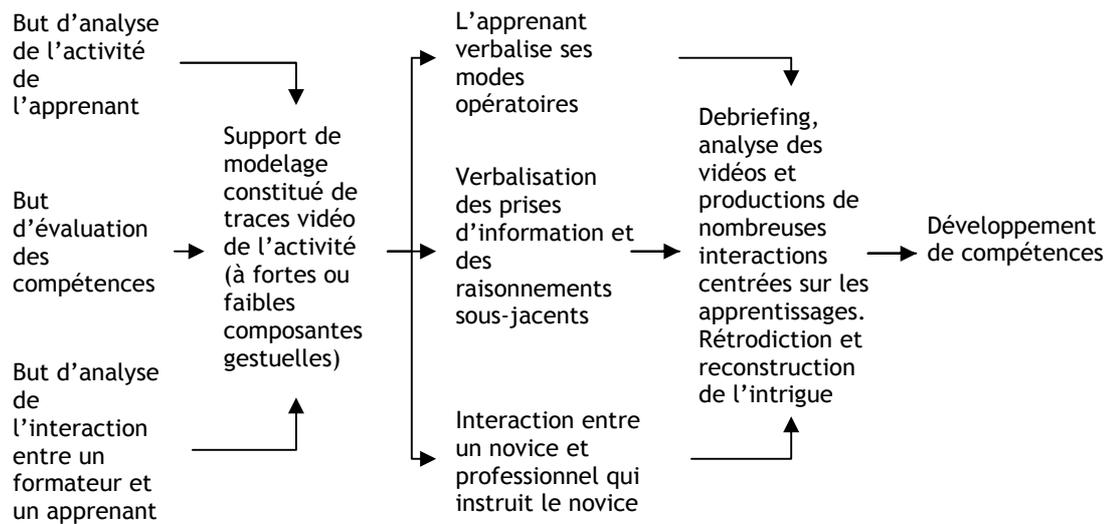


Schéma 9 L'analyse de l'activité par les autoconfrontations



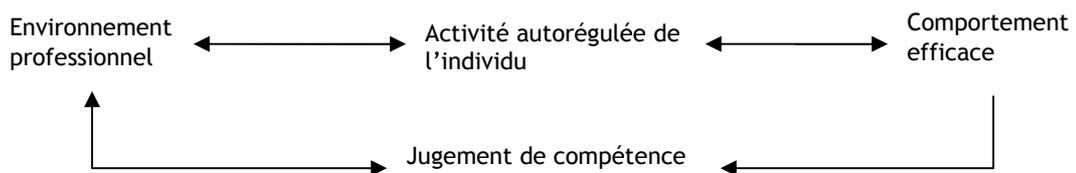
Les schémas ci-dessous illustrent la proximité et l'interaction des concepts issus de l'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle et de la théorie sociocognitive au titre du développement de compétences. Passer du niveau de la prescription et de la tâche, avec leurs attentes de performance, à l'activité productrice, c'est-à-dire la production des comportements performants, repose sur la succession de deux phases : les structures de connaissance orientent l'action et déclenchent les opérations cognitives dites transformationnelles et productives. Cette démarche est étayée par le processus d'autorégulation de l'activité décrit par Barry ZIMMERMAN. Ensuite, il est tout à fait similaire avec le processus formalisé par Pyotr GALPERINE et Alexis LÉONTIEV, celui des trois opérations (orientation, exécution et contrôle) qui structurent le déroulement de l'action.

Les quatre éléments du schème représentent autant de ressources cognitives mobilisées par les structures de connaissance et par les opérations transformationnelles et productives. Les théorèmes-en-acte, qui sont une catégorie particulière d'invariants opératoires mais qui font aussi partie intégrante du modèle cognitif de l'individu, recouvrent les structures de connaissance. Leur fonction est la même : ils sont précurseurs, avec les inférences, des autres opérations cognitives dédiées à l'exécution et au contrôle de l'action. Quant aux autres invariants opératoires, les concepts-en-acte, avec les anticipations et les règles d'action, ils constituent la partie effectrice du schème, autrement dit le modèle opératoire de l'individu.

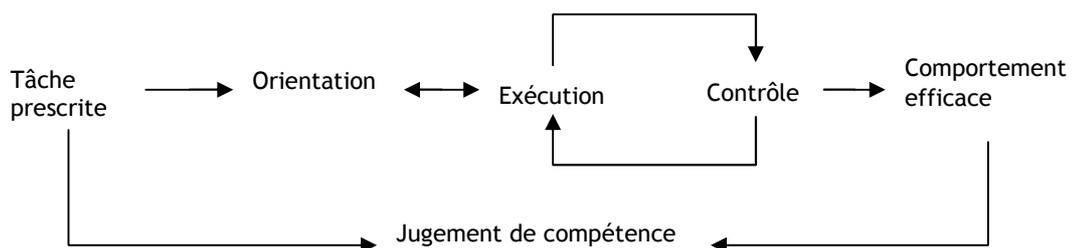
Après avoir constaté que ces deux ensembles théoriques convergent sur des points fondamentaux, nous en ajouterons un de plus, à titre d'hypothèse. La notion de classes de situations, si déterminante pour analyser l'application des schèmes et des modèles opératifs, ne joue-t-elle pas le même rôle de définition de périmètre que les « domaines d'activité » quand il s'agit de mesurer et d'analyser l'auto-efficacité ?

Synthèse intermédiaire 3

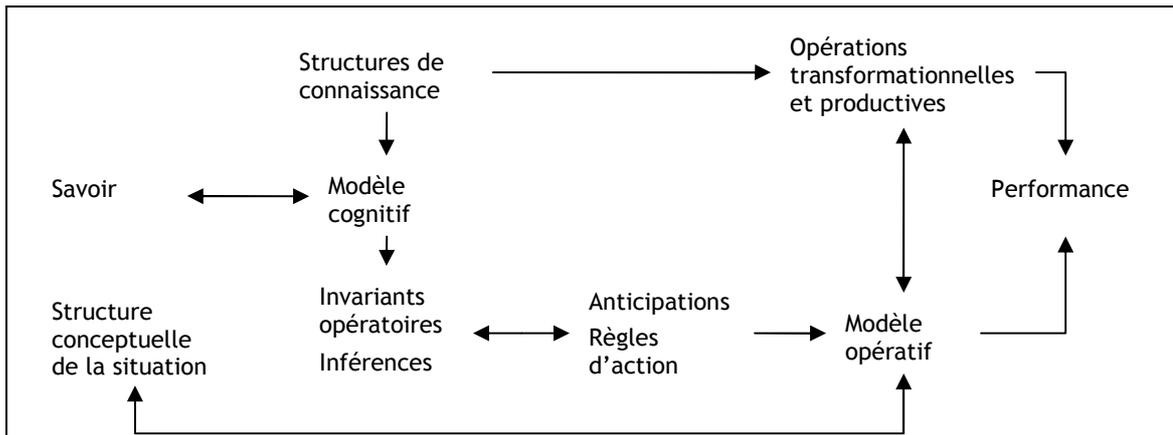
Pour synthétiser ces éléments de réflexion, rappelons que la compétence critique ne reflète pas seulement l'organisation cognitive de l'activité d'un individu (un comportement efficace est le résultat de l'activité autorégulée de l'individu), elle est aussi le produit d'un jugement social d'attribution porté sur l'efficacité d'un comportement en milieu professionnel.



L'activité autorégulée de l'individu constitue une réponse à la prise en compte d'une prescription et met en jeu les trois opérations d'orientation, d'exécution et de contrôle.

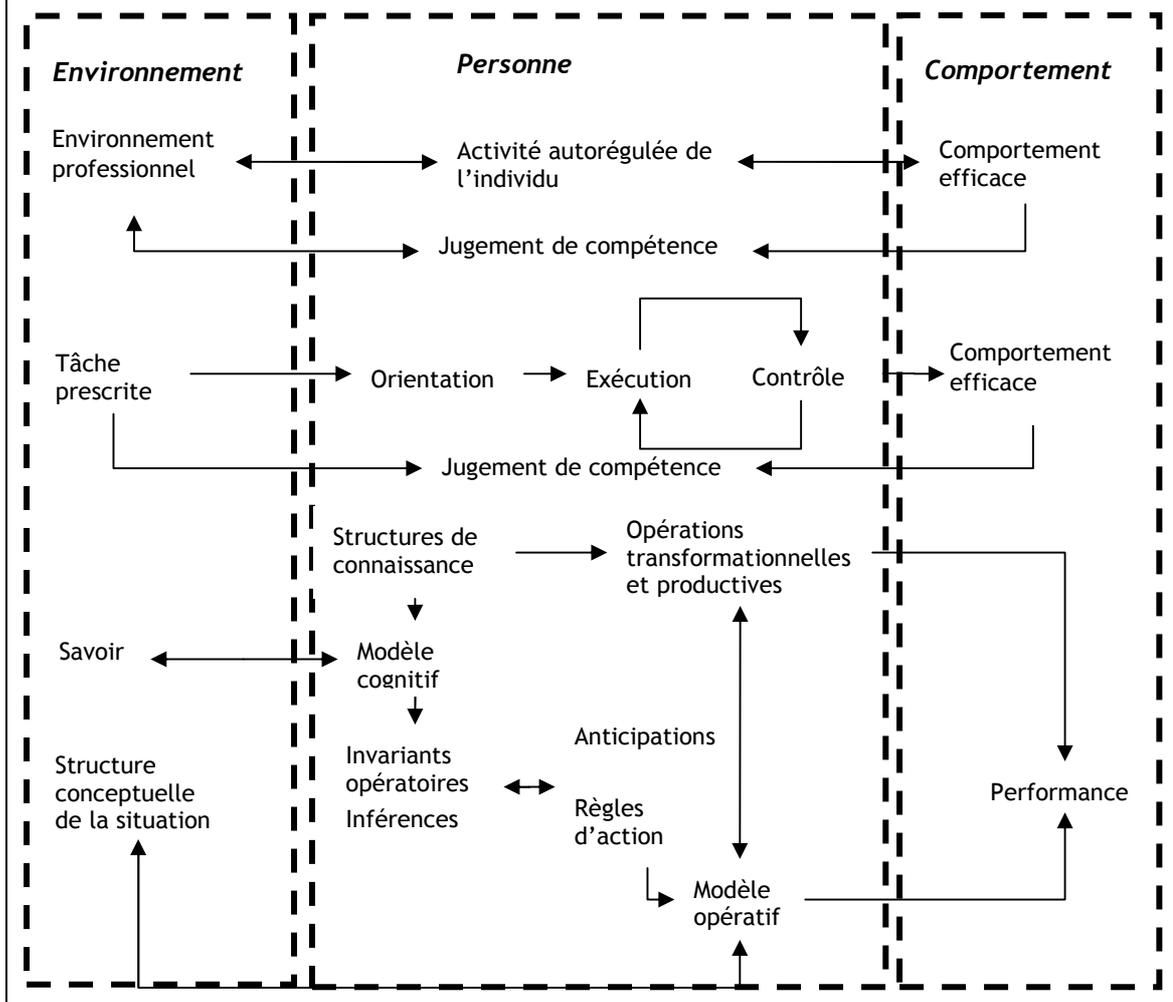


Au vu des analyses précédentes, il est possible d'établir les relations entre les concepts de la théorie sociocognitive et de la théorie de la conceptualisation dans l'action.



Enfin, il est possible de reclasser l'ensemble de ces éléments en lien avec les trois facteurs : environnement, personne, comportement, constitutifs de la causalité triadique réciproque.

Schéma 10 Vers un modèle de la formation des compétences critiques



3 Une première approche des compétences critiques et de l'auto-efficacité de cadres et dirigeants

La première phase de la recherche a été exploratoire, au sens où nous nous sommes efforcé de dépasser nos propres questionnements, les plus immédiats. Pour cela, nous avons tenté d'équilibrer une démarche inductive de compréhension du terrain avec un processus plus déductif dans lequel nous voulions illustrer des éléments théoriques structurants de notre problématique. La rencontre de ces deux démarches est issue de la fréquentation des médecins inspecteurs de santé publique et des directeurs des soins. Et même si « comparaison n'est pas raison » travailler avec ces deux populations a été un point de départ très fructueux dans l'empirie. Le dispositif se construisant peu à peu, à mesure que les premiers résultats étaient constitués, nous avons abandonné les médecins inspecteurs de santé publique pour se concentrer sur une seule population et aller plus loin aux fins de vérification de l'hypothèse central de notre recherche.

Des faits se présentaient à nous : des médecins inspecteurs de santé publique, pendant le temps de leur formation statutaire, s'orientent vers l'acquisition de compétences de différentes natures¹⁰. En premier lieu, ils acquièrent les compétences nécessaires pour traiter les situations qu'ils rencontrent habituellement sur le terrain. Mais certains aspirent à développer d'autres compétences, ils souhaitent en effet devenir des professionnels particulièrement reconnus par leurs collègues. Recherchant un niveau d'excellence, ils se mobilisent pour acquérir des compétences dites critiques (VERGNAUD G., 1998a), celles que peu d'individus mettent en œuvre et qui, en tout état de cause, nécessitent un plus long apprentissage et dans des circonstances très diversifiées.

Dans un premier temps, il s'agissait de dépasser nos intuitions et de tenter de donner corps à cette notion de compétence critique. Pouvions-nous en donner quelques unes à voir dans le champ de la santé publique et du management ? C'était un préalable

¹⁰ Et nous comprendrons rapidement que d'autres élèves de l'ENSP se comportent de la même manière.

évident à la réflexion sur la relation entre l'auto-efficacité et la formation des compétences.

3.1 Introduction aux compétences critiques en santé publique

Une rapide analyse documentaire nous a permis de constituer un premier repérage des compétences critiques en santé publique et en management de la santé publique à l'hôpital.

Rappelons tout d'abord les raisons de notre intérêt porté aux compétences critiques, c'est-à-dire des compétences sélectionnées au milieu d'un ensemble particulièrement vaste. Pourquoi faudrait-il être exhaustif et chercher à décrire toutes les compétences dans ce secteur d'intervention hospitalier ? Outre que ce n'est pas notre objet de recherche, il est préférable d'analyser les compétences critiques parce qu'elles font la différence (VERGNAUD G., 2001) entre les corps de métier, entre les professionnels, entre les novices et les experts. L'intention n'est pas de les décrire précisément ici mais de poser quelques indications préalables. Nous affirmons ici un choix méthodologique qui porte sur les compétences critiques, compétences singulières d'un métier. Nous n'avons pas retenu les compétences « communes », c'est-à-dire des compétences qui appartiennent à plusieurs catégories de médecins de santé publique (RIFFAUD A., 2004). L'enjeu de l'identification des compétences communes est de permettre « une lecture transversale » des compétences nécessaires pour exercer des activités différentes.

En santé publique, les compétences visées par la formation recouvrent essentiellement la réponse à des tâches techniques : animer un groupe, établir un budget prévisionnel, écrire un rapport, organiser la permanence des soins médicaux dans un département, etc. Il apparaît que les novices, mêmes formés et diplômés, ne sont pas en mesure d'effectuer ce qu'on attend d'eux dès leur prise de fonction. Il manque à ces novices les compétences sociales, celles que les écoles n'enseignent pas, pour peu qu'elles se concentrent sur l'enseignement des savoirs théoriques et des savoirs procéduraux. Les compétences sociales sont souvent des « compétences

managériales » utiles pour organiser son travail, gérer ses relations aux autres, coordonner une équipe, prendre des décisions stratégiques, etc. D'ailleurs, d'après les travaux de recherche du GRACCO¹¹, les organisations de travail nécessitent souvent trois types de compétences de management :

« Les compétences intra personnelles (efficacité dans la résolution de problèmes, gestion du stress, conscience de soi), les compétences interpersonnelles (communication constructive, gestion constructive des conflits, efficacité dans la motivation des collaborateurs) et les compétences en management des équipes (efficacité dans la délégation de responsabilités, développement du travail en équipe, adaptation du leadership et du style de management à l'organisation) »¹².

Les novices, les jeunes professionnels de la santé publique, expérimentent rapidement que ces compétences sont indispensables à leur exercice professionnel. Une partie seulement d'entre eux va les acquérir. En ce sens, ces compétences sociales, managériales, peuvent devenir des compétences « critiques », celles qu'éventuellement personne d'autres ne possédera au sein de leurs équipes. Un exemple de compétences critiques dans le secteur de la santé publique est celui de « *trucs du métier* », des compétences développées par des infirmières disposant de plus de dix années d'expériences professionnelles dans le domaine du soin et de la relation au patient :

« Il devient par exemple facile pour elles de « reconnaître plus rapidement les besoins, le caractère et la mentalité des résidents », surtout lorsqu'il s'agit de nouveaux résidents. L'intervention en est alors facilitée, surtout lorsque celle-ci s'avère désagréable, par exemple les prises de sang pour les personnes diabétiques. Lorsque les résidents se retrouvent ainsi en confiance, ils sont, en contrepartie, moins « agités » et « sonnent moins

¹¹ Le GRACCO est le Groupement de recherche sur les attitudes, les comportements et les compétences dans les organisations. Il s'agit d'un réseau d'équipes de recherche réunies au sein du CNRS : GDR 2652.

¹² Extrait du site web du GRACCO : <http://gracco.univ-tsle1.fr/premier.htm>.

souvent » pour qu'un membre de l'équipe aille les voir, ce qui facilite les soins aux autres » (TOURVILLE Y., 2006).

C'est, vraisemblablement, selon le niveau de leur auto-efficacité que certains apprenants se distinguent des autres et qu'ils cherchent à acquérir des compétences critiques. Particulièrement pour ces apprenants, il est possible que

« La formation [répond] au sens profond de la place et du rôle que l'individu est amené à jouer. La finalité d'une démarche de formation est celle de l'emploi mais perçue non pas seulement comme travail à effectuer mais comme place et rôle à tenir, comme identité à acquérir ou construire » (PRESTINI-CHRISTOPHE M., 2005).

Dans ce cas, l'individu s'engage en formation et s'oriente vers des objectifs ambitieux d'acquisition de compétences critiques qui vont mobiliser des ressources cognitives importantes. Par exemple, prendre une décision pertinente mettant en jeu les diverses contraintes stratégiques, organisationnelles, managériales et personnelles représente vraisemblablement une compétence critique pour des directeurs des soins dans le cadre du management hospitalier.

L'acquisition de compétences critiques requiert un niveau élevé d'autodirection de ses apprentissages (CARRÉ P. & MOISAN A. (Dir.), 2002) et d'auto-efficacité. Un apprenant autodirigé utilisera les ressources qu'un centre de formation, une école, mettra à sa disposition mais il consommera aussi des ressources extérieures, sur les terrains d'exercice professionnel. L'autoformation ne se décrète pas de l'extérieur. Il est simplement possible qu'un dispositif de formation tente de créer les conditions favorables à l'autoformation dans un cadre institutionnel. Dans ce cas, l'articulation doit être forte entre le degré d'« ouverture » du dispositif et les capacités à l'autodirection des apprentissages manifestées par l'individu (JÉZEGOU A., 2005). En effet, la fonction première d'une « ingénierie des compétences »¹³ (LE BOTERF G.,

¹³ Pour ne reprendre que le titre d'un ouvrage maintenant ancien de Guy LE BOTERF : « L'ingénierie des compétences ». L'auteur y précisait lui-même que «le présent ouvrage propose une instrumentation qui ne peut trouver sa pleine efficacité qu'en s'intégrant dans un ensemble d'hypothèses et de concepts établis avec le plus de rigueur possible».

1998), plus encore que d'une ingénierie pédagogique, serait de créer les interfaces nécessaires pour que la formation des compétences se poursuive d'une situation de formation à l'autre, du centre de formation au terrain professionnel. Les interfaces d'un dispositif d'autoformation se situent entre l'apprenant et son projet de formation, entre l'enseignement et les pratiques autodidaxiques et entre la matérialité et la virtualité pour ce qui concerne plus spécifiquement les *designs* de formation à distance (ALBERO B., 2000).

A l'issue de cette exploration documentaire rapide, nous avons compris que les faits recouvraient un certain niveau de complexité. En santé publique, les compétences critiques sont reconnaissables au milieu d'un vaste ensemble de compétences attendues à l'aide des critères suivants :

- L'opposition entre compétences « techniques » et « compétences relationnelles » ou « managériales », les compétences critiques sont de ce dernier côté.
- Les compétences critiques mettent en jeu un niveau certain d'implication de l'individu à travers sa personnalité, c'est le cas certainement pour les compétences dites intra personnelles ou interpersonnelles.
- La durée importante de l'expérience professionnelle est nécessaire mais elle n'apparaît pas suffisante. En tout cas, ce n'est pas le seul facteur.
- L'acquisition d'une compétence critique est en relation avec le processus de socialisation professionnelle, d'insertion dans le métier. Elle peut apparaître comme un atout favorable à la progression de la carrière hospitalière.
- La formation peut être instrumentalisée par l'individu pour parvenir à ses fins. L'attitude proactive de l'apprenant doit alors rencontrer un dispositif de formation accueillant et dynamisant.

Une exploration plus fine peut dès lors commencer auprès de médecins inspecteurs de santé publique et de directeurs des soins. L'idée est de pouvoir identifier et décrire plus précisément quelques compétences critiques.

3.2 Les médecins inspecteurs de santé publique, un accès difficile au métier

Nous avons mené de manière exploratoire des entretiens semi-directifs auprès de huit médecins inspecteurs de santé publique présents pendant leur formation statutaire à l'ENSP, dix-neuf semaines sur une année.

L'introduction de l'entretien était très généralement consacrée au changement dans la vie professionnelle et aux moyens de faire face à ces évolutions. Étaient abordés les thèmes liés à l'auto-efficacité, à la prise en charge des rôles professionnels ainsi qu'aux différents modes d'entrée dans la profession. D'une durée de quarante-cinq minutes à une heure, les entretiens étaient enregistrés et transcrits ultérieurement en vue d'une analyse thématique de contenu pour identifier quelques compétences critiques et apprécier le niveau d'auto-efficacité au travail.

Lors des premiers contacts exploratoires, la population nous avait été présentée comme une population de médecins en mutation, s'arrachant à l'exercice clinique de la médecine pour devenir des « régulateurs des politiques de santé publique ». Leurs terrains professionnels étaient décrits comme particulièrement « administratifs » et semés d'embûches. Il semble que ce problème ait été posé depuis longtemps, dès les origines de l'ENSP :

« [Depuis la réforme, en 1964, des responsabilités exercées par les médecins de la santé jusqu'en 1976 où le recrutement devient plus régulier] Les quelques postes mis au concours n'ont d'ailleurs pas attiré, pendant cette période, beaucoup de candidats : la carrière proposée, n'offrait que peu d'attraits sur le plan matériel en regard de ce qui existait dans le secteur semi-public (médecins du travail, médecins conseils de la sécurité sociale). Quant au travail lui-même, il pouvait sembler, à la lecture des nouveaux statuts, dépourvu de tout intérêt par suite du peu de responsabilités directes dont le corps restait investi » (RUFF J. & GUIRRIEC J., 1987).

A regarder l'histoire de cette profession (RAIMONDEAU J. & BRÉCHAT P-H, 2002), les médecins inspecteurs de santé publique sont les héritiers des premiers inspecteurs

départementaux d'hygiène lors de la première loi de santé publique en 1902. Depuis, leurs compétences réglementaires ont été sans cesse modifiées ainsi que leurs lieux d'exercice professionnel, leurs missions, les moyens qui leur sont attribués, leurs partenaires, etc. Leur champ d'action n'a pas cessé de varier en même temps que les modes d'organisation administrative de la santé publique française :

« Le revers de la médaille, c'est l'écartèlement entre missions départementales et missions régionales, l'arbitrage délicat entre les tâches prioritaires du département - pas diminuées pour autant - et la disponibilité pour l'animation de programmes qui ne soit limitée ni à l'écriture d'un document ni à une collection d'avis plus ou moins collégalement construit sur des actions soumises à financements ; c'est aussi affronter l'incompréhension si on argumente le choix d'un projet ou l'affectation de ressources sur un territoire autre que celui de son affectation » (JABOT F., 2006).

Le corps des médecins inspecteurs de santé publique est ouvert aux médecins praticiens. Ceux qui rentrent en formation statutaire à l'ENSP sont âgés de quarante-trois ans en moyenne, ils disposent donc d'une expérience professionnelle déjà conséquente. Ils sont formés à l'École nationale de la santé publique et travaillent au sein des services du ministère en charge des questions de santé publique et de travail social : directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS), services de l'administration centrale (VANDENBERGHE M., 2002).

Les activités des médecins inspecteurs de santé publique dans les DDASS s'exercent dans quatre domaines : la relation aux établissements de santé, la mise en œuvre des politiques de santé, la veille sanitaire et les relations avec le corps médical (ASTIER P., 2003).

Les médecins inspecteurs de santé publique qui exercent dans les DRASS connaissent aussi des fonctions diversifiées. Principalement, ils ont à coopérer avec les DDASS et à conduire des actions spécifiques, par exemple un programme d'inspection ou la mise en place de réseaux permettant la conduite de programmes de santé publique.

En administration centrale, des médecins inspecteurs de santé publique ont aussi à conduire des actions collectives. Ils organisent des manifestations, colloques ou séminaires, et conçoivent des actions de formation. Il n'est donc pas facile de fixer

les priorités et les médecins inspecteurs de santé publique ne cessent de passer d'une mission à l'autre : « Les médecins inspecteurs de santé publique éprouvent des difficultés croissantes à remplir les différentes missions - inspection, conduite d'évaluations, animation de programmes, veille sanitaire, surveillance épidémiologique... - dont ils ont été investis » (ROBERT G., 2003).

En introduction d'un séminaire de l'association des médecins inspecteurs de santé publique, Renée POMARÈDE déclarait que « Pour tout corps professionnel, la question de la compétence et donc de la formation pour l'acquérir et la maintenir est un souci constant ». (AMISP, 2002). Elle poursuivait en déclinant les « compétences » nécessaires à l'exercice du métier de médecin inspecteur :

« Comprendre (analyse des besoins de santé, analyse de l'offre de santé, observation de la santé, veille sanitaire, épidémiologie, traitement des informations, risques sanitaires liés à l'environnement, sociologie de la santé et des organisations - jeux d'acteurs -, recherche en santé publique...) ; agir (éducation pour la santé, programmation en santé, planification de l'offre de soins, gestion des risques évaluation,...) ; communiquer, expliquer, convaincre (conférences de santé, démocratie sanitaire) ».

Au moment où cette recherche démarre, les conditions d'exercice professionnel semblent constituer autant d'obstacles à l'intégration de médecins qui ont certes connu de nombreuses expériences, notamment dans le cadre d'organisations non gouvernementales dans les pays du Sud, mais aucune de ces expériences ne semble les préparer à un travail en services déconcentrés du ministère. Les conditions du retour en métropole et / ou l'accès à une deuxième carrière pour ces médecins qui ne soignent plus peuvent les surprendre et les dérouter.

La situation est perçue comme difficile, le pilotage des politiques de santé a souvent été remis en cause. La Cour des comptes remarque que « A la différence des agences sanitaires, les services déconcentrés ne souffrent pas d'un manque de formalisation mais d'un excès d'objectifs assignés au regard des moyens humains dont ils sont dotés » (Cour des comptes, 2004). Les services déconcentrés, DDASS et DRASS, peuvent alors se sentir impuissants et ils ne disposent pas toujours d'un médecin inspecteur de santé publique affecté dans leurs services.

Le malaise s'exprime sur la place publique et un quotidien régional notait récemment que « face à l'inflation de leurs tâches, les médecins inspecteurs de santé publique s'inquiètent pour l'avenir, d'autant que la relève n'est pas assurée »¹⁴. Un rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS)¹⁵ en 2006 insiste sur « la place paradoxale » des médecins inspecteurs de santé publique dans les organisations. Leur visibilité institutionnelle est « dévalorisée » et les médecins inspecteurs de santé publique se trouvent progressivement « déclassés » dans les DDASS. Même si les médecins inspecteurs de santé publique ont su s'adapter à des organisations incertaines, « leur apport personnel apparaît moins clairement » et des « critiques se font jour sur la spécificité de leur apport » (BENEVISE J-F. & LOPEZ A., 2006).

Les médecins inspecteurs de santé publique sont confrontés à l'ampleur, à la diversité et à la concurrence des tâches qu'ils sont censés remplir (BRÉCHAT P-H., SALINES E. & SEGOUIN C (Coord.), 2006). Ils connaissent, dès leur prise de fonction, des difficultés liées à l'intrication de l'urgent et du programmé, de l'administratif et du médical. On comprendra, dans ce contexte, que l'auto-efficacité au travail des médecins inspecteurs de santé publique puisse être de faible niveau.

L'évaluation post-formation des médecins inspecteurs de santé publique, un an après leur sortie de l'ENSP, montre un taux de satisfaction plus faible que pour d'autres filières et ce taux reste bas, année après année. Ils estiment que leur formation est :

« inadaptée, trop « théorique » parfois, mais aussi en deçà des demandes, comme si la formation ne parvenait pas à se mettre à la hauteur du métier : diffusant trop de connaissances et parfois sur des champs non pertinents et n'assurant pas la construction des compétences sur les aspects centraux de l'exercice professionnel » (OLM C., 2002).

¹⁴ Extrait de l'article « Les médecins inspecteurs se rebiffent » publié par les Dernières nouvelles d'Alsace du 18 novembre 2006.

¹⁵ Les missions de l'IGAS sont le contrôle des administrations et des organismes sociaux (contrôle supérieur), l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine social au sens large et l'apport de conseils et d'expertises aux membres du gouvernement.

Il semblerait toutefois que les opinions puissent diverger au sujet de la formation délivrée à l'École et sur son rôle de formation des compétences. Michel VANDENBERGHE note que des médecins inspecteurs de santé publique s'expriment positivement sur leur formation « avec un peu de recul » post-formation : l'École « n'apporte pas de recettes, mais des moyens de se débrouiller dans le métier », ou encore l'École donne « les idées claires sur ce que [les médecins inspecteurs de santé publique] cherchent, ce qu'ils veulent, et les méthodes pour y parvenir » (VANDENBERGHE M., 2002).

Enfin, un intérêt nouveau pour ce corps de fonctionnaires semble se dessiner¹⁶ avec la publication de nouvelles études faisant suite à des parutions épisodiques depuis vingt ans (ASTIER P., 2003; BASSET B., 1998; BENEVISE J-F. & LOPEZ A., 2006; ENSP, 1996; GIRARD J-F. & MENGUAL E., 1991; PIEDNOIR F., 1995; STROHL H., DAB W., GENOU J. & SERFATI A., 1988; VANDENBERGHE M., 2002).

3.2.1 Le métier comme épreuve : un faible niveau d'auto-efficacité au travail

L'auto-efficacité des médecins inspecteurs de santé publique que nous avons pu rencontrer n'apparaît pas au plus haut niveau. Ils estiment souvent se heurter à des difficultés importantes et ne pas posséder la capacité de traiter ces problèmes. Le niveau d'auto-efficacité semble agir sur le type d'objectifs que les médecins inspecteurs de santé publique novices se fixent. Sans ambitions fortes, les médecins se donnent prioritairement l'objectif de comprendre leur contexte de travail et leur mission. C'est un objectif préalable à l'action proprement dite mais cet objectif semble les mobiliser sur une longue période.

¹⁶ D'après Jacques RAIMONDEAU, alors en charge de la formation des médecins inspecteurs de santé publique à l'ENSP.

Une partie des médecins rencontrés doute de leur compétence pour situer leur rôle et les déterminants institutionnels de leur action. En conséquence, ils craignent souvent de s'exposer professionnellement et éprouvent un sentiment d'immobilisme et d'inaction. Ils doivent alors faire preuve d'un volontarisme affirmé pour rejoindre les équipes dynamiques ou s'inclure dans des projets qui peuvent devenir formateurs. La plupart du temps, les médecins rencontrés s'engagent dans des tâches techniques mais ils considèrent que leurs échecs sont causés par un trop faible investissement personnel. Certains médecins inspecteurs de santé publique ne parviennent pas à créer la disponibilité et la productivité attendue par la hiérarchie et les collègues. Les raisons évoquées sont multiples. Une des premières réside dans la perception du métier :

« J'avais cru comprendre que le métier de médecin inspecteur consistait à faire la même chose en France que ce que je faisais à l'étranger. En fait, ce n'est pas du tout ça, de toute façon, je n'ai pas les outils pour construire avec les gens. »

Il devient dès lors délicat de « s'inscrire dans ce métier ».

Les tâches peuvent ne pas être « très bien définies. C'est particulier au poste où je suis. Je ne prends pas ça très bien, j'ai du mal à me structurer. » Ce médecin inspecteur de santé publique craint d'ailleurs que la situation évolue peu, il ne se sent pas en mesure d'influencer le cours des choses, à la différence de ses collègues qui connaissent une « plus grande satisfaction » liée à leur exercice professionnel.

L'efficacité perçue pour se positionner face à des partenaires est faible : « Je n'avais pas trop pu imaginer, mais les gens ont de fortes attentes. » L'attitude consiste alors à se contenter d'une position d'observateur et à retarder le moment de l'action. Parfois, des médecins inspecteurs de santé publique ayant décidé d'agir n'obtiennent pas les satisfactions souhaitées :

« Certains de mes collègues [médecins en formation] qui se sentent plus sûrs que moi sont déjà dans l'action. Et d'autres sont dans le grand marasme : pas d'objectifs précis. On vous demande de faire une étude et quand vous présentez l'étude, le verdict tombe de la part du commanditaire de l'étude : votre truc ne sert à rien ».

Le manque de connaissances est incriminé par certains médecins inspecteurs de santé publique. Des connaissances « parcellaires » dans la conduite de politiques de santé publique, à la différence « de grands déroulés comme en épidémiologie » reçus en formation initiale de médecine, entravent le développement de l'auto-efficacité nécessaire pour prendre en charge des rôles professionnels adéquats.

Les difficultés du travail en équipe (pas de « retours des collègues » sur son action) s'accompagnent parfois de tensions : « Comment puis-je gérer tout cela ? Je ne sais pas. Je pense que j'ai beaucoup de difficultés. » Pourtant ce médecin précisera qu'il possède une forte compétence pour traiter les conflits dans d'autres cadres que celui où il exerce actuellement.

La hiérarchie est jugée « lourde » et les médecins inspecteurs de santé publique ne savent pas comment agir pour dépasser ces obstacles. Leur départ est envisagé comme une solution possible surtout si le sens de leur activité n'est pas explicite. Le pire, disent-ils, est de se confronter à des problèmes « éthiques » sur un ensemble de tâches à caractère « répressif ». Ils ne se sentent pas toujours en capacité d'appliquer des textes avec lesquels ils ne sont pas d'accord : « franchement, il faut aussi savoir respecter son éthique personnelle. Moi j'ai encore un certain chemin à faire pour représenter l'État. Je n'ai pas encore vraiment bien intégré ça ».

Le travail, le sérieux et la rigueur personnelle, apparaissent aux yeux de certains comme des ressources indispensables et qui sont de nature à surmonter les épreuves. « Je peux faire un travail en amont pour reconnaître le sujet [de la réunion que j'organise], je peux m'assurer que tout le monde est bien au courant du sujet, du thème, de l'ordre du jour, s'ils ont reçu des invitations à temps, etc. ». D'autres tâches techniques sont, elles aussi, maîtrisées avec le temps et la réussite procure un renforcement de l'auto-efficacité :

« Certaines tâches de veille sanitaire qui me paraissaient difficiles quand je suis arrivé, aujourd'hui me paraissent extrêmement faciles. Par exemple, c'est le cas d'une méningite où il faut gérer les sujets contacts et les collectivités territoriales. Cela ne me fait plus peur. Mener un dossier à bien, d'emblée, ce n'est plus insurmontable. Je vais y travailler, je vais passer le temps nécessaire. Je suis assez fonceuse. Je réponds à la demande. »

A l'inverse, un trop faible engagement personnel est perçu comme une source d'échecs : « Pour le moment, je ne me sens pas très efficace, je travaille trop peu, je fais autre chose en même temps [l'écriture du mémoire de fin de formation] », le mémoire apparaît alors comme un dérivatif qui occupe la majeure partie du temps de travail.

La satisfaction au travail peut venir parfois d'une capacité de travail personnel couplée à des appréciations positives de l'équipe. Faisant référence à son passé de médecin généraliste, un médecin inspecteur de santé publique novice réfléchit sur sa capacité à autodéterminer ses pratiques : « J'ai un potentiel de travail. Je n'ai pas besoin du regard des autres pour avancer et ne pas être remis en cause constamment. Les plus jeunes collègues médecins inspecteurs de santé publique sont beaucoup plus sensibles à ces aspects que moi-même ».

Le niveau et la force de l'auto-efficacité déterminent non seulement la satisfaction ressentie face aux contraintes des tâches à accomplir mais ils expliquent également le niveau de productivité atteint par les médecins inspecteurs de santé publique. En effet, le quotidien d'un médecin inspecteur de santé publique requiert de structurer ses activités de manière très organisée mais doit laisser place à toute la souplesse indispensable pour traiter les situations urgentes, comme l'indique ce fragment d'entretien avec un médecin inspecteur de santé publique, l'un des quelques médecins rencontrés qui estime disposer d'une bonne auto-efficacité :

« Il y a toute une série de dossiers courants. Par exemple les TIAC¹⁷. En septembre, j'étais [à l'ENSP], mais il y a eu une pollution environnementale. L'usine de la ville a ouvert malencontreusement ses vannes dans le réseau d'eau potable. Cela a créé un climat d'inquiétude. Au dernier trimestre, on a encore eu deux TIAC assez banales finalement, mais dans ce contexte là, avec une petite population rurale et un organe de presse qui cherchait des informations, ça demande une gestion qui est un petit peu différente de l'habitude. Ensuite, il y a les investigations autour des épidémies. Il y a eu une méningite. Il y a eu des événements divers dans les établissements scolaires. »

¹⁷ Toxi-infections alimentaires collectives.

Les événements s'enchaînent avec des tâches à accomplir qui ne ressortent pas toujours exactement de sa compétence. La confiance en soi et l'efficacité perçue dans la réalisation de l'ensemble de ses tâches conduisent ce médecin inspecteur de santé publique à agir, à planifier et à organiser ses journées, à mobiliser des ressources partenariales et à informer la population au mieux.

D'autres médecins inspecteurs de santé publique ne parviennent pas à créer les conditions de la disponibilité et de la productivité attendue par le poste :

« Aujourd'hui, je ne sais pas si j'ai les compétences mais je ne doute pas de moi, simplement je vais moins vite, je m'expose moins [en réunion avec les partenaires]. Très facilement avant de sortir de la DDASS, je verrouille : est-ce bien à moi d'y aller ? Je veux savoir absolument pourquoi j'y vais ».

La vérification et le contrôle des conditions de l'action sont nécessaires pour ne pas céder à une « certaine inconscience » qui a conduit ce médecin inspecteur de santé publique à s'engager inconsidérément sur la base d'éléments insuffisants. Représenter l'État est une mission majeure pour ce corps de fonctionnaires et qui peut connaître quelques « couacs » désagréables. La recherche des informations s'avère stratégique.

La plupart des médecins inspecteurs de santé publique rencontrés ne bénéficient pas tous d'une forte auto-efficacité dans la prise en charge des rôles professionnels auxquels ils aspirent. Pour certains individus, de nombreuses situations de travail sont jugées vraiment difficiles :

« La grave difficulté que je connais depuis ces six derniers mois c'est une complète remise en cause de moi-même et de mes compétences [ainsi que du « système » sanitaire et de la formation]. Comment se fait-il que les autres arrivent à s'inscrire dans cette démarche ? Je vois des collègues qui ont pu conduire de nombreuses actions alors que mon bilan personnel est de zéro. Je me remets en question et je pense que l'une de mes difficultés est l'habitude issue de ma carrière professionnelle antérieure d'avoir un projet dont j'étais responsable à l'intérieur d'une équipe ».

Le degré de généralisation de l'auto-efficacité n'est pas toujours très élevé. Les stratégies de recueil de l'information jugées efficaces dans certains domaines, la veille sanitaire par exemple, se révèlent moins performantes dans un autre domaine comme la connaissance des partenaires. L'efficacité perçue pour une activité (gérer une plainte, organiser une réunion, collecter des informations, ...) n'est pas toujours généralisée à une large gamme mais se restreint à la réussite de quelques tâches précises. Dans le cas où l'auto-efficacité est faible, le médecin novice connaît une productivité de moindre niveau, hésitant à accomplir les tâches demandées, restant en retrait et mesurant ses engagements pour ne pas s'exposer devant les partenaires ou les collègues de son service.

La question se pose du repérage des missions et des conditions dans lesquelles ils doivent les accomplir. Le projet conduit par le ministère de la santé, les politiques publiques que les médecins inspecteurs de santé publique doivent veiller à la mise en œuvre se révèlent parfois « incompréhensibles ». Certains ne parviennent pas à identifier les priorités de la DRASS où ils exercent, « elles changent tout le temps ! » Confronté à cette difficulté, un médecin inspecteur de santé publique ne pouvait définir sa tâche et estimait être bloqué dans son développement : « Ça fait six mois que je fais des ronds dans l'eau ».

D'autres médecins confirment la pénibilité de la tâche, deux ans semblent être un minimum pour « caler des conditions de travail agréables » après avoir souffert de ne pouvoir organiser leur travail et enfin pouvoir réguler leurs apprentissages comme ils l'espéraient en rejoignant leur service. Leur capacité d'adaptation, souvent estimée à un bon niveau (les médecins inspecteurs de santé publique ont exercé auparavant en libéral et parfois dans des organisations non gouvernementales développant des projets humanitaires à l'étranger) est prise en défaut. Ils ne parviennent pas toujours à définir ce qu'ils doivent apprendre, quelles compétences doivent être intégrées et à quel rythme. Un médecin reconnaissait se heurter à des obstacles importants :

« J'ai des difficultés à fixer mes propres objectifs de travail. J'ai aussi des difficultés à réguler mon activité. Ce n'est pourtant pas un problème de charge de travail et de sélection des tâches. Mon travail n'est pas défini donc c'est moi qui me donne ma charge de travail. [...] C'est tout cela qui me donne l'impression d'être inefficace ».

Néanmoins, l'acquisition de compétences critiques reste présente à l'esprit, par exemple, un médecin inspecteur de santé publique insiste beaucoup sur ce qu'il indique comme une compétence indispensable aux médecins inspecteurs de santé publique (mais qu'ils ne possèdent pas tous, nous dit-il) : la communication.

« Parler à la télévision ou dans certaines réunions, cela nécessite tout de même un gros effort. Nous sommes souvent en réunion avec des gens qui sont très pointus dans leur domaine et nous ne sommes pas aussi pointus. Ce n'est pas toujours facile de prendre la parole en se disant que, quelque part, nous ne sommes pas aussi performants qu'eux. Je me force mais quand il faut le faire, je le fais, même quand on me le demande pas je sais qu'il faut prendre la parole. Cela fait partie du jeu et je le fais, oui ! Je trouve que c'est un exercice qui n'est pas facile. »

Avant ces entretiens exploratoires, nous avons constaté que les médecins inspecteurs de santé publique étaient considérés comme une population singulière au sein de l'ENSP (insatisfaction exprimée pendant leur formation, promotions difficiles à gérer par le responsable de la filière d'alors, plainte régulière sur les conditions de l'insertion professionnelle, etc.), voire au sein des filières de médecins formés à l'ENSP : médecins de l'Éducation nationale, médecins du travail, médecins territoriaux. Ces éléments se trouvent confirmés par l'enquête IFOP 2007 pour l'ENSP « Évaluation de la formation initiale de l'ENSP auprès des anciens élèves » (DABI F., PHILIPPOT D. & MERCERON A., 2007). Les médecins inspecteurs de santé publique se déclarent parmi les moins satisfaits à l'égard du poste qu'ils occupent un an après leur formation : 85,7 % d'entre eux sont satisfaits contre 91,4 % des anciens élèves. Ils sont unanimes à incriminer des difficultés spécifiques liées à leur service. Ils sont aussi moins nombreux que d'autres élèves à penser que leur poste est adapté à leurs aptitudes et compétences : 78,6 % contre 92,8 % en moyenne. Assez logiquement, les médecins inspecteurs de santé publique ressentent bien plus que les autres des difficultés lors de la prise de poste : 92,9 % contre 59,9 % de l'ensemble des anciens élèves. Ils incriminent la complexité du poste et des lacunes dans la formation délivrée par l'ENSP. Enfin, les médecins inspecteurs de santé publique n'ont le sentiment d'assumer l'ensemble des dimensions de leur poste que pour 71,4 % d'entre eux, la moyenne de la population formée à l'ENSP est de 87,4 %, les médecins inspecteurs de santé publique sont les plus mal placés pour cet indicateur.

3.2.2 Des compétences critiques pour planifier et mobiliser

Après avoir mis en lumière quelques éléments qui suggèrent que leur niveau d'auto-efficacité est bas et que leur auto-efficacité est assez peu généralisée, nous donnons à voir ici quelques compétences critiques issues des entretiens et considérées comme telles par les médecins inspecteurs de santé publique rencontrés.

3.2.2.1 Compétences techniques versus compétences managériales

Les médecins inspecteurs de santé publique établissent une distinction entre « compétences techniques » et « compétences relationnelles ». Les premières paraissent aisées à s'approprier tandis que les deuxièmes nécessitent des efforts importants. Ces dernières visent, chez les novices, à produire des comportements en réponse à des situations professionnelles qui ne sont pas complètement définies. Tous les paramètres situationnels ne sont pas totalement identifiés et des choix sont à décider au vu d'attentes mal élucidées.

Pour les compétences dites techniques, elles peuvent être acquises moyennant un effort raisonnable et semblent plus stables malgré la variation des tâches et des contextes :

« Une compétence technique, c'est une compétence pointue dans le cadre de la gestion d'un dossier par exemple. Vu les missions tellement larges dont nous bénéficions en tant que médecins inspecteurs, nous ne pouvons pas avoir toutes les compétences dans tous les domaines. Mais si on décide de s'intéresser à un domaine particulier, on doit pouvoir acquérir relativement facilement les compétences techniques nécessaires, si on se donne le temps, les moyens ».

Lors de la mise en œuvre de compétences dites techniques, la réussite est assurée plus régulièrement et les contextes d'application se ressemblent beaucoup, nous disent-ils. En relation avec leurs compétences techniques perçues, d'aucuns se disent vigilants sur les tâches qu'on leur confie : « Ce n'est pas grave de changer une ampoule ou de nettoyer un lavabo. Mais il y a des limites tout de même, quelle est la plus-value médicale de ces tâches ? ».

Les médecins inspecteurs de santé publique font le lien entre les missions réglementaires et les compétences techniques qui permettent d'accomplir ces missions et qu'il faut développer : « Non seulement je copilote le schéma régional cancer mais je pilote aussi le schéma régional des soins palliatifs. Je ne sais pas encore si cela va me demander beaucoup d'apprentissages puisqu'il s'agit de ma première expérience ». Un autre médecin développe une forte auto-efficacité concernant les apprentissages de la planification hospitalière : « je n'ai pas toutes les connaissances, j'ai fait des petits bouts de planification mais je ne vois pas du tout pourquoi je ne réussis pas ». Il ajoute que peu de compétences techniques lui paraissent hors de portée.

Une mission est essentielle, les relations de l'administration avec le corps médical incombent aux médecins inspecteurs de santé publique : « D'abord, on ne connaît pas les dossiers, quand il faut organiser la permanence des soins et qu'on n'a pas fait ça avant, il faut savoir comment ça se fait ailleurs, il faut rechercher et tout inventer. C'est à la fois technique et à inventer ». Les compétences techniques ne sont donc pas exemptes de créativité et elles ne peuvent en aucun cas relever d'une simple répétition des actions.

Les médecins inspecteurs de santé publique ont également à conduire des actions spécifiques : « Sur ce poste, on me demande d'acquérir de nouvelles compétences plus approfondies, c'est un poste fléché Biotox¹⁸. Je connaissais déjà comment fonctionne l'institution, j'avais déjà rencontré des partenaires donc je n'arrivais pas en terrain complètement inconnu » ou à piloter un programme d'inspection :

« On arrive au moment des recommandations et j'ai pris délibérément le parti de les faire en tant qu'élève. Je vois bien qu'aujourd'hui nous arrivons à la croisée des chemins. [...] ce sera à nous de les convaincre qu'à l'issue de l'inspection il faut faire quelque chose ».

¹⁸ Biotox, pour « biotoxicologique ».

Le quotidien des médecins inspecteurs de santé publique est fait de cette multitude d'actions, de dossiers administratifs à suivre et d'urgences à traiter en dehors de toute programmation préétablie. Les compétences techniques servent précisément à organiser l'ensemble de ces tâches et à satisfaire les attentes de la hiérarchie et des bénéficiaires.

Comment les médecins inspecteurs de santé publique parlent-ils de leurs apprentissages ? Nous observons que les médecins estiment que les compétences techniques peuvent être acquises rapidement :

« Les compétences techniques, ça va, il y a suffisamment de bouquins. Je peux aller au centre de documentation d'à côté. Et puis les collègues sont plutôt prêts à partager les compétences techniques. [...] Sur ce versant technique, il n'y a aucune difficulté. Les gens se sentent à l'aise, c'est beaucoup plus facile d'expliquer quelque chose avec lequel on se sent à l'aise et compétent que sur le versant relationnel qui touche à la place des uns et des autres. »

Quelque soit le type de compétences à acquérir, les médecins inspecteurs de santé publique développent abondamment, à ce sujet, le thème du « terrain - lieu privilégié d'apprentissage ». Ils citent néanmoins quelques exemples de compétences qui pourraient être acquises à l'école, surtout par des formations à la communication. Le jeu de rôle est un des moyens possibles dans cette perspective mais l'école ne saurait être en capacité de répondre systématiquement à de telles demandes, disent les médecins inspecteurs de santé publique. Il n'est d'ailleurs pas question d'acquérir de simples « compétences de base » puisque la demande consiste à comprendre comment les préfets, les directeurs de l'action sanitaire ou sociale ou les directeurs d'une caisse de sécurité sociale raisonnent et perçoivent les problèmes qu'ils traitent conjointement. « Ces nombreux aspects personnels, relationnels, sont essentiels et ne sont pas vraiment travaillés en formation. Tout cela s'acquiert beaucoup moins vite que le reste ». Il s'agit de compétences à l' « écoute » et à la « prise de parole », autant de compétences qui peuvent devenir critiques et dont l'acquisition signe la maîtrise d'un métier.

Les médecins inspecteurs de santé publique interrogés affirment que les compétences critiques s'acquièrent en dehors de l'école et par autoformation la plupart du temps : « S'il faut que je me construisse ces compétences par moi-même, il faudra que je m'arme de patience, de persistance. Il faut peut-être que j'accepte des échecs successifs et que j'analyse mes pratiques. C'est de la méthode expérimentale ». Les médecins novices rapportent que personne n'est tout à fait en capacité de les aider à décrypter les arcanes du terrain et ils se résolvent à une exploration solitaire d'une « multiplicité de facteurs ». Certains terrains se révèlent néanmoins plus facilement pénétrables que d'autres. L'administration française de la santé et les services déconcentrés de l'État paraissent présenter une grande complexité, complexité plus grande que l'administration des autres pays où les médecins ont pu exercer. Ici, « Je n'ai pas de culture administrative, je débarque, il faut m'expliquer. J'en suis arrivée à me demander si les gens pouvaient vraiment expliquer... »

Les médecins inspecteurs de santé publique vivent une situation délicate : en poste dans les services du ministère, ils ont tout à apprendre et « personne ne sait » ou ne prend le temps de les aider au repérage le plus élémentaire. Ils n'ont alors d'autres ressources que de déployer leur propre activité, « l'autoformation, moi je suis à fond dedans, parce qu'il nous la faut ». Ils recherchent de manière relativement isolée l'information nécessaire sans être certains de pouvoir la collecter :

« J'ai essayé à plusieurs reprises d'obtenir le savoir nécessaire pour travailler, j'ai essayé de l'obtenir ici à l'ENSP, notamment pendant les regroupements. J'ai essayé de dire : C'est ça qui me manque. J'ai besoin de savoir comment ça marche. Je n'ai jamais de réponse ou alors de tout petits embryons de réponse ».

Dans un premier temps, les médecins inspecteurs de santé publique se tournent vers leurs collègues de travail, d'autres médecins inspecteurs lorsque les postes sont pourvus dans le service ou d'autres personnels, des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales voire des secrétaires administratives. Souvent, les pairs sont absents, « J'ai un maître de stage, à la DDASS, que je n'ai vu que deux ou trois fois depuis le début d'année. Je n'ai pu faire avec elle que deux ou trois interventions, sans doute parce qu'elle n'avait pas le temps ».

Pour devenir compétent sur la gestion de dossiers techniques du type aménagement de la permanence des soins ou organisation d'une inspection dans le secteur sanitaire, les médecins inspecteurs de santé publique novices demandent à suivre des dossiers en particulier, parfois en dehors de leurs attributions du moment. Leur comportement proactif de sollicitation de la hiérarchie et des collègues les conduit à trouver « plus facilement les bases », disent-ils.

Les médecins inspecteurs de santé publique valorisent donc leurs comportements d'autoformation pour acquérir des compétences techniques et des compétences critiques. Les compétences critiques relevées au fil des entretiens auprès des médecins inspecteurs de santé publique présentent une caractéristique commune : elles appartiennent à la sphère relationnelle du management de projet et du management d'équipes.

Plusieurs catégories de compétences critiques peuvent être identifiées. Il s'agit des compétences à communiquer sur la scène publique, décrypter les rapports de pouvoir, animer un réseau de partenaires, organiser le travail de groupe, planifier ses activités et s'engager personnellement dans l'activité.

3.2.2.2 Communiquer sur la scène publique

A la croisée des compétences critiques, relationnelles et managériales, et des compétences partagées par d'autres métiers, se trouve une compétence qu'il s'agit d'acquérir rapidement : parler au nom de l'État. Cette compétence est partagée, par exemple, avec les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. Médecins inspecteurs de santé publique et inspecteurs de l'action sanitaire et sociale peuvent constituer des binômes lors d'inspection d'établissements de santé. Représenter l'État est, en fait, une compétence qui peut s'exercer dans de multiples lieux :

« C'est comme si j'apprenais à être acteur. [...] Si on parle en tant qu'individu, on pourrait aller plus loin dans ce qu'on dit et dans ce qu'on dirait au nom de l'État et s'engager. [...] Dans une récente réunion autour de l'organisation des soins palliatifs, ils discutaient d'un postulant qui souhaitait rejoindre le réseau. [...] Moi, en tant qu'individu, j'ai été tenté de dire ce

que je pensais, en plus que je connais bien la question des soins palliatifs mais ce n'était pas mon rôle. Ma mission était plutôt de dire : vous êtes un réseau, vous avez de l'argent et votre rôle est de promouvoir les soins palliatifs dans la cité, donc vous n'avez pas à sélectionner ceux qui vous plaisent et ceux qui ne vous plaisent pas ou ceux qui méritent de rentrer dans le réseau ».

Parler « au nom de l'État » est une compétence critique pour les médecins inspecteurs de santé publique parce qu'elle valide les deux éléments de la définition des compétences critiques que sont la difficulté de l'apprentissage et la diffusion restreinte à quelques individus dans le métier :

« Je trouve qu'il y a là tout un apprentissage qui est entièrement à faire et qu'on ne fait pas à [l'ENSP]. Apprendre à parler en étant l'État, cela paraît un peu pompeux comme cela, mais je vois bien dans les réunions auxquelles j'ai assisté, je ne savais pas faire cela [...] Je constate que tous les médecins inspecteurs n'ont pas cette compétence. Je vois un autre médecin inspecteur agir, lui, c'est cent pour cent l'émanation de l'État. On ne voit pas sa marque personnelle, on ne voit pas sa valeur ajoutée, on ne voit qu'un rappel à la loi, à la réglementation ».

Il faut ajouter à ce tableau la capacité à s'adresser aux médias en situation de crise sanitaire, à informer sans dramatiser, à se faire comprendre des institutions et du public.

3.2.2.3 Décrypter les rapports de pouvoir

La communication représente « un outil important dans le métier », mais ce qui est désigné ici est plutôt la compétence à « gérer des difficultés relationnelles avec des médecins de cliniques ou d'hôpitaux lors d'inspections ». La communication efficace

est recherchée pour résoudre les conflits relationnels ou faciliter l'atteinte de ses objectifs de travail :

« J'observe mon collègue, lequel fait apparaître les tensions, il gère cela sans chercher à gommer sa ligne de conduite et il rappelle sans cesse pourquoi il est là. Comme cela, les choses sont claires [...]. En tant qu'individu, il répond très nettement et ne se laisse jamais agresser ».

La compétence pour communiquer s'accompagne assez logiquement d'une compétence stratégique à décrypter les rapports de pouvoir et à plaider sa cause. Les médecins inspecteurs de santé publique évoluent dans un univers où les enjeux s'entrecroisent sans être toujours limpides et lisibles. Ils doivent parfois réagir dans l'urgence alors qu'ils ne possèdent pas toujours une connaissance complète de leur environnement. Dans ces conditions, la compétence à déchiffrer les relations de pouvoir et à les mettre au service de leur intervention est critique. Les médecins inspecteurs de santé publique interviewés à ce sujet relèvent que de nombreux collègues, et eux-mêmes souvent au premier chef, ne maîtrisent pas cette compétence : « Les bons médecins inspecteurs, c'est-à-dire ceux qui arrivent à décrypter ce qui se passe sous leurs yeux, se mettent à la place de leurs interlocuteurs ». L'apprentissage est long et s'appuie sur l'analyse de ses propres échecs. Un médecin inspecteur de santé publique va jusqu'à comparer son métier à celui d'avocat :

« Comme pour les avocats, les médecins inspecteurs de santé publique doivent faire passer quelques priorités au bénéfice de la population. Mais à la différence des avocats qui ont des textes réglementaires et des procédures et qui tentent de jongler avec tout ça, je ne connais pas forcément les textes réglementaires, je ne parle pas des textes de loi car ceux-là je peux aller les lire. Je ne connais pas ce qui est autorisé ou non, je ne connais pas les procédures, je ne connais pas les différents partenaires du système, les différents intervenants, leurs préoccupations, leurs priorités, ce qui fonde les rapports de pouvoir. »

Nous pouvons comprendre ici combien l'intégration d'une compétence critique est liée à l'auto-efficacité à la prise en charge de rôles professionnels. Aspirer à

travailler au service d'une population et, par conséquent, s'insérer dans les jeux de pouvoir qui caractérisent l'intervention suppose de développer une auto-efficacité permettant de dépasser les obstacles et de faire les apprentissages indispensables.

3.2.2.4 Animer un réseau de partenaires, organiser le travail de groupe,

Constituer un réseau partenarial fait partie des tâches des médecins inspecteurs de santé publique. Il s'agit de travailler sur des actions spécifiques de santé publique ou d'assurer les missions habituellement dévolues, organiser la permanence des soins par exemple. Le partenariat est un mode de management de l'action publique que l'État retient avec constance depuis les premières lois de décentralisation en 1982. Aujourd'hui, la culture du partenariat s'est diffusée dans toutes les administrations et constitue un ensemble de pratiques solidement établies. Les médecins inspecteurs de santé publique en prennent leur part et les novices doivent apprendre les règles essentielles. Ils y sont peu accoutumés, leurs expériences antérieures de médecins exerçant en libéral ne les disposaient pas à ce mode d'action.

Leur position institutionnelle les désigne pour prendre le leadership de réseaux de partenaires. En revanche, le style d'animation de ces réseaux appartient à chaque individu, lequel peut être plus ou moins performant. L'expérience d'événements passés et organisés par eux facilite la tâche des novices pour trouver leur place singulière dans ces réseaux :

« Ça ne me pose pas de problème de rencontrer des gens qui ont des profils différents, je l'ai toujours fait. J'ai déjà organisé deux ou trois choses dans des contextes un peu différents : une journée régionale de mobilisation sur le thème du cancer et j'essaye en ce moment de créer un groupe sur la prévention du mélanome cutané ».

Exercer le leadership ne veut pas dire que le médecin inspecteur de santé publique est l'animateur obligé du groupe et que, ce faisant, il induit des relations de dépendance entre les partenaires et son administration. En effet, la compétence

critique résiderait plutôt dans le style de prise en charge du groupe : « Notre rôle est de stimuler les actions mais pas forcément de tout faire soi-même ». Un certain nombre d'impulsions est alors donné.

Des négociations sont conduites qui nécessitent de la créativité et de l'énergie, c'est alors que les médecins inspecteurs de santé publique s'interrogent sur leur capacité à faire ou, plus encore sur leurs capacités à réussir ce type de tâches :

« J'ai vu comment mon collègue leur parle [aux médecins de ville], je ne sais pas si je serai capable de le faire. Et quelle sera ma manière personnelle d'agir ? [...] Je vois que mon collègue y arrive très bien. Il a une capacité de persuasion. À la limite, il le fait parce qu'il arrive à développer une relation personnelle. Les libéraux ont envie qu'ils continuent à travailler avec eux, parce que c'est quelque chose de personnel qui s'est développé ».

A ce stade, le novice constate avec force combien, sur le versant managérial des compétences, un collègue peut se distinguer en possédant « une marque personnelle ». Les médecins inspecteurs de santé publique novices connaissent des difficultés pour percevoir que tous ceux qui se trouvent autour de la table ne poursuivent pas le même objectif : « Il faut arriver à comprendre quels sont les objectifs poursuivis et à ne pas commettre d'impairs », par exemple, en n'associant pas assez tôt l'ensemble des partenaires à la réflexion collective.

Créer les conditions de la réflexion collective est un impératif professionnel que les médecins inspecteurs de santé publique n'éprouvent pas uniquement avec les partenaires de leur service ou de leur action. La réflexion collective est également un objectif majeur pour le travail de groupe, pour l'équipe, dont ils ont la responsabilité. Un médecin inspecteur de santé publique, en tant que cadre, organise son travail et celui de son équipe, équipe souvent de taille réduite. Parfois, c'est un service complet qu'il s'agit de mettre sur pied, « les services de santé publique dans les DDASS sont des couloirs où on met les cartons et les chaises dont on ne sait pas quoi faire ! ». Faire sa place, faire reconnaître son existence et ses missions, est un enjeu primordial pour la suite de l'action. Les compétences en rapport avec cet objectif revêtent une portée symbolique particulière et les médecins inspecteurs de santé publique observent que tous ne montrent pas les compétences attendues :

« [Le médecin que je remplace] a réussi à recréer une équipe en partant d'une situation très dégradée. Elle est arrivée dans une sorte de couloir de la mort où les gens ne se parlaient plus depuis déjà bien longtemps. Il n'y avait

plus de réunions de service. Avec quasiment la même équipe, elle a réussi à recréer une ambiance de travail. Aujourd'hui, les gens se parlent, les gens travaillent. Moi je n'aurais pas su gérer cette situation et je pense qu'il faut des capacités exceptionnelles pour, avec la même équipe, parvenir à recréer une bonne ambiance de travail. »

Le charisme s'accompagne d'autres qualités personnelles telles que le goût de la conciliation ou de la médiation pour faire face aux « problèmes personnels des gens ». Un médecin inspecteur de santé publique remarque qu'il dispose de la légitimité à intervenir dans les situations de conflit mais qu'il est plutôt réticent à le faire, faute de se sentir un bon conciliateur ou en capacité d'assumer les situations où les émotions s'expriment fortement.

3.2.2.5 Planifier ses activités et s'engager personnellement dans l'activité

Une autre compétence critique est repérée : celle qui permet de planifier ses activités en fonction de contraintes liées à l'environnement de travail. Elle repose sur l'engagement personnel et la capacité à s'adapter. L'engagement peut se traduire par une réactivité qui est remarquée par la hiérarchie et par une bonne organisation de son travail personnel : « Ce qui n'est pas évident pour moi, c'est d'établir des priorités, de faire le tri dans tout ce qui nous arrive au jour le jour. » Ce même médecin inspecteur de santé publique reconnaît que son engagement dans l'activité lui a permis de surmonter bien des obstacles institutionnels et environnementaux :

« Mes points forts concernent notamment ma faculté d'adaptation et la rapidité avec laquelle j'ai pris connaissance du terrain. Sachant cela, il est vraisemblable que les autres, ma hiérarchie, s'adressent à moi pour des demandes particulières. On va me demander plus facilement une note sur tel ou tel sujet et surtout dans des délais plus courts. [...] J'ai envie de

prendre le temps de mieux répondre. Aujourd'hui, j'arrive plus à le faire qu'auparavant. »

Dans ce type de poste, la question de l'engagement personnel semble déterminante pour la réussite des projets mais l'un d'entre eux note qu'un trop grand engagement personnel avait conduit un de ses collègues à ne plus être présent aux mêmes heures que le directeur. Menant des réunions le soir, il récupérait en journée. « Est-ce qu'on peut gérer un dossier avec sa valeur ajoutée, aller très loin dans le contact avec les médecins libéraux qu'il faut rencontrer à dix heures ou onze heures du soir pour leur montrer qu'on bosse à la DDASS ? » Le départ de ce médecin inspecteur de santé publique aurait eu lieu pour cause de « rupture avec son institution », il n'arrivait plus à impliquer sa hiérarchie dans les actions conduites.

Une collègue qui réussit à faire passer les projets est remarquée : « Elle doit avoir une énergie que je ne suis pas sûre de développer, une énergie et de la persévérance jusqu'à ce qu'elle réussisse à faire passer ses points de vue ». L'engagement personnel est source de recherche de solutions inédites, au moins d'informations qu'il faut solliciter de manière volontariste. Les médecins inspecteurs de santé publique utilisent abondamment le courrier électronique pour s'informer auprès des collègues dans toutes les DRASS de l'état d'avancement des dossiers, transposent les réussites des autres à leur situation locale et formalisent l'expérience collective sous forme d'outils exploitables par leur service. Débrouillardise et bricolage sont les deux effets observables de l'engagement des médecins inspecteurs de santé publique, lesquels situent volontiers la cause de leur engagement dans leur parcours préalable, leur histoire de vie qu'ils jugent singulière. La formation initiale de médecin, l'exercice en libéral, leur action dans des organisations humanitaires, voire, pour certains, la pratique de sports de combat, contribuent à la structuration d'un engagement professionnel dans le cadre administratif des DDASS ou DRASS.

3.3 L'identité de soignant des directeurs des soins vient nourrir leur management

Lors de ces entretiens exploratoires, nous avons constaté que les médecins inspecteurs de santé publique étaient considérés comme une population singulière au sein de l'ENSP (insatisfaction exprimée sur leur formation, promotions difficiles à gérer par le responsable de la filière, plainte régulière sur les conditions de l'insertion professionnelle, etc.), voire au sein des filières de médecins formés à l'ENSP, médecins de l'éducation nationale, médecins du travail, médecins territoriaux. Or, ce que nous observons quotidiennement auprès des élèves de l'ENSP laisse penser que les niveaux d'auto-efficacité sont différents d'une filière à l'autre. Certes, les dynamiques personnelles d'accès aux concours de la santé publique ne se ressemblent pas, si l'élève est « interne » ou « externe » à la fonction publique. Les métiers et les contextes professionnels se différencient aussi très nettement, aussi pour quelles raisons ces professionnels, issus d'une dizaine de filières, développeraient-ils le même niveau d'auto-efficacité et présenteraient-ils les mêmes comportements en formation et sur les terrains ? Nous avons donc poursuivi nos investigations auprès d'une autre filière, d'un autre métier : les directeurs des soins.

Dans cette phase, le recueil de données auprès de huit directeurs des soins, en exercice et bénéficiant d'expérience de la fonction ou plus novices, a pris la forme d'entretiens biographiques portant sur la construction de l'auto-efficacité et l'acquisition de compétences critiques.

Comme les médecins inspecteurs de santé publique, les directeurs des soins rentrent en formation statutaire entre quarante et quarante-cinq ans. Ils entament ainsi une deuxième, voire une troisième, carrière en secteur hospitalier. Les directeurs des soins sont issus, pour la grande majorité d'entre eux de la filière infirmière¹⁹. A ce titre, ils sont emprunts d'une culture du soin. Même devenus managers du système hospitalier, les directeurs des soins se reconnaissent dans cette identité soignante. Une part d'entre eux estime que leur force et leur singularité au sein de l'équipe de

¹⁹ Voir l'annexe 2 sur la fonction des directeurs des soins.

direction de l'hôpital est de pouvoir « descendre dans les services » et rencontrer les soignants sur leur terrain²⁰.

Si le corps des directeurs des soins est de création récente, en 2002, l'histoire de leur métier d'origine est longue. Elle est souvent présentée à travers l'interaction avec les médecins et le pouvoir médical dans l'hôpital. Cette histoire serait marquée par la dépendance, la soumission et la vocation (CHARLES G., 1979) des infirmières vis-à-vis des médecins. Le métier s'est ébauché dès 1633 avec la création d'un ordre non religieux : les Filles de saint-Vincent-de-Paul. Il a fallu attendre deux siècles et demi, en 1878 pour que les premières écoles d'infirmières voient le jour à Paris à l'hôpital de la Salpêtrière et à Bicêtre. L'enseignement médical délivré par des médecins consiste à faire de la « théorie » en école et de la « pratique » à l'hôpital. Dans un contexte de forte professionnalisation des emplois hospitaliers (BOURRET P., 2004), le premier diplôme d'infirmière délivré par l'État français, le brevet de capacité professionnelle, date de 1922. La même année, la création de la première structure officielle pour les infirmières, le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, est une date déterminante et symbolise la reconnaissance de la profession. Dès lors, la professionnalisation est en marche. Rappelons que la professionnalisation peut être définie ainsi : « un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individus aux contenus d'un profession existante » (WITTORSKI R., 2005).

La professionnalisation va s'accélérer avec, trois ans plus tard, la création du Bureau central infirmier. Sa mission sera d'établir un fichier signalétique de la profession et d'exercer un contrôle sur l'exercice infirmier. En 1978, la loi n°78-615 du 31 mai, actualisée le 15 septembre 2004, modifie la définition de la personne exerçant la profession d'infirmière et introduit le rôle propre de l'infirmier conférant à ce professionnel une autonomie dans l'exercice. L'infirmier est toujours chargé d'appliquer la prescription médicale mais est aussi amené à prendre des initiatives dans le cadre de son rôle propre. Il dispose d'une responsabilité nouvelle dont il a à rendre compte.

²⁰ Le feuilleton documentaire : « Les infirmières aux soins intensifs de neurochirurgie » tourné et diffusé par ARTE en 2005 témoigne de ce fait.

Le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé introduit un changement notable : les infirmiers se voient reconnus dans certaines fonctions de management. « Ce cadre passe d'une culture de procédure à une culture de projet » (DUBOYS FRESNEY C. & PERRIN G., 2005). L'infirmier cadre de santé n'est plus seulement un opérationnel, il acquiert aussi une fonction de conception au service de l'organisation hospitalière.

Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 fixe l'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession. Il ne distingue plus d'un côté l'aspect technique de la profession et de l'autre les devoirs envers le patient. Ce texte marque un pas de plus vers la valorisation de la prise en charge globale du patient. L'infirmier n'accomplit pas que des actes techniques, il tient compte de la santé physique du patient mais aussi de sa dimension psychologique et de ses souffrances. L'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et son évaluation sont des compétences attendues des infirmiers par le législateur. « Soigner est maintenant un véritable défi pour lequel il faut équilibrer le temps relationnel pour le malade et la technicité thérapeutique contre la maladie » (DUBOYS FRESNEY C. & PERRIN G., 2005). En quelques années, de nouvelles disciplines médicales sont apparues avec le développement des sciences fondamentales et l'orientation curative de la médecine. L'activité médicale a ainsi transformé la pratique infirmière avec le risque d'une plus grande technicisation et un recul de l'approche relationnelle ou éducative. Les infirmiers se sont adaptés au progrès technique, aux nouvelles techniques d'imagerie, de pharmacologie, etc. De nouveaux métiers spécialisés d'infirmiers²¹ et de techniciens de laboratoires ont été reconnus. Ce métier, vocationnel à ses origines, est impacté à son tour par la notion de compétence professionnelle requise par les évolutions techniques et les restructurations des modes de management hospitalier. Ainsi, les responsables hospitaliers des ressources humaines sont amenés à modifier leurs pratiques de management : « l'entrée par les compétences conduit à une prise en compte de l'organisation du travail, donc au pilotage de la performance dans la complexité » (THILLET P., 2005).

²¹ Citons par exemple les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes.

Le Ministère de la santé a rassemblé dans une « fiche métier » les prescriptions qui structurent l'exercice du métier de directeurs des soins. La liste des principales activités est la suivante :

- « Formalisation et réalisation du projet de soins et de ses déclinaisons en liaison avec le projet en partenariat avec le corps médical et les membres de l'équipe de direction d'établissement ;
- Pilotage et contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, détermination d'objectifs et de projets ;
- Organisation et gestion des structures en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de direction et l'encadrement paramédical ;
- Présidence et animation de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation ;
- Management et supervision de responsables et/ou d'équipes projet ;
- Affectation du personnel paramédical et avis sur la gestion des carrières ;
- Répartition des moyens et dimensionnement des effectifs ;
- Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le champ des soins et des activités paramédicales ;
- Conseil en organisation des soins et activités paramédicales auprès des différents partenaires, instances et tutelles ;
- Élaboration d'un rapport d'activité ;
- Veille professionnelle » (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière a parachevé l'évolution des statuts des cadres de santé et des anciens infirmiers généraux, reconnus depuis 1991. Cette évolution progressive montre combien les compétences des soignants se sont diversifiées, des métiers du soin et de la relation avec les patients aux métiers du management.

Il n'en demeure pas moins que les directeurs des soins, qui ont été infirmiers pour la plupart puis cadres de santé aux missions plus ou moins élargies ou stratégiques, conservent dans leur activité de manager cette culture du soin orientée vers la satisfaction des besoins des patients, trait identitaire singulier au sein des managers hospitaliers.

Lors de la canicule de l'été 2003, la coordinatrice générale des soins de la direction générale des hôpitaux de Paris (vingt mille infirmiers affectés dans trente-huit hôpitaux) a utilement mobilisé ses ressources culturelles d'infirmière pour gérer la crise sanitaire majeure.

« Le vendredi 8 août, les personnes présentes dans les hôpitaux n'ont plus aucun doute : quelque chose de très grave est en train de se passer et indique que cela va durer. La situation réclame des mesures spécifiques d'urgence car il s'agit bien d'une épidémie d'hyperthermie. (...) La crise est perceptible. Nos hôpitaux s'organisent et une cellule de crise est activée au siège de l'AP-HP²². (...) La directrice générale est rentrée de vacances d'été. (...) Elle sera le formidable général de campagne qu'il faut en pareilles circonstances - lorsqu'il est urgent d'oublier les règlements. « Fonçons et ne nous occupons pas des grincheux » est son mot d'ordre. Et nous avons foncé » (BRESSAND M., 2006).

Et de faire la liste des expédients, solutions et bricolages divers, parfois bien peu réglementaires, pour résoudre la crise, les directeurs des soins et coordinateurs généraux des soins agissent en tant que cadres et dirigeants²³.

²² Assistance publique - Hôpitaux de Paris.

²³ D'autres traits les rapprochent, ou les écartent, de la population de cadres des secteurs privés et publics qui travaillent en France. Appartenant à la fonction publique hospitalière, les directeurs des soins sont des femmes dans une proportion deux fois plus importante que les cadres français (30 % de femmes) et sont vraisemblablement plus syndiqués, 70 % des cadres français n'étant pas syndiqués (KARVAR A., ROUBAN L. (Dir.), 2004). Six cadres sur dix sont âgés de quarante à cinquante-cinq ans et la moyenne d'âge d'entrée en formation des directeurs des soins s'établit aux environs de quarante-cinq ans selon les promotions. Ils sont un peu plus diplômés que les autres cadres, les directeurs des soins possèdent pour 60 % d'entre eux un niveau d'étude équivalent à Bac + 3, les

Si la plainte sur les conditions d'exercice professionnel est exprimée plus discrètement par les directeurs des soins que par les médecins inspecteurs de santé publique, ne croyons pas que ce métier soit de tout repos et les responsabilités légères. D'une manière générale, les directeurs des soins disent qu'ils « travaillent comme des fous » à l'instar de beaucoup de cadres supérieurs et de dirigeants en secteur hospitalier. Les réformes en cours ont également généré de nombreuses inquiétudes : les directeurs des soins sont aujourd'hui très nombreux à avoir restructuré des services ou des établissements. Ils ont pris leurs responsabilités face aux personnels paramédicaux et aux autres pour assumer ces missions souvent délicates de fermetures de lits ou de services, de regroupement d'établissements. La tarification à l'activité (la T2A) qui prend la suite de la dotation globale annuelle²⁴ modifie considérablement les modes de gestion et amène à considérer quelles activités médicales et de soins rapportent des ressources et combien. Enfin, la mise en place de la nouvelle gouvernance avec la création de pôles interroge sans cesse le positionnement des directeurs des soins : « Comment voulez-vous rassurer les cadres supérieurs quand nous-mêmes nous sommes dans la plus grande incertitude ? ». Ils s'estiment souvent tiraillés entre l'approche clinique (leur culture d'origine) et la relation au niveau politique et stratégique, certes valorisante mais qui peut s'avérer difficile à gérer : « Je ne vois pas arriver les coups tordus ». Les directeurs des soins ne peuvent pas rester en retrait, ils se sentent obligés de s'impliquer, de s'engager.

Le métier semble pour autant souffrir d'un relatif manque d'attractivité. Le nombre de candidats au concours national des directeurs des soins est proportionnellement bien moins élevé que pour d'autres concours de la fonction publique hospitalière.

cadres sont 50 % à obtenir le même niveau. Les directeurs de soins exercent des activités similaires à celles de l'ensemble des cadres sans pour autant être spécialisés sur une activité en particulier : les études de projets, le management des équipes, l'ingénierie, les finances, le juridique et la communication. Les directeurs des soins se reconnaîtraient sans doute dans les éléments de motivation au travail cités la plupart du temps par les cadres : les contacts, le contenu du travail et l'épanouissement personnel, et moins dans le développement de carrière et la considération. Comme les autres cadres, les directeurs des soins sont relativement sédentaires, surtout ceux ayant le plus d'ancienneté.

²⁴ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. La réforme de la tarification à l'activité a pour finalité essentielle de lier le financement des établissements de santé à l'activité réellement produite.

Ainsi, environ deux cent personnes seulement se présentent au concours organisé à la fin de l'année 2007 pour environ un tiers de postes ouverts en 2008.

3.3.1 Le positionnement professionnel affirmé des directeurs des soins, un niveau d'auto-efficacité élevé

Ce que nous avons observé auprès des médecins inspecteurs de santé publique peut paraître assez spécifique à cette population. Pour s'en assurer et obtenir des comparaisons, il est utile de s'intéresser à d'autres populations en formation à l'ENSP. Les directeurs des soins font l'objet de représentations assez opposées : leur niveau d'auto-efficacité serait bien plus élevé selon les opinions des enseignants et des responsables de formation de l'ENSP. Toujours à titre exploratoire, des directeurs de soins de la promotion 2004 et la promotion en cours lors de l'étude ont été contactés dans le but de connaître plus précisément leur niveau d'auto-efficacité. Nous présentons ici, très brièvement, quelques données qualitatives, le chapitre suivant exposera en détail le recueil de données quantitatives sur le niveau d'auto-efficacité des directeurs des soins et des autres promotions de l'ENSP.

Il n'est guère nécessaire de présenter longuement le discours des directeurs des soins sur leur niveau d'auto-efficacité au travail : les discours sont assez homogènes et s'accordent sur un niveau d'auto-efficacité assez élevé.

A la différence des médecins inspecteurs de santé publique qui insistent sur les difficultés, les obstacles, les contraintes, le flou et parfois le peu de reconnaissance dont ils disposent et qui impactent leur auto-efficacité, les directeurs des soins considèrent que les difficultés rencontrées peuvent être dépassées et qu'ils disposent des ressources nécessaires pour cela. Par exemple :

« Je me sens efficace quand il y a des problèmes ponctuels à gérer dans les services de soins. Du fait de la bonne connaissance du terrain, on est légitimé pour aller dans les services. Le directeur [de l'hôpital] me dit qu'il aimerait bien aller dans les services mais qu'il n'a pas les supports pour

justifier son intervention. Moi je peux y aller quand je veux sans que les gens ouvrent des grands yeux. Les médecins sont satisfaits et quelquefois, on règle des problèmes sur le coup. Ça me permet de récupérer aussi des informations ».

D'une manière générale, les directeurs des soins rencontrés doutent peu de la réussite de leurs actions « l'idée est d'arriver à un consensus sur le traitement des problèmes le consensus repose sur une bonne écoute des problèmes spécifiques », or précisément, ils estiment disposer de cette bonne capacité d'écoute. Très actifs, ils affrontent les problèmes quand ils surviennent, même en grand nombre :

« La difficulté est de faire face à l'abondance des dossiers, y compris sur des dossiers d'envergure, on est envahis par les exigences de l'HAS²⁵ par exemple, or dans le même temps, on attend de nous des résultats objectifs sur l'amélioration de la prise en charge des patients. Il faut qu'on soit là, qu'on soit présent, sinon on laisse prendre des décisions qui ne sont pas toujours opérationnelles ».

Les directeurs des soins, en établissement de santé ou à la tête d'instituts de formation paramédicale et de santé, sont reconnus pour leurs capacités opérationnelles acquises au cours de leur carrière dans la filière paramédicale. Ils assument volontiers cette responsabilité : « On compte beaucoup sur nous pour que les décisions deviennent effectives. C'est nous qui avons la légitimité parce que nous avons le management direct de l'encadrement. Les services de soins, c'est quand même la grande partie de l'hôpital ».

²⁵ La Haute autorité de santé créée par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Mise en place au 1^{er} janvier 2005, elle travaille à « structurer davantage le fonctionnement du système de soins, à éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse et à entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation », voir le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 23 janvier 2004.

La place des directeurs des soins est encore à construire dans les formes d'organisation de la nouvelle gouvernance, mais peut être autant que celle des autres métiers de directeur d'hôpital, d'attaché d'administration hospitalière ; alors que la position des cadres supérieurs de santé semble plus fermement établie aujourd'hui dans les pôles d'activité.

Environ quatre directeurs des soins sur cinq font partie du Conseil exécutif des hôpitaux²⁶, ils participent alors au copilotage médico-administratif de l'établissement de santé et contribuent à définir la vision globale et stratégique en équipe de direction. « Notre place est dans l'équipe de direction pour y rapporter ce qui émane des terrains. Le directeur des soins est le seul à pouvoir le faire, ce qui permet de travailler avec les autres directeurs techniques, financiers, administratifs, etc. ».

3.3.2 Des compétences critiques pour saisir la singularité de l'environnement et s'y adapter

Les entretiens semi-directifs conduits auprès de directeurs des soins permettent d'apporter des éléments sur les compétences critiques. Les directeurs des soins qui gèrent l'organisation des soins en milieu hospitalier évoquent trois types de compétences critiques de nature assez différentes de celles qui sont citées par les médecins inspecteurs de santé publique. En effet, à la différence des médecins inspecteurs de santé publique qui situent leurs compétences critiques dans le domaine de la planification de l'action et de la mobilisation des acteurs de la santé publique, les directeurs des soins évoquent plutôt ce qui a trait aux spécificités de la

²⁶ « Le rôle du Conseil exécutif est à la fois de partager l'information de nature stratégique, de définir les orientations et notamment le projet d'établissement, de proposer une répartition en pôles de la structure avec la contractualisation interne », d'après le site [reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com), propriété du Ministère de la Santé et des Solidarités : <http://www.reformes-hospitalieres.com/accueil/index.php?id=33>.

situation interne et externe de l'établissement de santé ou de l'institut de formation paramédicale dont ils ont la charge.

Les compétences critiques identifiées par les directeurs des soins sont essentiellement des compétences qui visent à s'adapter à l'environnement hospitalier. Par exemple, le type de relations que le directeur des soins pourra établir entre les médecins et les paramédicaux déterminera pour partie la réussite de la nouvelle gouvernance hospitalière. Ceci requiert une forte compétence à l'analyse et à l'évaluation de son action et de son positionnement.

Cet ensemble de compétences critiques serait acquis surtout selon un mode expérientiel, la formation ne jouant qu'un rôle déclencheur préparatoire aux apprentissages sur le terrain. Les directeurs des soins reconnaissent aisément que les compétences se construisent par l'analyse en situation de travail plutôt que lors d'apports magistraux en formation. Ils valorisent ainsi le tâtonnement et l'erreur : « on apprend plus de ses erreurs [que de ses réussites] », mode d'apprentissage expérientiel.

3.3.2.1 Coopérer avec les médecins hospitaliers

La première compétence critique permet de traiter avec succès les relations souvent délicates entre le monde médical et le monde paramédical. En effet, au titre de la coordination de l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les directeurs des soins sont en relation fréquentes avec les médecins sur des zones d'intervention commune.

« Pour 30,5% des médecins leurs relations avec le cadre infirmier supérieur ou la direction des soins sont "hostiles ou tendues". Cette tension est encore plus marquée avec l'administration (42,5%). A l'inverse, seuls 2,3% des

médecins estiment que les relations sont tendues avec le personnel paramédical »²⁷.

Faire en sorte que la qualité des prises en charge des patients s'améliore signifie que la coopération entre médecins, paramédicaux et personnels administratifs devienne effective. Cet enjeu d'harmonisation des pratiques justifie une des réformes en cours de l'hôpital et tout particulièrement l'instauration de la nouvelle gouvernance :

« L'interface médicale n'est pas facile à gérer, même si en temps qu'ancienne infirmière et cadre de proximité, j'ai été en contact avec les médecins auparavant. Ce n'est pas évident, on est là sur un niveau de difficulté supplémentaire par rapport aux tâches ordinairement confiées aux directeurs des soins ».

Cette compétence critique de gestion de l'interface médicale suppose de bien repérer ce qui constitue son rôle propre et ses attributions. Le directeur des soins n'est plus un « opérationnel » comme le sont les infirmiers et les cadres de proximité. Autrement dit, ils ne travaillent plus sur le contenu des actions mais sur la méthode retenue : « Moi, j'interviens sur la méthodologie et mon rôle est de donner du sens, de faire des liens avec le reste de l'hôpital ». Des savoirs pragmatiques sont requis pour ce type de positionnement, ils tiennent aux conditions de la reconnaissance de son rôle par les médecins et les chirurgiens. Par exemple, un directeur des soins sera nommé coordinateur général des soins par le directeur général de l'établissement mais il existe une deuxième condition liée à l'action : recueillir l'aval et sa légitimité reconnue par le corps médical, et notamment par le président de la CME²⁸, « Si vous n'avez pas cette légitimité, ce n'est pas la peine, vous restez dans votre tour d'ivoire à gérer les courriers et les plaintes ».

²⁷ Extrait du site web Staff Santé.fr : <http://www.staffsante.fr/contenus/chiffres/71/30-5-.html>.

²⁸ Commission médicale d'établissement. Ses compétences sont définies par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 et par divers autres textes particuliers. Les compétences de la CME portent sur les questions d'ordre général ayant trait à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement et sur des sujets très divers dont les questions à caractère individuel concernant les catégories de personnels qu'elle représente.

Par ailleurs, il se pourrait que d'autres savoirs académiques et pragmatiques particuliers soient nécessaires, ceux qui sont mis en œuvre lors d'expériences communes avec les médecins : « j'ai été infirmière de bloc opératoire, ça aide avec les chirurgiens ». Les savoirs qui sont mobilisés par cette compétence relationnelle avec les médecins appartiennent aussi et surtout au registre de l'action et de la stratégie.

Dans le cours de l'action, des paramètres situationnels entrent aussi dans le jeu. Selon l'état des relations ou le type de dossiers à traiter avec les médecins, le directeur des soins est attentif aux modes de communication. A l'interface de la culture des soins et de la culture médicale, le directeur des soins analyse les différences de comportement qui dépendent des cultures professionnelles en présence. « Il faut toujours faire en concertation avec le corps médical. C'est un travail d'explication et de communication incessante ».

La clé est de toujours respecter les limites de chacun : « Où s'arrête le rôle infirmier, où commence le rôle médical ? Il s'agit d'admettre qu'il y a aussi des zones communes ». En effet, dans le dossier du patient, il existe des documents utilisés par les médecins et les soignants : par exemple, « la feuille de température appartient autant au segment soin qu'au segment médical. On est lié ».

Dans la relation aux médecins, les directeurs des soins semblent d'abord rechercher une bonne dose de consensus sur la manière d'organiser l'activité médicale et l'activité de soin. Ce but est très compatible avec le style lié à la fonction de directeur des soins : « C'est une fonction qui doit avoir une force d'écoute une force d'analyse, une force de communication pour arriver toujours à un consensus dans la discussion ». Leur action en tant que directeur des personnels paramédicaux se réfère au projet médical d'établissement. Leur but, le consensus, est calé sur la mise en œuvre du projet de référence ; le projet de soins prend en compte le projet médical. Aussi pour guider leurs actions, les directeurs des soins se donnent des buts intermédiaires : l'organisation de vastes concertations pour concevoir l'ensemble des projets. Ils cherchent à maîtriser la part d'incertitudes et de dérapages de la concertation :

« Ce que je ne maîtrise pas, ce sont les déclinaisons du projet médical service par service. Par exemple, même si notre CHU²⁹ a le monopole de la chirurgie cardiaque, il y a une très forte pression du privé. C'est un enjeu majeur. L'ARH³⁰ nous accorde des lits supplémentaires de réanimation. Une salle de chirurgie doit être construite dans quelques mois mais la pression exercée par les chirurgiens conduit à opérer ailleurs, dans un autre bloc. Ils ont des façons de faire qui ne sont pas évidentes pour moi. Ils vont dans le bloc et visitent les salles, ça met tout le monde en émoi. Ils n'en parlent à personne et font venir un ingénieur pour aménager le bloc et faire de la circulation extracorporelle. Ça va à l'encontre de projets en cours, on devait accueillir dans ce bloc la neurochirurgie dont le sol devait être rénové. Cette pression médicale n'est vraiment pas facile à gérer, ils font même de la désinformation ! »

Leur but de concertation et de recherche d'un consensus peut être contrecarré par leur champ d'intervention spécifique, le projet de soins, qui se confronte à un ensemble qualifié de « chasse gardée » : le projet médical de l'établissement ou des pôles. La compétence critique nécessaire pour que la relation avec le corps médical reste satisfaisante suppose ainsi d'anticiper sur les désaccords. La concertation et la qualité des relations au quotidien apparaissent comme des buts proximaux à atteindre. La difficulté est importante puisque les médecins disposent de relais efficaces à l'intérieur de l'hôpital, la CME et les syndicats de praticiens mais aussi l'ARH et d'autres zones d'influence à l'extérieur. La confrontation au pouvoir

²⁹ Centre hospitalier et universitaire, établissement public de santé qui possède une triple mission : soin, enseignement et recherche. Il comprend deux composantes associées, un centre hospitalier régional et une université dotée d'une unité de formation et de recherche en médecine.

³⁰ Agence régionale d'hospitalisation. Les ARH ont été créées par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. Elles sont chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

médical va mobiliser d'autant plus les directeurs des soins que « gérer cette position suppose de mettre en œuvre des compétences qui ne sont pas des compétences standard. Ça ne marche pas à tous les coups ».

Cette compétence critique s'appuie sur quelques règles d'action. Par exemple :

- « Si je dois piloter un projet qui nécessite une interface médicale forte, je m'assure à chaque fois qu'il y a toujours un référent médical ». Même si le médecin n'est pas toujours présent en réunion, il est sollicité pour valider les propositions ou, au moins donne un avis. Les médecins sont associés à chaque projet de cette nature.
- Pour augmenter le degré de consensus atteint et renforcer l'efficacité de l'intervention, « il faut créer la demande des médecins à l'égard de la direction des soins ». Cette règle d'action repose sur un constat : un certain nombre de médecins, chefs de services, assistés par un cadre supérieur de santé, et dont le statut a été préservé par la nouvelle gouvernance, restent persuadés qu'ils disposent de marges de manœuvre pour gérer l'organisation du pôle. Faute de pouvoir maîtriser tous les processus, ils vont demander assistance à la direction des soins. Qui plus est, leur activité peut mettre en jeu des acteurs hospitaliers extérieurs à leur pôle. Dans ce cas là, « ils sont obligés de travailler avec la direction des soins qui a cette fonction de transversalité et de création de réseaux entre les pôles ».
- « Pour gérer efficacement l'organisation des soins, je dois faire en sorte que l'acteur médical se sente inscrit dans l'organisation ». En effet, le cadre organisationnel de la nouvelle gouvernance hospitalière entre aujourd'hui dans les faits mais, même dans le cas où le projet de soins a été construit sur une base explicitement médico-soignante, le directeur des soins veille à exercer ses fonctions dans la plus grande transversalité possible. C'est pourquoi il s'intéresse tout autant à l'amélioration des pratiques soignantes définies par le projet de soins qu'à l'accompagnement du projet d'établissement lui-même. Agir en transversalité apparaît comme une règle d'action nécessaire au développement des relations avec les médecins dans le cadre de la nouvelle gouvernance et du copilotage médico-administratif.

Les directeurs des soins estiment donc que le travail de relation avec l'interface médicale relève d'une compétence critique, difficile à acquérir. Sur ce terrain, « la

réussite n'est pas assurée » pour chaque directeur des soins. Cette compétence critique repose sur des savoirs médicaux mais surtout pragmatiques et organisationnels, l'état de la communication entre médecins et paramédicaux est un indicateur à prendre en compte pour anticiper les actions destinées à établir le consensus. Les directeurs des soins s'assurent de l'implication des médecins, sollicitent l'expression d'une demande, voire créent les conditions de sa manifestation. Ils agissent le plus possible en transversalité pour susciter le décloisonnement et le sens de l'organisation générale.

3.3.2.2 Diagnostiquer le contexte de l'action et réévaluer ses options

Un directeur des soins est amené à se situer en tant que dirigeant et de prendre des décisions pertinentes. Son activité professionnelle est orientée vers la conception, la mise en place et l'évaluation d'une organisation des services de soins et des instituts de formation paramédicale permettant d'améliorer la qualité des prestations. Pour l'ensemble de ces motifs, le directeur des soins doit situer son action dans le contexte de l'hôpital et hors de l'hôpital dans une perspective globale de santé publique. Le directeur des soins n'est donc pas seulement le porte-parole des cadres supérieurs de santé, des cadres de proximité et des équipes soignantes. Son rôle ne se limite pas à faire reconnaître la spécificité paramédicale, il intervient dans un contexte aux dimensions multiples où la gouvernance rencontre l'éthique du soin en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins. C'est pourquoi une de ses compétences critiques, qui fait la différence entre les directeurs des soins expérimentés et les autres, est sa faculté à diagnostiquer sans se tromper les éléments caractéristiques du contexte de l'action et, en permanence, à réévaluer ses options. La pensée réflexive et la capacité à autoréguler son action sont largement sollicitées.

Les invariants opératoires de cette compétence sont vraisemblablement ceux qui guident l'évaluation des organisations. Ils se décomposent en deux axes, ceux qui ont pour fonction l'orientation, préparatoires à une prise de décision sur les orientations à retenir, et ceux qui visent à réguler l'action. Les modes de construction de

tableaux de bord et les types de données utilisés représentent ici des savoirs pragmatiques pertinents : « Quand je suis arrivé dans ce CHU, ce grand navire, j'étais peut être le commandant de bord, mais j'étais dans le brouillard ». Pour diagnostiquer le contexte de l'action et adapter l'action à ce contexte, les directeurs des soins ont besoin d'outils, informatisés ou non. L'importance de ces outils est extrême pour régler les difficultés au jour le jour mais aussi anticiper sur les réformes à introduire dans le fonctionnement. Leur qualité résulte directement de la pertinence des invariants opératoires possédés par chaque directeur des soins. Chaque outil, chaque tableau de bord est certes à reconstruire à chaque changement d'affectation mais les directeurs des soins débutants en sont souvent démunis et ils s'interrogent sur les modes opératoires pour les constituer (SIFERLEN B., 2006). « Ne pas savoir qui travaille dans cet établissement, qui travaille de jour, de nuit » est une vraie difficulté pour un directeur des soins en relation permanente avec la direction des ressources humaines. Après cette phase de constitution d'outils de gestion, un directeur des soins note sa satisfaction : « On a remis à plat toutes les organisations et tous les effectifs. Ça a permis de digérer la réduction du temps de travail et d'organiser la réduction du temps de travail de nuit ».

Les buts proximaux et les anticipations peuvent être trouvés du côté de la mobilisation des cadres de la direction des soins pour collecter et mettre en forme les données. Un des buts réside par exemple dans la capacité des cadres supérieurs de santé à préparer la décision du directeur des soins : « il faut faire accéder les cadres et cadres supérieurs au changement. C'est quand même dans cette perspective quelque chose de difficile qui ne peut pas fonctionner à tous les coups ».

Ici encore, la recherche du consensus est un but en soi et représente une étape intermédiaire à l'intérieur d'un processus de diagnostic et d'adaptation à un environnement complexe, le directeur des soins devant prendre en compte une vision élargie de l'hôpital pour traiter des problèmes qui ressortent plus strictement de sa mission. Il en est ainsi de la gestion des risques, domaine où le directeur des soins est certes responsable de la sécurité des soins mais pas de la sécurité transfusionnelle par exemple. Cela nécessite de se coordonner, de rencontrer de nombreux acteurs hospitaliers et de collecter les informations indispensables à des protocoles efficaces :

« Or les directeurs des soins, ou les coordinateurs [général des soins] ne savent pas bien faire alliance avec ceux qui viennent interférer dans leur

domaine. Il faut toujours arriver à faire de consensus, même si la zone d'incertitude existera toujours. Il faut savoir s'entendre avec le diable ! ».

Il semble qu'un certain nombre d'indicateurs utilisés par les directeurs des soins pour diagnostiquer la situation proviennent des réunions de cadres qu'ils animent hebdomadairement. Ils s'ingénient à ne pas abuser des réunions d'information descendantes pour susciter les remontées d'informations et les propositions des cadres :

« Nous venons de tenir une réunion sur la mise en place des pôles et la nouvelle gouvernance. Au-delà de leurs envies, j'ai demandé qu'ils envisagent très concrètement les propositions d'organisation de l'hôpital de demain. C'est très important pour moi, ça me permet d'avancer des propositions constructives lors du prochain séminaire de direction ».

Ces réunions ont un intérêt particulier pour les directeurs des soins : l'analyse des stratégies mises en œuvre par les uns ou les autres leur sert explicitement à concevoir leur action et à optimiser leurs modes opératoires. Les classes de situation sont discutées et définies ensemble. Les caractéristiques de chaque situation sont identifiées, évaluées dans leur capacité à modifier les projets d'action. Les résultats escomptés sont étudiés et analysés de réunion en réunion.

Nous voyons se dessiner ici une règle d'action majeure : si un directeur des soins juge que les informations à sa disposition sont insuffisantes, alors il active des processus de réflexion collective mettant en jeu le caractère réflexif de la pensée, la sienne et celle de son équipe de cadres. Les temps d'analyse, en réunion de cadres, apparaissent par conséquent comme des lieux d'apprentissages collectifs. Les apprentissages y sont intensifs et profonds, au dire des directeurs des soins.

Certains n'hésitent pas à réfléchir à voix haute pendant ces réunions :

« On ne peut pas tout prévoir, j'essaie d'intégrer une certaine part d'aléa et de gérer l'incertitude. Quand l'aléa arrive, j'essaie de réfléchir. Est-ce que c'était prévisible ? Était-ce une erreur de ma part ? Malgré tout, il y a peut être des données qu'il faut construire davantage, tout ce qui peut être prévu doit l'être. Si je suis bien dans le cadre d'un aléa, un événement non

prévisible, alors je reprends les analyses, j'essaie de trouver le bon processus qui va d'une entrée à une sortie qui permet de reprendre des étapes clé. J'essaie de retomber sur des modes d'analyse connus qui m'aident à résoudre les difficultés ».

Un autre directeur des soins justifie sa démarche réflexive : « on avancera avec ses échecs si on prend le temps d'analyser ce qui s'est passé, où se trouvait le blocage, pourquoi on a perdu six mois. On se constitue personnellement des indicateurs qu'évidemment nous exploitons avec nos cadres supérieurs plus tard ». C'est pourquoi, diagnostiquer le plus finement possible la situation à gérer n'est pas qu'une activité d'évaluation anticipatrice, c'est aussi une action continue qui se nourrit de *debriefing* réguliers :

« Il faut débriefer avec les personnes concernées y compris avec le directeur de site qui était présent lors du problème, le cadre supérieur de santé, pour comprendre quelles étaient les issues possibles de la situation, ce qui a basculé, quelles ont été les bonnes et les mauvaises raisons d'agir ».

Il semble bien que cette compétence critique déborde largement le cadre des compétences standard pour concevoir un projet de soins au niveau d'un établissement. Ces compétences standard sont acquises rapidement. Le problème ne réside pas dans ce savoir-faire technique que tous les directeurs des soins devraient posséder, mais dans le repérage des éléments significatifs de l'environnement et la gestion du contexte hospitalier. La direction des soins est un domaine sur lequel tous les autres domaines empiètent régulièrement et les directeurs des soins sont de plus en plus institutionnellement placés en situation transversale, au carrefour des pôles d'activité. Le diagnostic du contexte acquiert une forte valeur stratégique, ce qui n'empêche pas les directeurs des soins de valoriser très volontiers la « culture de l'erreur ».

La compétence critique peut être synthétisée ainsi : disposant des savoirs et des méthodes nécessaires à l'évaluation des organisations, les directeurs des soins se donnent pour but de mobiliser leurs cadres pour établir un diagnostic pertinent du contexte de travail. Ils créent ainsi les conditions d'une remontée d'informations et de propositions émises par les cadres, lesquelles seront utilisées pour définir les

actions à entreprendre et réévaluer ses positions, dans le cadre de la direction des soins et auprès de la direction générale de l'établissement. Pour ce faire, il faut activer la pensée réflexive et les capacités d'analyse, en groupe le plus souvent.

Nous verrons que ces dernières caractéristiques de cette compétence critique au diagnostic renvoient logiquement à une autre compétence critique, celle qui consiste à développer l'analyse réflexive dans l'équipe de la direction des soins.

3.3.2.3 Développer l'analyse réflexive de la conduite de projets chez les cadres paramédicaux

La compétence au diagnostic ainsi qu'à l'autoévaluation de son intervention et à la régulation de son action semble si critique qu'elle peut faire l'objet d'une stratégie de transfert aux cadres de proximité et cadres supérieurs de santé. Les directeurs des soins endossent alors un rôle formateur avec leurs cadres. Le « coaching avec les cadres supérieurs » s'exerce lors de phases d'analyse de l'activité professionnelle. Les directeurs des soins organisent des séminaires de travail ou provoquent des rencontres individuelles pour favoriser l'autoévaluation. Dans ces situations, ils s'ingénient à faire varier les paramètres de la situation : « Que se passerait-il si les syndicats rejettent votre solution, si le chef de service se manifeste ? » Ils bâtissent des études de cas pour l'occasion et, sans toujours en avoir l'intention explicite, les directeurs des soins créent des situations didactiques de simulation des problèmes à résoudre où :

- Quand ils proposent de réfléchir à de nouvelles situations, ils saisissent l'occasion de diffuser des savoirs juridiques supplémentaires, des analyses prenant appui sur des retours d'expériences, des propositions de méthodes plus efficaces.
- Les objectifs et les effets attendus des actions sont expliqués dans le but de renforcer l'autonomie de décision des cadres supérieurs de santé.
- Les règles d'action les plus pertinentes sont soupesées ainsi que les calculs à effectuer sur les variables significatives de l'action.

Il arrive que cette démarche d'analyse et d'apprentissage collectif ne soit pas limitée à la direction des soins mais soit resituée sur un plan plus général, celui de l'évaluation des pratiques professionnelles³¹ par exemple : « S'engager dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles renforce considérablement cet état d'esprit. On apprend ensemble finalement avec les médecins qui ont bien voulu s'inscrire dans cette démarche, avec les cadres chefs de projet et les deux directeurs impliqués ».

Pour les directeurs des soins, écouter les réflexions des cadres, entendre leurs analyses, c'est se donner les moyens d'une meilleure organisation à l'avenir. Ils conçoivent ces temps d'échange d'information comme autant de moments d'élaboration d'analyses et de propositions. A leur charge ensuite de promouvoir la réflexion collective et le consensus qui s'est dégagé. Cette attitude nous est présentée comme typique du corps des directeurs des soins, elle serait bien moins présente chez des directeurs généraux d'hôpital, des responsables de directions fonctionnelles ou des directeurs des ressources humaines.

Des savoirs et des savoir-faire sont nécessaires pour mettre en œuvre la compétence critique de développement de l'analyse réflexive de l'action chez les cadres. Posséder soi-même les savoirs et les méthodologies est perçu comme un préalable par le directeur des soins : « En travaillant dans un gros CHU, j'ai beaucoup appris de la façon de monter et conduire des projets. De fait, j'ai été placé moi-même en situation de chef de projets avec cette méthodologie bien précise ».

Précisément parce que cette compétence mobilise le rôle formateur des directeurs des soins, les savoirs doivent être appropriés, transformés en connaissance et mis à distance pour devenir objet de formation. Le processus crucial est celui de la

³¹ Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles énonce que « l'évaluation des pratiques professionnelles [...] a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ». A ce titre, l'évaluation des pratiques professionnelles ne concerne pas que la formation médicale continue. Médecins et paramédicaux sont astreints à cette obligation légale.

pragmatisation des connaissances : « On est capable d'enseigner une démarche dès lors qu'on l'a soi-même déjà expérimentée. J'avais déjà acquis le mécanisme et je maîtrise la démarche ».

Il est possible d'envisager également que tous les invariants opératoires ne reposent pas sur des savoirs et des connaissances, essentiellement liés aux mécanismes métacognitifs de régulation de l'action, mais que certains aient aussi pour fonction d'orienter l'action. Dans ce cas, la nécessité managériale d'introduire du changement dans les organisations représente la ligne d'horizon : « On n'a pas d'autres solutions que de faire en sorte que nos cadres supérieurs soient imprégnés de cette nouvelle culture, qu'ils cherchent des organisations nouvelles, qu'ils ne restent pas figés dans des organisations passées ».

Développer la pensée réflexive chez les cadres s'accompagne de quelques conditions traduites en buts et en sous-buts. S'il s'agit d'analyser les projets, de formuler des évaluations intermédiaires et de réfléchir sur les tactiques employées ainsi que sur ses comportements en tant que cadre, alors il faut que le cadrage méthodologique de l'action soit acquis et qu'il ne vienne pas faire obstacle à l'analyse. « La première des choses, c'est de définir ce qu'est un chef projet et de leur dire ce que j'attendais d'eux. L'accompagnement était pédagogique, une fois les objectifs fixés ». Le directeur des soins régule la mise en œuvre des projets, règle préalablement des points de méthode et ne cherche pas à compliquer les situations pour pouvoir se concentrer sur l'essentiel. « En arrivant ici, j'ai reproduit la façon de faire, en créant un comité de pilotage, en positionnant des cadres sur chaque projet et en les accompagnant vers l'atteinte des résultats », il crée ainsi des situations pédagogiques.

Pour que les situations professionnelles deviennent des situations de résolution de problèmes, il est nécessaire que les caractéristiques de la situation et de la tâche qui est confiée soient pertinentes eu égard aux compétences des cadres supérieurs : « Faire avec les cadres n'a pas été long, les cadres avaient déjà une certaine expérience. Il y a aussi une motivation forte du personnel de l'établissement pour faire avancer les dossiers et obtenir des résultats positifs ». Les directeurs des soins reconnaissent que leurs cadres ont souvent une vision juste des situations. Leur point fort, en plus de leur excellente connaissance des services, est leur capacité à proposer des modèles d'organisation adéquats. L'ensemble de ces ressources expérientielles est alors pris en compte dans l'accompagnement des cadres sur leur mission. Les réalisations effectives deviennent ensuite des sujets d'analyse.

Une règle d'action est mobilisée par le directeur des soins, elle est issue de son expérience personnelle : « Ce qui marche bien, c'est de savoir regarder ses échecs et ses réussites. Les échecs que j'ai pu vivre un moment donné constituent une aide pour les cadres aujourd'hui ». Le mode opératoire consiste à faire passer les cadres par les mêmes étapes cognitives qu'il a pu éprouver lui-même. « Je les questionne : qu'est ce qui est le plus important ? ». Si le directeur des soins veut déclencher une phase d'analyse réflexive, alors il crée les conditions du *debriefing* lors des réunions de la direction : « On peut commencer par débriefer seul et puis après on le fait en groupe. On fait un tour de table, on échange et on cherche entre nous à s'entraider sur des situations positives ou qui ne l'ont pas été ». La finalité de ce travail de médiation cognitive, très articulée avec les phases d'analyses, reste toujours l'action efficace : « Je les conseille : réfléchissez et n'allez pas au conflit, prenez le problème différemment, travaillez différemment. A la longue, je vois que les choses avancent ».

La compétence critique qui consiste à favoriser la pensée réflexive des cadres à propos de la conduite des projets, peut être synthétisée par la formule suivante. Un directeur des soins, ayant lui-même acquis une méthodologie de projet et des capacités métacognitives de régulation de son action, est en mesure de créer des situations d'apprentissage où toutes les difficultés ne se présentent pas simultanément et dont le degré de complexité est adapté à l'expérience antérieure du cadre ainsi qu'à son engagement dans l'action. L'usage du *debriefing* en équipe de direction permet la poursuite des apprentissages, une fois l'action terminée.

Mettre en œuvre cette compétence critique représente une part importante en temps et en énergie du directeur des soins : « Je fais un gros travail d'analyse et de réflexion avec les cadres et les cadres supérieurs, même si normalement les cadres sont déjà formatés à ce travail d'analyse ». De fait, l'entraînement à la pensée réflexive et à la résolution de problèmes, est constant dans les filières paramédicales. Cela commence dès la formation en institut de formation aux soins infirmiers et tout particulièrement lors des temps de stage dans les services (SAVOYANT A., 2005). Les infirmières expérimentées font en sorte de guider les infirmières débutantes dans les situations de travail pour « prendre les problèmes comme ils viennent et comme ils sont », le but est d'orienter les élèves vers une activité de résolution de problèmes et de faire acquérir les savoirs pragmatiques requis.

Plus tard, au cours de leur développement de carrière, la réflexivité est élevée au rang de compétence indispensable pour la professionnalisation des cadres de santé. Elle fait l'objet de temps de travail spécifiques en formation de cadres mais elle représente une compétence attendue pour se positionner tout au long de l'exercice professionnel³². Nous dirons que, vraisemblablement, l'activité métacognitive des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé qui leur sont rattachés aboutit à renforcer les boucles d'autorégulation de l'action avec pour conséquence le développement des compétences des cadres supérieurs.

3.4 Les médecins inspecteurs de santé publique et les directeurs des soins : des profils d'insertion professionnelle opposés et typiques

Les directeurs des soins présentent, à première vue, un profil tout différent des médecins inspecteurs de santé publique. Là où les médecins inspecteurs de santé publique estiment rencontrer des difficultés, les directeurs des soins vivent plutôt mieux que l'ensemble des filières leur insertion professionnelle. Les résultats de l'enquête IFOP 2007 pour l'ENSP auprès de ses anciens élèves, promotions 2006, sont éclairants pour quelques indicateurs cruciaux (DABI F., PHILIPPOT D. & MERCERON A., 2007).

Les enquêtes post-formation commanditées par l'ENSP et réalisées par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) de 1999 à

³² Exemples parmi d'autres, les actes des 9èmes et 10èmes journées nationales d'études des cadres de santé, organisées par l'Institut de formation des cadres de santé du CHU de Montpellier, témoignent de ce fait.

2005³³ apprécient dans quelle mesure les savoirs, techniques et méthodes, travaillés à l'ENSP sont remobilisés dans l'exercice professionnel. Les enquêtes montrent, année après année, que les difficultés rencontrées par les novices varient selon les filières. Certaines filières connaissent des difficultés importantes et régulières, comme le montre le tableau et les deux graphiques suivants³⁴.

Tableau 3 Profils comparés des médecins inspecteurs et des directeurs des soins un an après la formation

Indicateur (Source : IFOP 2007, portant sur les promotions 2006)	Médecins inspecteurs de santé publique	Directeurs des soins	Ensemble des filières
Satisfaction à l'égard du poste occupé	85,7 %	92,1 %	91,4 %
Adéquation du poste aux aptitudes et compétences de l'élève	78,6 %	95,2 %	92,8 %
Difficultés ressenties lors de la prise de fonction	92,9 %	46,0 %	59,9 %
Sentiment d'assumer les dimensions du poste	71,4 %	90,5 %	87,1 %

Sur la base de ces quatre indicateurs, les médecins inspecteurs de santé publique et les directeurs des soins se différencient nettement. Les médecins expriment une

³³ G&A et l'IFOP ont succédé au CREDOC en 2006 et 2007. La structure de l'enquête est toujours la même : activités exercées durant la première année post-formation, compétences mises en œuvre, liens entre ces compétences et les apports des modules de formation proposés à l'école. Cette enquête permet par ailleurs de vérifier la satisfaction de la formation reçue et la qualité de l'image de l'ENSP. Ces enquêtes téléphoniques d'évaluation post-formation par les élèves ont été élargies à d'autres écoles d'administration depuis quelques années.

³⁴ Pour une présentation des différents métiers, se référer à l'annexe « Les filières professionnelles formées à l'ENSP ».

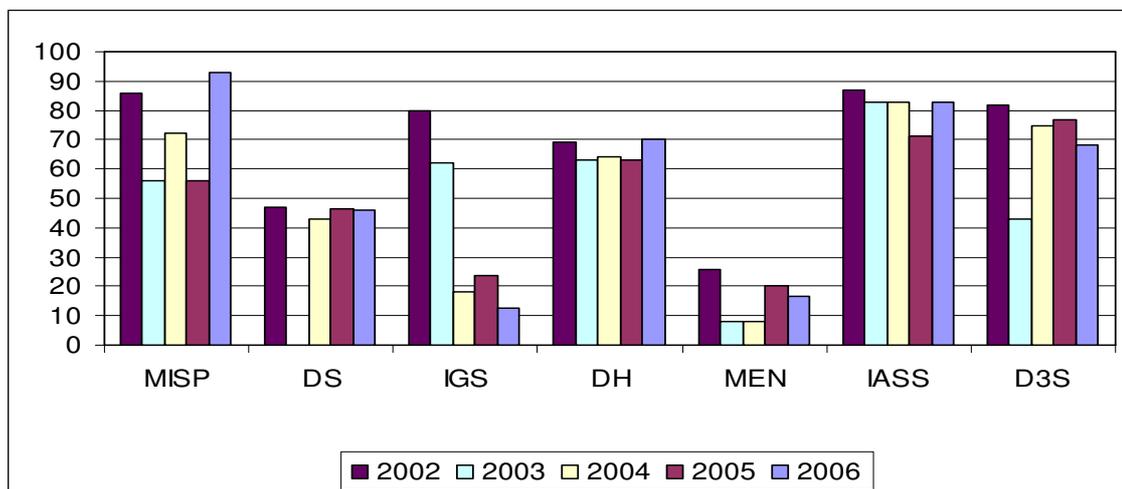
insatisfaction prononcée à l'égard de leur poste et de leurs compétences. Quant aux directeurs des soins, ils présentent un taux de satisfaction, la plupart du temps, supérieur à l'ensemble des individus interrogés, toutes filières confondues.

Les différentes promotions des filières se comportent de manière assez homogène dans le temps. Ainsi, les deux indicateurs qui ont le plus à voir avec cette recherche sur l'auto-efficacité : difficultés lors de la prise de poste et sentiment d'assumer les différentes dimensions de la fonction, font apparaître la nette opposition entre les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) et les directeurs des soins (DS).

Les graphiques sont établis sur les données des études IFOP, G&A, CREDOC (Rapports d'enquête post formation 2003 à 2007 portant sur les promotions 2002 à 2006)³⁵.

Nous observons qu'une forte proportion de professionnels ressent des difficultés lors de la prise de fonction et, sans surprise, les internes de la fonction publique se déclarent moins en difficulté que les externes. L'exception des directeurs d'hôpital (DH), des médecins de l'Éducation nationale (MEN) et des Ingénieurs du génie sanitaire (IGS) est notable. Nous découvrirons que les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) et les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) sont aussi les filières qui obtiennent les scores moyens d'auto-efficacité parmi les plus bas.

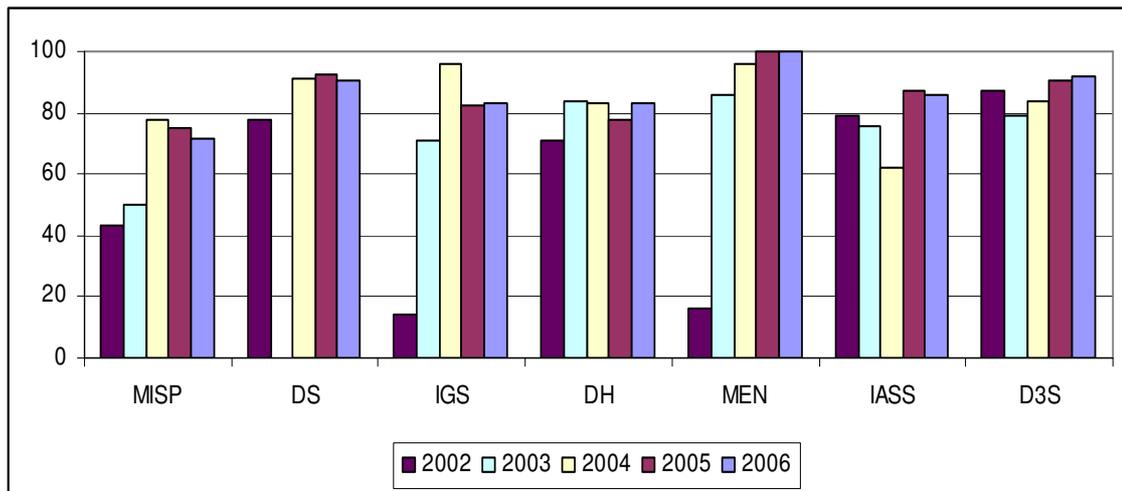
Graphique 1 Élèves ayant rencontré des difficultés lors de la prise de fonction



³⁵ A noter que les directeurs des soins ont pris la suite des infirmiers généraux (dernière promotion en 2002) et que la première promotion de directeurs des soins est entrée à l'ENSP en 2004.

Néanmoins, sans que cela ne soit contradictoire, les anciens élèves sont très nombreux au terme d'une année à considérer qu'ils sont en mesure d'assumer les différentes dimensions de leurs fonctions (entre 70 et 100 % d'entre eux) dès la première année.

Graphique 2 Pourcentage d'élèves ayant le sentiment d'assumer les différentes dimensions du poste



Les résultats de ces enquêtes sont cohérents avec nos résultats issus de la phase exploratoire sur l'appréciation qualitative de l'auto-efficacité des médecins inspecteurs de santé publique et des directeurs des soins. Ces deux indicateurs sont médiatisés par l'auto-efficacité. Nous pouvons aussi soutenir l'idée que le niveau d'auto-efficacité en formation permet de prédire dans une bonne proportion la difficulté estimée à la prise de poste et le sentiment d'assumer les différentes fonctions du poste lors de la première année d'exercice professionnel après la formation.

A l'issue de ce travail exploratoire sur les compétences critiques des médecins inspecteurs de santé publique et des directeurs des soins, nous constatons toute l'importance accordée aux compétences managériales ou, peut être plus précisément, aux compétences de gestion de soi en situation professionnelle.

Ce travail poursuivait un deuxième but, celui de se familiariser avec les niveaux d'auto-efficacité chez ces professionnels de la santé publique et de poser des hypothèses sur les modes de construction de leur auto-efficacité. Ainsi, un des principaux résultats réside, selon nous, dans la mise en évidence d'une certitude

développée par les directeurs des soins interviewés : leur auto-efficacité se développe par la conduite d'activités réflexives sur les obstacles qu'ils rencontrent et les réussites qu'ils connaissent.

La pertinence de notre hypothèse au cœur du dispositif empirique de recherche se trouvait fondée au plan théorique par le constat des convergences entre la théorie sociocognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action. Au plan empirique, et sur un premier niveau exploratoire auprès de professionnels de santé publique, expérimentés ou plus débutants, l'intérêt de cette hypothèse se confirme.

En santé publique, les compétences sociales managériales peuvent faire défaut aux professionnels novices dans leur nouvelle fonction. Or, elles peuvent se révéler tout à fait critiques dans le sens où, contrairement aux compétences « techniques », elles requièrent une forte implication relationnelle dans des situations jugées délicates où les arbitrages sont toujours lourds de conséquences. Les compétences critiques ne s'acquièrent pas aisément ni sur le terrain ni en formation statutaire. Leur apprentissage suppose que les professionnels mettent en œuvre des stratégies non prescrites par leur hiérarchie pour atteindre les buts définis.

Les médecins inspecteurs de santé publique et les directeurs des soins n'exercent pas sur les mêmes terrains et donc ne désignent pas les mêmes compétences critiques. Pour les médecins inspecteurs de santé publique, les compétences de planification des actions, de gestion des priorités, de mobilisation des services, des partenaires mais aussi de soi-même sont critiques. Leur niveau d'auto-efficacité semble bas. Considérer que les obstacles qui se présentent ne peuvent être dépassés est l'indice d'un faible niveau de compétence perçue. Ils subissent souvent les situations sans toujours trouver les solutions aux problèmes.

En revanche, les directeurs des soins considèrent que leur travail consiste à résoudre les difficultés de management des équipes et à agir pour optimiser l'activité des services face aux contraintes hospitalières en rapide évolution. Ils développent un bon niveau d'auto-efficacité et leurs compétences critiques visent précisément à identifier les situations sur lesquelles agir et piloter les adaptations de l'environnement hospitalier. La réflexivité tient une grande place dans l'acquisition des compétences critiques et ils cherchent à la développer au sein de leurs équipes de cadres.

Ces résultats nous ont mis en alerte pour la suite de la recherche. Premièrement, nous avons à nous doter d'instruments de mesure de l'auto-efficacité et ne pas nous contenter d'une estimation de l'auto-efficacité issue des discours recueillis lors des entretiens semi-directifs. Deuxièmement, si l'analyse réflexive sur les conditions d'exercice professionnel nous est présentée comme une voie privilégiée de la construction de leur auto-efficacité, alors cette hypothèse méritait effectivement d'être testée.

4 La variation significative des niveaux d'auto-efficacité selon les filières de formation

Nous allons montrer que, conformément à ce que les résultats de la phase exploratoire semblaient indiquer, les médecins inspecteurs de santé publique et les directeurs des soins occupent bien des positions opposées avec des niveaux moyens d'auto-efficacité faibles pour les premiers et élevés pour les seconds, relativement à l'ensemble de la population étudiée.

Le score moyen d'auto-efficacité des deux premières promotions de directeurs des soins qui ont été testées était élevé et il paraissait nécessaire de le comparer avec celui des autres promotions formées à l'ENSP pour mieux apprécier l'écart qui semblait exister entre la perception intuitive d'un faible niveau moyen chez les médecins inspecteurs de santé publique et la mesure de l'auto-efficacité au travail chez les directeurs des soins.

En utilisant une échelle de mesure de l'auto-efficacité au travail auprès des élèves des promotions présentes en 2006 à l'ENSP, les niveaux d'auto-efficacité, classés selon les scores moyens des promotions, connaissent effectivement des variations statistiques significatives.

Ces données représentent la première série de mesures de ce type dans le champ de la formation supérieure professionnelle auprès de dirigeants et de managers de la santé publique.

4.1 Le dispositif de mesure de l'auto-efficacité au travail

Les modalités de mesure de l'auto-efficacité se déduisent de la théorie sociocognitive qui insiste sur la « multidimensionalité des systèmes de croyance

d'efficacité personnelle ». L'auto-efficacité s'exprime toujours en référence à des situations et des contextes précis : « Les croyances d'efficacité devraient être mesurées en terme d'évaluation particularisée de capacités pouvant varier en fonction du domaine d'activité, du niveau d'exigence de la tâche à l'intérieur d'un domaine d'activité donné et des circonstances » (BANDURA A., 2003). L'auto-efficacité perd son caractère explicatif et prédictif si elle est mesurée de manière trop générale ou en dehors des domaines d'action concernés. La structure des échelles de mesure prend en compte tout ou partie des trois dimensions de l'auto-efficacité : le niveau de réussite escompté, l'intensité de ce système de croyances pour résister aux expériences infirmatives et la généralisation de ces croyances à des ensembles étendus de comportements. Les échelles de mesure sont ainsi établies en référence à des comportements contextualisés et à une ou plusieurs dimensions de l'auto-efficacité. Leur construction requiert une expertise pour analyser le domaine d'action de référence, pour délimiter l'activité et la caractériser par des performances reliées à des niveaux de difficulté.

4.1.1 Le caractère spécifique de la mesure de l'auto-efficacité au travail

L'échelle que nous avons reprise pour les besoins de cette recherche mesure l'auto-efficacité au travail. Elle s'intéresse surtout au niveau de l'auto-efficacité en référence à des obstacles possibles, mais aussi à la force de l'auto-efficacité face à des événements inattendus et difficiles à régler et à la généralisation de l'auto-efficacité à l'intérieur d'une classe d'activités liées au travail.

Cette échelle a d'abord été conçue et utilisée dans le cadre de la recherche « Optimiser les apprentissages professionnels informels » conduite en association avec le Centre de Recherche Éducation et Formation de l'Université Paris X et Interface Recherche (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003).

L'échelle d'auto-efficacité est une échelle de type Likert. Elle comprend dix énoncés de forme déclarative orientés positivement, se référant à des comportements spécifiques en milieu professionnel (voir le tableau suivant). Ils sont suivis de

réponses indiquant plusieurs niveaux d'accord possibles : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « pas vraiment d'accord », « pas du tout d'accord ». Une seule réponse est possible par énoncé et il n'y a pas de point milieu.

Tableau 4 **Échelle d'efficacité au travail**

Échelle d'efficacité au travail (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003)
Dans mon travail, je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles si je m'en donne la peine.
Si quelqu'un me fait obstacle dans le cadre de mon travail, je peux trouver un moyen pour obtenir ce que je veux.
Il est facile pour moi de maintenir mes intentions et d'accomplir mes objectifs professionnels.
Dans le cadre de mon travail, j'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux événements inattendus.
Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations professionnelles inattendues.
Je peux résoudre la plupart de mes problèmes professionnels si je fais les efforts nécessaires.
Je reste calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés professionnelles car je peux me reposer sur ma capacité à maîtriser les problèmes.
Lorsque je suis confronté(e) à un problème dans mon travail, je peux habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre.
Si j'ai un problème professionnel, je sais toujours quoi faire.
Quoiqu'il arrive au travail, je sais généralement faire face.

Formuler dix questions plutôt qu'une pour mesurer l'auto-efficacité est utile pour l'évaluer plus précisément et limiter le risque d'erreur. En revanche, il est indispensable que ces dix items mesurent bien effectivement l'auto-efficacité au travail pour établir un score correspondant à l'ensemble de l'échelle. L'alpha de Cronbach indique le degré de consistance de l'échelle. Ici, l'échelle dispose d'une consistance interne élevée avec un alpha de Cronbach égal à 0.85.

Cette échelle d'auto-efficacité au travail est l'adaptation d'une échelle d'efficacité générale (SCHWARZER R., 1997), lequel, en accord avec les préconisations d'Albert BANDURA, recommande de spécifier les échelles selon l'objet mesuré à chaque fois que cela s'avère nécessaire (SCHWARZER R., 2005). Il est à noter que l'échelle d'efficacité générale était le résultat d'un double travail antérieur d'analyse et de synthèse. D'une part, elle prend en compte plusieurs échelles pré existantes et,

d'autre part, cette échelle a été confrontée à d'autres échelles mesurant notamment l'optimisme, le changement en situation de stress ou la procrastination (SCHWARZER R. & JERUSALEM M., 1995).

Tableau 5 **Échelle d'efficacité générale**

Échelle d'efficacité générale (SCHWARZER R., 1997)
Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.
Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.
C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.
J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.
Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.
Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.
Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.
Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.
Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.
Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.

Ralf SCHWARZER et son équipe de l'Université libre de Berlin ont traduit cette échelle en dix-neuf langues et ont testé des populations résidentes dans vingt-deux pays en Europe et dans le monde. Le nombre de questionnaires exploitables est de 17 553. A l'issue de cette étude, l'échelle a été définitivement validée et les auteurs ont affirmé le caractère proprement anthropologique de l'auto-efficacité en dépit des différences culturelles : l'auto-efficacité « semble être universelle puisque des caractéristiques très semblables ont été trouvées dans beaucoup de cultures » (SCHWARZER R. & SCHOLZ U., 2000).

Les énoncés des items des deux échelles, auto-efficacité générale et auto-efficacité au travail, sont très proches. Les items proposent une évaluation de capacité (« Je peux faire ») et non une déclaration d'intention (« Je ferai »), les répondants ont à juger de leur capacité actuelle et non de leurs capacités futures escomptées. L'échelle est d'un format unique, les individus évaluent la force de leur auto-efficacité de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Dans le cas d'un

format double, les individus auraient évalué d'abord leur capacité à exécuter ou non les performances visées. « Un format de jugement unique fournit essentiellement la même information et est plus facile à utiliser » (BANDURA A., 2003).

Alice FOLLENFANT et Thierry MEYER ont commencé par valider l'échelle d'auto-efficacité générale en français pour leurs travaux à l'université de Paris X. Ils ont ensuite « orienté le contenu afin de le situer dans le cadre du travail en entreprise » (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003) de manière à évaluer l'auto-efficacité au travail et non pas une autre caractéristique. Les items de l'échelle d'auto-efficacité au travail précisent alors les énoncés avec des formules comme « dans le cadre du travail » ou « professionnellement ».

Bien entendu, ces modifications ne sont pas mineures et elles empêchent de comparer strictement les résultats de ces différentes enquêtes. Toutefois, la recherche conduite par Ralf SCHWARZER peut constituer une référence utile pour notre propre enquête, sa démarche étant de mettre à disposition les résultats et de vouloir nourrir une perspective comparative avec d'autres recherches portant sur l'auto-efficacité (SCHWARZER R., 2000).

Ainsi en tenant compte de ces réserves, la distribution des scores d'auto-efficacité générale issue des recherches de Ralf SCHWARZER donne une série d'indications utiles sur le niveau d'auto-efficacité au sein d'une population qui comprend un grand nombre d'individus.

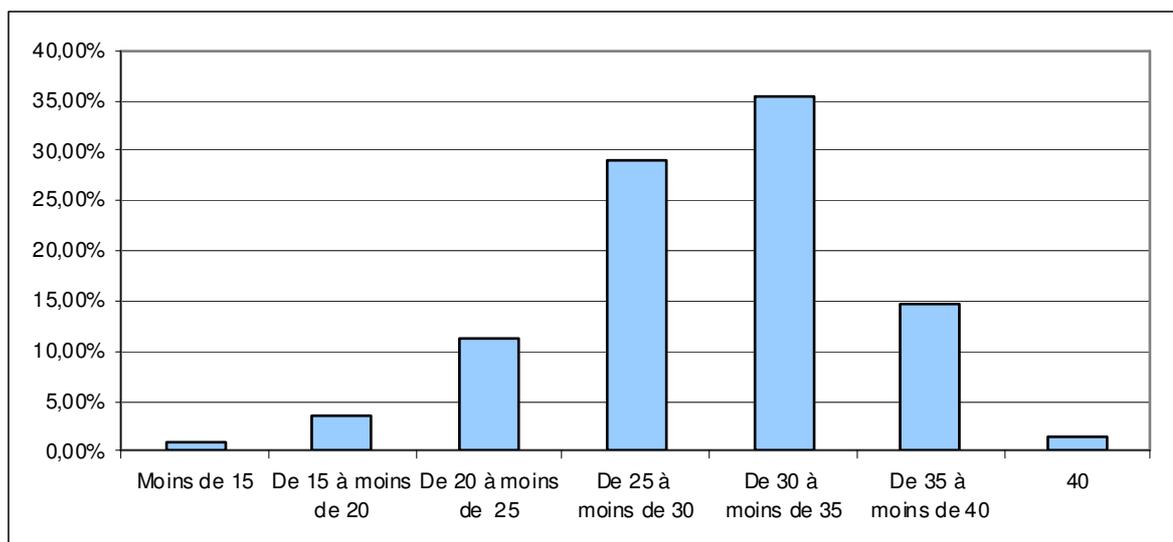
Les mesures de tendance centrale (la moyenne, la médiane et le mode) permettent de saisir ce qui est typique des données.

Tableau 6 Mesures de tendance centrale (Source : Ralf SCHWARZER)

Auto-efficacité générale		Source : Ralf SCHWARZER
Nombre d'observations		17 553
Score minimum		10,00
Score maximum		40,00
Mesures de tendance centrale	Moyenne, indice de centralité	29,46
	Médiane, score qui divise la population en deux parties égales	30,00
	Mode, score le plus fréquent	30,00
Ecart-type, indice de dispersion		5,33

De plus, le graphique suivant permet d'apprécier l'approximation de la distribution par la loi normale gaussienne avec sa forme caractéristique de courbe en cloche, la valeur de la moyenne, de la médiane et du mode étant très proches.

Graphique 3 Scores d'auto-efficacité générale (Source Ralf SCHWARZER)



Néanmoins, deux autres recherches constituent une base de comparaison plus adaptée que les recherches de Ralf SCHWARZER. Premièrement, l'échelle d'auto-

efficacité au travail a été conçue et utilisée dans le cadre de la recherche « Optimiser les apprentissages professionnels informels » (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003), le nombre d'observations est de 765 et le score moyen est de 30 points. La deuxième recherche a été conduite auprès de soignantes et de cadres intermédiaires de santé en Suisse (PIGUET C., 2008). Les premiers résultats portant sur un nombre de questionnaires utilisables de 841 (PIGUET C. & NAGELS M., 2006) font apparaître un score moyen de 29,94 points avec un score minimal de 15 points et un score maximal de 40 points. La médiane est à 30 et l'écart type est de 3,89.

Nous voyons avec ces deux recherches que les scores moyens varient très peu et nous pouvons considérer qu'il existe ainsi une valeur de référence, le score moyen pour cette échelle d'auto-efficacité au travail devrait s'établir à 30 points environ.

4.1.2 Les conditions de la mesure

Le questionnaire complet, conçu pour l'ENSP, comporte des variables socioprofessionnelles et l'échelle d'auto-efficacité³⁶.

Une question proposait d'estimer une variable supplémentaire « le niveau de complexité de la fonction que vous vous préparez à occuper ». Il s'agit de définir une variable qui synthétise la représentation de ses ressources issues de son expérience combinée avec les représentations des conditions d'exercice du métier. Par exemple, il est tout à fait envisageable qu'un sujet développe un fort niveau d'auto-efficacité en dépit d'une fonction qu'il juge « complexe », et réciproquement.

Parmi la série de questions qui s'attache à tester les variables sociodémographiques (filière d'appartenance, âge, sexe, durée de l'expérience professionnelle, niveau d'étude) les questionnaires contiennent un « code d'anonymat ». Ce code s'avère utile pour retrouver des personnes et leur proposer de participer à la deuxième phase qualitative de la recherche sur la construction de l'auto-efficacité.

³⁶ Il est reproduit dans l'annexe « Le questionnaire de mesure d'auto-efficacité au travail ».

Avant le premier semestre 2006, le questionnaire d'auto-efficacité a fait l'objet d'un pré-test qui ne portait pas sur la validité du questionnaire repris de travaux antérieurs (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003) mais sur les conditions de passation elles-mêmes. Le mode de présentation définitif du questionnaire a été mis au point avec l'aide de promotions de directeurs des soins. Les données recueillies dans la phase de pré-test sur le niveau d'auto-efficacité pouvaient être utilisées néanmoins.

Comme le même questionnaire a été passé deux fois auprès de certaines promotions à des moments différents de la formation, il faut donc raisonner généralement sur un échantillon qui ne prend pas en compte les doublons (les personnes enquêtées deux fois). C'est ainsi qu'une strate de population contenant 697 observations a été définie par un filtrage qui élimine les doublons. Les résultats suivants sont présentés en utilisant cette strate.

Lors de la passation du questionnaire, tous les élèves n'étaient pas présents. Les conditions pratiques de passation des questionnaires étaient telles qu'il n'y avait aucun lien entre la passation du questionnaire et la présence ou l'absence des élèves. Pour cette étude, nous pouvons considérer que la présence ou l'absence des élèves est due au hasard. Par ailleurs le nombre de questionnaires recueillis est supérieur à 30, deux conditions nécessaires pour le calcul de l'intervalle de confiance établi sur les données connues des effectifs théoriques. A partir d'une proportion de 52 % obtenus dans un échantillon de 800 observations, la proportion estimée dans la population est comprise dans la fourchette (ou intervalle de confiance) : $48.60\% < p < 55.40\%$. L'erreur potentielle est donc de 3.40%. D'une manière plus générale, nous pouvons dire que l'erreur maximum (atteinte pour une fréquence de 50%) sur cet échantillon est de 3.40%, ce qui caractérise sa précision. Au vu de cet intervalle de confiance, nous considérons que les résultats sont fiables.

La population source est constituée des élèves présents en formation statutaire à l'ENSP³⁷ en 2006. La totalité de la population pouvait potentiellement être enquêtée et il n'a pas été construit d'échantillon fiable et représentatif de la population source.

A l'issue de la passation des questionnaires, nous constatons que la population enquêtée est plus réduite que la population source. Les contraintes de passation des questionnaires, notamment la disponibilité de l'enquêteur, les temps de présence

³⁷ Voir en annexe, les principaux éléments descriptifs des filières formées à l'ENSP.

effectifs des promotions, le nombre de jours de regroupement à l'école pendant la période considérée mais aussi les activités pédagogiques conduites, n'ont pas permis d'enquêter toutes les filières, néanmoins, les 697 questionnaires exploitables représentent presque 80 % de la population source.

Les données ont été recueillies en collaboration avec les responsables de filière de formation professionnelle. Un rendez-vous était organisé en fin de matinée ou en fin d'après midi avec les promotions suite à une séquence de formation en grand groupe. Les élèves n'ont jamais été prévenus plus de trois jours à l'avance. Le responsable de filière venait éventuellement présenter l'enquêteur mais n'assistait pas à la passation des questionnaires, questionnaires anonymes par ailleurs. L'enquêteur présentait très brièvement les objets de recherche et les questionnaires eux-mêmes. Les questionnaires complets ou complétés sur place étaient remis à l'enquêteur qui les saisissait personnellement à l'aide du logiciel Sphinx Plus. L'intervention totale durait vingt minutes au plus et l'enquêteur assurait les élèves d'une communication des principaux résultats. Un site Web dédié à ce retour d'informations auprès des personnes enquêtées a été ouvert dans ce but à la fin du premier semestre 2006.

Un questionnaire jugé exploitable est un questionnaire où tous les items des échelles d'auto-efficacité ont reçu une réponse valide.

4.2 La description de la population enquêtée

La population enquêtée est présentée ici à travers les effectifs issus des différentes filières qui ont répondu, les variables sociodémographiques et socioprofessionnelles seront aussi analysées.

4.2.1 Les effectifs enquêtés

Le tableau suivant indique le nombre de questionnaires exploitables en proportion des effectifs des promotions.

Les abréviations utilisées pour la commodité de lecture des tableaux et des données sont les suivantes : Directeur des soins (DS), Directeur d'hôpital(DH), Inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS), Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale (IPASS), Médecin de l'éducation nationale (MEN), Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), Médecin inspecteur de santé publique (MISP), Médecin territorial (MT), Directeur d'établissement social ou directeur d'établissement social et médico-social ou directeur d'établissement sanitaire et social (D3S), Ingénieur d'études sanitaires (IES), Ingénieur du génie sanitaire (IGS). A noter que les Directeurs d'hôpital - Tour extérieur (DH Tour extérieur) sont des fonctionnaires remplissant certaines conditions d'accès au corps des directeurs d'hôpital.

Tableau 7 **Présentation de la population enquêtée**

Filière	Entrée en formation	Période de passation du questionnaire lors de la formation	Effectifs de la promotion	Nombre de questionnaires auto-efficacité	%
Cadres A détachés	2006	Début	30	27	90,00%
DS	2004	Fin	73	17	23,29%
DS	2005	Début	67	58	86,57%
DS	2005	Fin	67	34	50,75%
DS	2006	Début	67	66	98,51%
DS	2006	Milieu	67	62	92,54%
DS	2007	Début	69	69	100,00%
DS	Autres	Post formation	-	3	-
DH Tour extérieur	2006	Milieu	27	22	81,48%
DH	2006	Début	100	80	80,00%
IASS	2004	Fin	48	35	72,92%
IASS	2005	Début	22	16	72,73%
IPASS	2005	Début	16	16	100,00%
MEN	2005	Fin	19	19	100,00%
MIRTMO	2005	Milieu	16	16	100,00%
MISP	2005	Milieu	22	22	100,00%
MT	2006 Promo 29	Milieu	16	16	100,00%
MT	2006 Promo 33	Fin	17	14	82,35 %
D3S	2005	Fin	114	89	78,07%
D3S	2006	Début	119	94	78,99%
IES	2006	Début	14	13	92,86 %
IGS	2006	Début	24	12	50,00%
TOTAL			1 014	800	78,89%

La proportion d'élèves ayant retourné des questionnaires exploitables varie de 50 % à 100 % des effectifs théoriques des filières enquêtées, si l'on excepte le cas des DS 2004 (moins d'un quart des effectifs) qui revenaient à l'école un an après leur fin de formation pour rencontrer la promotion suivante.

4.2.2 Les variables sociodémographiques et socioprofessionnelles

Les variables présentes dans le questionnaire à côté de l'échelle d'auto-efficacité sont en nombre limité et ont pour but essentiel de mieux connaître la population enquêtée.

4.2.2.1 La variable « sexe »

Les femmes représentent les deux tiers de l'échantillon. Elles sont à peine moins nombreuses proportionnellement qu'à l'ENSP.

Tableau 8 La répartition par sexe

Sexe	Nombre de citations	Fréquence	Population totale ENSP
Non-réponses	6	0,9%	-
Une femme	459	65,9%	68,6 %
Un homme	232	33,3%	31,4 %
TOTAL	697	100%	100,0%

4.2.2.2 La variable « âge »

L'âge minimum est de 21 ans (deux élèves IASS et deux élèves D3S), l'âge maximum est de 58 ans (deux élèves cadres A détachés). L'âge le plus cité est 24 ans et la

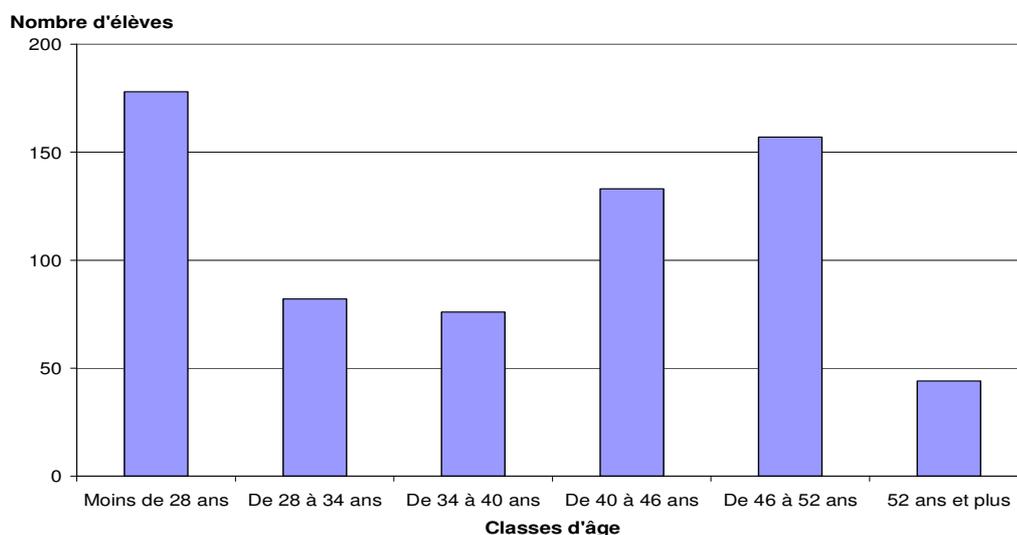
moyenne d'âge de l'échantillon est de 38 ans. La médiane est de 39 ans pour un écart type de 10, 11.

La distribution des âges dans l'échantillon est conforme à la distribution dans l'ensemble de la population ENSP. Toutefois, les moins de 28 ans sont légèrement sous-représentés (l'absentéisme assez fréquent de ces populations en formation DH ou D3S a joué aussi sur le nombre de questionnaires recueillis) et les 40 - 46 ans sont un peu plus nombreux (inclusion de plusieurs promotions de directeurs des soins dans l'échantillon).

Tableau 9 Distribution des âges rapportée à l'ensemble de l'ENSP

Age	Nombre de citations	Échantillon	Population totale ENSP
Non-réponses	27	3,9%	-
Moins de 28 ans	177	25,4%	32,7 %
De 28 à moins de 34 ans	81	11,6%	14,4 %
De 34 à moins de 40 ans	76	10,9%	9,8 %
De 40 à moins de 46 ans	133	19,1%	13,1 %
De 46 à moins de 52 ans	157	22,5%	22,3 %
52 ans et plus	46	6,6%	7,7 %
Total des observations	697	100%	100,0%

Graphique 4 Distribution des élèves par classes d'âge

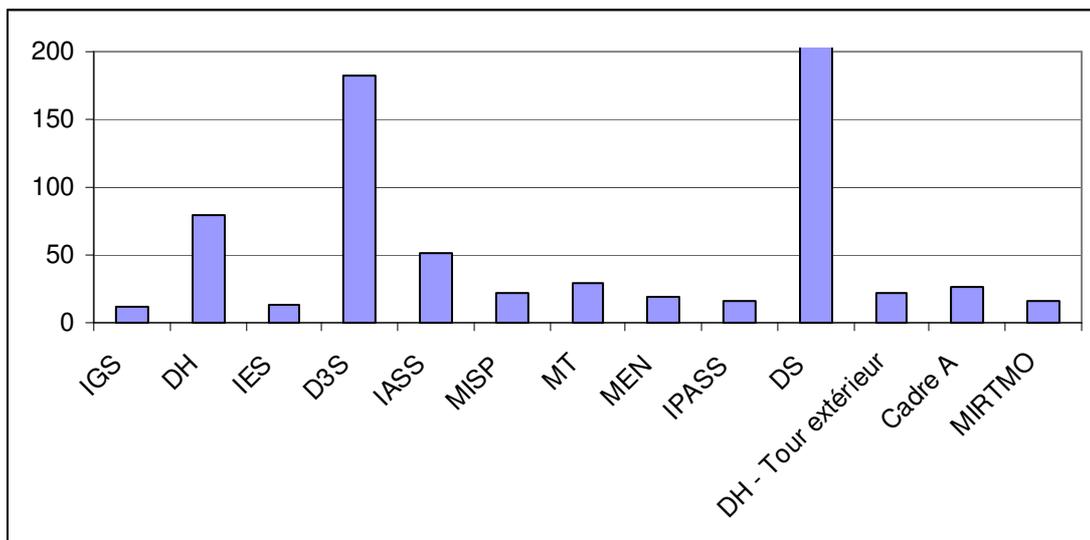


La distribution des âges des élèves montre une dispersion sur les âges extrêmes : moins de 28 ans ou plus de 46 ans. Cette observation s'explique par une prédominance numérique des élèves D3S et DH, d'une part, et des directeurs des soins, d'autre part, comme l'indique les graphiques suivants.

Graphique 5 Moyenne d'âge par filière



Graphique 6 Nombre d'élèves par filière



4.2.2.3 La variable « expérience professionnelle »

La durée minimale de l'expérience en santé est de 1 an et la durée maximale est de 38 ans mais il faut signaler que la durée d'expérience professionnelle a été comptée comme égale à un an même si la durée de mise en situation professionnelle lors de la formation n'était que de quelques mois. C'est le cas notamment d'élèves directeurs d'hôpital (DH) entrés en formation après la réussite au concours externe ou d'élèves IASS et D3S.

Tableau 10 La durée de l'expérience en santé

Durée expérience santé	Nombre de citations	Fréquence
Non-réponses	79	11,3%
Moins de 2 ans	215	30,8%
De 2 ans à moins de 5 ans	51	7,3%
De 5 ans à moins de 10 ans	51	7,3%
De 10 ans à moins de 15 ans	46	6,6%
De 15 ans à moins de 20 ans	53	7,6%
De 20 ans à moins de 25 ans	82	11,8%
De 25 ans à moins de 30 ans	81	11,6%
30 ans et plus	39	5,6%
Total des observations	697	100,0%

Une réserve peut être exprimée. L'échantillon d'élèves n'est-il pas biaisé par une trop grande disparité de l'expérience professionnelle ? Et le stage peut-il être considéré tout à fait comme une expérience professionnelle ? Il peut s'agir en effet de limites de l'étude mais sans doute pas d'un obstacle rédhibitoire. En fait, l'auto-efficacité est d'abord un système de croyances sur sa capacité à maîtriser les événements qui vont affecter le cours de sa vie. Ce facteur est indépendant de la compétence, de l'expérience professionnelle, de ses connaissances préalables, comme l'indique un ensemble d'études (BANDURA A., 2003).

Par ailleurs, la variable portait sur la durée de l'expérience en santé publique. Au vu des débats fréquents sur la caractérisation de la « santé » et de la « santé publique », les élèves ont indiqué la durée la plus longue, en santé et / ou en santé publique. Au demeurant, il a pu subsister des réponses atypiques : quelques élèves directeurs d'hôpital du tour extérieur ont déclaré une durée très faible d'expérience professionnelle en santé publique, ce qui est surprenant au vu de leurs parcours antérieurs.

Très logiquement, la durée de l'expérience professionnelle est en relation avec l'âge moyen des promotions. Sur l'ensemble de l'échantillon, un âge moyen supérieur à 37 ans est cohérent avec une durée d'expérience professionnelle de presque 12 ans en moyenne, l'expérience professionnelle débute souvent après plusieurs années d'étude.

Tableau 11 Rapprochement de l'âge et de la durée de l'expérience professionnelle

Filière	Age moyen	Durée moyenne de l'expérience professionnelle
IGS	26,08	2,75
IES	29,08	2,62
D3S	29,88	4,90
DH	32,66	7,18
IASS	33,10	5,66
MISP	41,50	15,00
MT	41,57	13,63
MEN	43,26	13,53
IPASS	43,75	16,50
DS	46,00	23,81
Cadres A détachés	50,81	22,65
MIRTMO	51,44	25,06
TOTAL	37,86	11,83

Dans ce tableau, les diverses promotions ont été regroupées par filière pour rendre la description plus lisible. Pour les DH, il est nécessaire de remarquer que nous travaillons sur deux populations relativement différentes ici : les DH promotion 2006 (80 personnes avec une moyenne d'âge de 28,50 ans) et les DH Tour extérieur (22 personnes d'âge moyen égal à 45 ans).

Comment apprécier les effets de l'expérience professionnelle sur le niveau de l'auto-efficacité ? La durée et la nature de cette expérience mais aussi la perception de compétences issue de son expérience se présentent comme des facteurs utiles à considérer tout autant que l'ampleur des difficultés à traiter une situation. Tout ceci dépasse largement la variable « durée de l'expérience professionnelle ». L'hypothèse est la suivante : le niveau de complexité de sa fonction devrait être d'autant plus élevé que le score d'auto-efficacité serait plus faible. C'est pourquoi, une question proposait d'estimer « le niveau de complexité de la fonction que vous vous préparez à occuper ». Il s'agissait de définir une variable qui synthétise la représentation de ses ressources issues de son expérience combinée avec les représentations des conditions d'exercice du métier. Par exemple, il est tout à fait envisageable qu'un sujet développe un fort niveau d'auto-efficacité en dépit d'une fonction qu'il juge complexe, et réciproquement. Cette hypothèse est d'ailleurs conforme aux résultats obtenus avec une autre échelle d'auto-efficacité au travail (SCHYNS B. & VON COLLANI G., 2002), les auteurs ont observé une corrélation entre les facteurs organisationnels, dont la complexité de la tâche, et les facteurs individuels.

La relation entre complexité perçue de la fonction et niveau d'auto-efficacité mérite d'être explorée, d'autant que les élèves de l'ENSP, selon leur filière d'appartenance, éprouvent de plus ou moins grandes difficultés à s'adapter à leurs nouvelles fonctions, voir *supra*.

4.2.2.4 La variable « niveau d'étude »

Plus de huit élèves sur dix dans cet échantillon possèdent au moins une licence ou une maîtrise. Les acquis en formation professionnelle ou universitaire sont déjà très élevés à l'entrée en formation.

Tableau 12 Le niveau d'étude préalable à l'entrée en formation

Diplôme	Nombre de citations	Fréquence
Non-réponses	27	3,9%
Certificat d'études primaires	0	0,0%
BEPC	2	0,3%
CAP, BEP ou équivalent	5	0,7%
Baccalauréat ou équivalent	83	11,9%
Licence ou maîtrise	217	31,1%
Grande école, DESS, DEA, Doctorat	363	52,1%
TOTAL	697	100,0%

Le tableau suivant détaille le niveau d'étude atteint par les élèves à leur entrée en formation pour chaque filière. Les médecins sont bien sûr tous titulaires d'un doctorat, mais remarquons que les filières recrutent des élèves fortement diplômés. Les directeurs des soins sont moins diplômés que toutes les autres filières.

Tableau 13 Niveau d'étude par filière

Filière	Niveaux de diplôme 1 à 3	Niveaux de diplôme 4 à 6
DS	60,20%	27,70%
Cadres A détachés	77,80%	22,20%
IPASS	81,30%	18,80%
DH	90,20%	7,80%
D3S	92,90%	7,10%
IASS	94,10%	5,90%
MT	100,00%	0,00%
MIRTMO	100,00%	0,00%
MISP	100,00%	0,00%
MEN	100,00%	0,00%
IGS	100,00%	0,00%
IES	100,00%	0,00%
TOTAL	83,2%	12,90%

4.3 Les résultats de la mesure d'auto-efficacité

L'échelle propose plusieurs niveaux d'accord possibles pour chacune des dix questions : « tout à fait d'accord » (quatre points), « plutôt d'accord » (trois points), « pas vraiment d'accord » (deux points), « pas du tout d'accord » (un point). Le score minimal est de dix points et le score maximal est de quarante points pour cette échelle. Le calcul du score moyen par filière de formation peut être obtenu aisément par la suite.

La mise en classes de cette variable numérique a nécessité une recodification des données. Les résultats principaux portent ainsi sur le score d'auto-efficacité mis en classes et sur le score moyen obtenu par chaque population.

4.3.1 L'indépendance relative de la variable auto-efficacité et des variables sociodémographiques et socioprofessionnelles.

Plusieurs variables, autre que l'auto-efficacité, étaient testées dans le questionnaire et il était intéressant de connaître la nature de la dépendance éventuelle entre l'auto-efficacité et les variables telles que le sexe, l'âge, le niveau de diplôme ou la durée de l'expérience professionnelle.

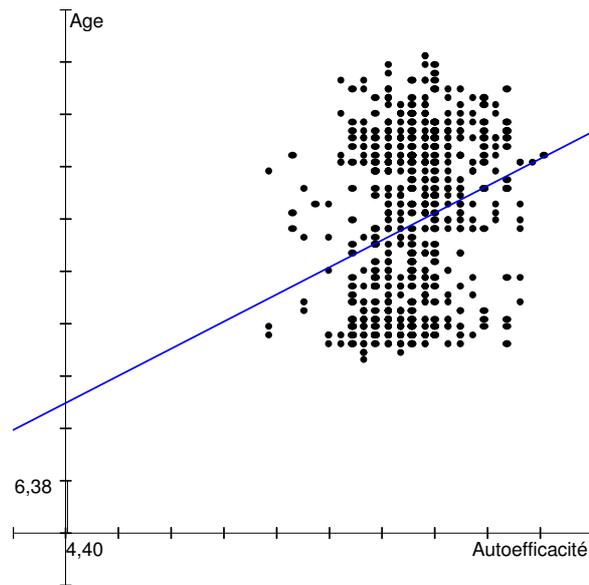
4.3.1.1 L'indépendance de l'âge et de l'auto-efficacité

Comme les deux variables sont des nombres, il est préférable d'analyser leur relation à l'aide d'un nuage de points.

La dépendance n'est pas significative entre l'âge et l'auto-efficacité comme le montre le graphique suivant portant sur 670 mesures, 27 non-réponses ont été ignorées.

L'équation de la droite de régression est : $\text{Age} = 0,75 * \text{Auto-efficacité} + 15,97$. Le coefficient de corrélation est égal à +0,27. L'auto-efficacité explique 7% de la variance de l'âge. L'écart-type du coefficient de régression est égal à 0,104.

Graphique 7 Indépendance de l'âge et de l'auto-efficacité



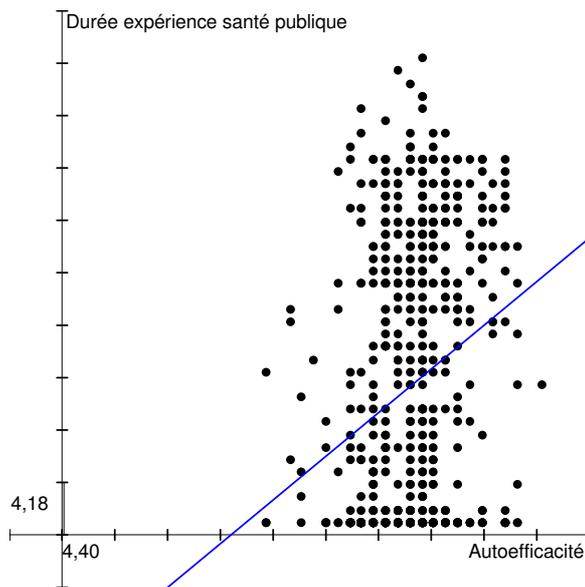
4.3.1.2 L'indépendance de l'auto-efficacité et de la durée d'expérience en santé publique

L'auto-efficacité et la durée de l'expérience en santé publique ne sont pas corrélées, la dépendance n'est pas significative.

L'équation de la droite de régression est : $\text{Durée expérience santé publique} = 0,79 * \text{Auto-efficacité} + -11,21$. Le coefficient de corrélation est égal à $+0,26$ (l'auto-efficacité explique 6% de la variance de la durée de l'expérience en santé publique) et l'écart-type du coefficient de régression est égal à $0,118$.

Le graphique suivant montre les 618 points de coordonnées auto-efficacité ; durée expérience santé publique. 79 observations ne sont pas prises en compte (durée de l'expérience inconnue). Chaque observation est représentée par un point.

Graphique 8 Indépendance de l'auto-efficacité et de la durée de l'expérience en santé publique



4.3.1.3 La dépendance entre le sexe et l'auto-efficacité

Une des variables est numérique (l'auto-efficacité) et l'autre est fermée (le sexe), il est préférable d'analyser la relation à l'aide d'un tableau de moyennes.

La dépendance entre le sexe et l'auto-efficacité est mesurée par le test t de Student qui sert à la comparaison d'une moyenne observée avec une valeur « attendue ». Les scores qui sont signalés, ici et plus loin, correspondent à des moyennes par catégorie significativement différentes (test t) de l'ensemble de l'échantillon (au risque de 95%).

Les hommes et les femmes ne présentent pas le même niveau d'auto-efficacité comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 14 Dépendance de la variable sexe et auto-efficacité

Sexe	Nombre d'élèves	Score moyen d'auto-efficacité	Écart-type	Comparaison des moyennes des modalités avec le test de Student (au risque de 95%)
Non-réponses	5			
Femmes	460	28,69	3,67	Différence significative (t = 2,00, 1-p = 95,6%)
Hommes	232	29,93	3,43	Différence significative (t = 3,03, 1-p = 99,7%)
TOTAL	697	29,13	3,64	

4.3.1.4 La dépendance du niveau d'étude à l'entrée et de l'auto-efficacité

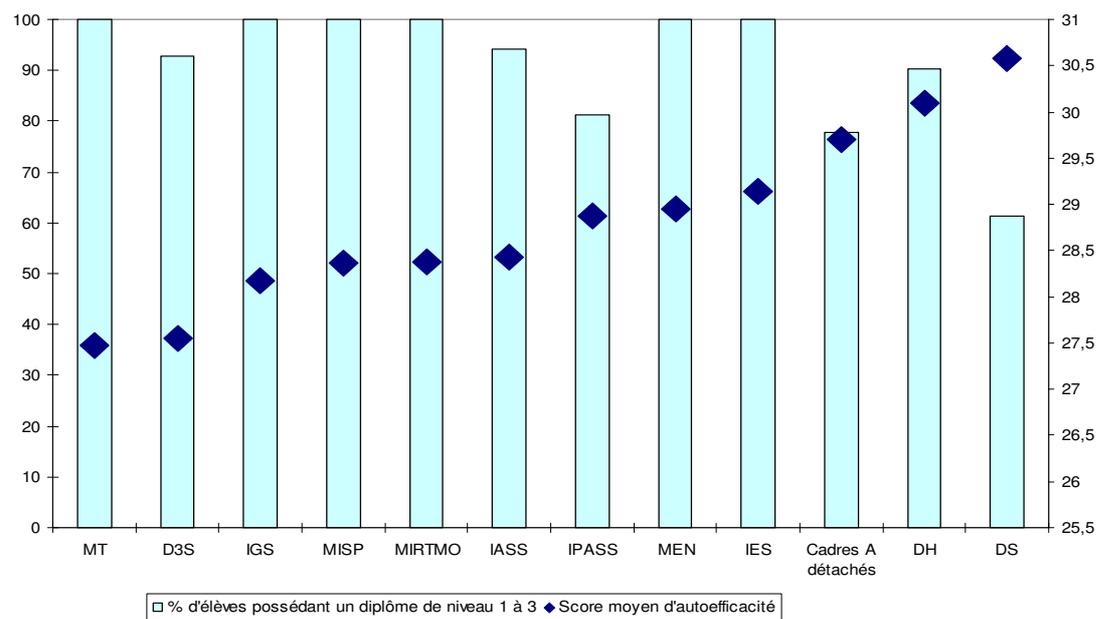
Vu le niveau d'étude initial à l'entrée à l'ENSP et même si nous avons constaté que les directeurs des soins sont les élèves les moins diplômés, il est possible d'écarter de l'interprétation les 7 élèves qui ne disposent que d'un BEPC, d'un CAP ou d'un BEP (deux directeurs des soins, quatre cadres A détachés et un D3S).

Tableau 15 Dépendance de la variable du niveau d'étude et de l'auto-efficacité

Niveau d'étude	Nombre d'élèves	Score moyen d'auto-efficacité	Écart-type	Comparaison des moyennes des modalités avec le test de Student (au risque de 95%)
Non-réponses	27	30,59		
Certificat d'Études Primaires	0	-		
BEPC	2	30,00	0,00	
CAP, BEP ou équivalent	5	27,20	2,05	
Baccalauréat ou équivalent	83	30,63	3,54	Différence significative (t = 3,64, 1-p = >99.99%)
Licence ou maîtrise	217	29,37	3,47	Différence non significative (t = 0,87, 1-p = 61,1%)
Grande école, DESS, DEA, Doctorat	363	28,57	3,66	Différence significative (t = 2,41, 1-p = 98,5%)
TOTAL	697	29,13	3,64	

Il semble ici que l'auto-efficacité soit dans une relation inverse au niveau d'étude. Plus le diplôme initial est élevé et moins le score moyen d'auto-efficacité l'est. Un très haut niveau d'étude ne s'accompagne donc pas systématiquement d'une perception exceptionnelle de sa capacité à agir. C'est le cas des IASS et des D3S, voir le graphique ci-dessous.

Graphique 9 Rapprochement du niveau d'étude et du score d'auto-efficacité



4.3.1.5 La dépendance entre le niveau perçu de complexité de la fonction et l'auto-efficacité

Une relation statistiquement significative peut être établie entre le niveau de complexité perçue attribuée à sa fonction et le score d'auto-efficacité. Plus le score est élevé et moins la fonction occupée semble complexe, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 16 Comparaison du niveau de complexité de la fonction et de l'auto-efficacité

Niveau de complexité de la fonction occupée estimé par les élèves	Auto-efficacité	Écart-type	Comparaison des moyennes des modalités avec le test de Student (au risque de 95%)
Pas du tout complexe	33,60	4,16	Différence significative (t = 2,68, 1-p = 99,2%)
Pas vraiment complexe	30,87	3,52	Différence significative (t = 3,71, 1-p = >99.99%)
Plutôt complexe	29,10	3,40	Différence non significative (t = 0,15, 1-p = 14,5%)
Tout à fait complexe	28,14	3,60	Différence significative (t = 3,49, 1-p = 99,9%)
TOTAL	29,13	3,64	

En conclusion de cette première approche, l'auto-efficacité n'est donc pas dépendante de l'âge et de son corollaire, la durée d'expérience professionnelle en amont de la formation des élèves. Ce résultat est contre intuitif. Il était pourtant attendu que l'accumulation d'expériences au long de sa carrière, la confrontation à des situations de résolution de problèmes diversifiées, la familiarisation avec les normes, les us et coutumes des milieux professionnels, produisent des effets bénéfiques de construction et de renforcement de l'auto-efficacité au travail. Ce n'est pas le cas ici. Nous noterons que de jeunes élèves à l'expérience réduite, tout comme des directeurs des soins qui entament une deuxième ou troisième carrière hospitalière, développent un haut niveau d'auto-efficacité. L'inverse est vrai également : des médecins de santé publique qui disposent d'une longue activité professionnelle doutent autant de leurs compétences que de jeunes directeurs d'établissement médicosocial, sanitaire et social. Nous affirmerons donc que l'expérience ne se suffit pas à elle-même, ce qui nous conduira à rechercher les conditions dans lesquelles cette expérience devient formatrice et à incriminer le rôle que peut jouer l'analyse de l'activité à l'intérieur d'un dispositif institué de formation, ou en dehors, selon sa propre initiative en milieu professionnel. Il est intéressant de noter que la variable niveau de complexité perçue de la fonction

occupée est, elle, en relation de dépendance avec le niveau de l'auto-efficacité. Pour juger de la complexité de la situation de travail un individu intègre sans doute des données collectées au long de son expérience professionnelle mais plus encore les enseignements tirés de son expérience. Un expert (l'expertise est moins une question de temps qu'une appropriation des éléments significatifs des situations pour agir efficacement) a tendance à ne retenir que quelques dimensions pertinentes des situations pour diagnostiquer et agir. Pour un expert, les situations ne sont pas aussi complexes que pour un novice. L'auto-efficacité au travail se trouve ainsi en relation inverse avec le degré de complexité perçue des situations.

Autres résultats intéressants, il existe une relation significative de dépendance entre l'auto-efficacité et, respectivement, le sexe et le niveau d'étude préalable à la formation. Ces résultats sont inattendus si nous comparons nos données avec celles de l'étude sur les apprentissages professionnels informels où les auteurs notent que les variables descriptives (sexe, âge, ancienneté, catégorie socioprofessionnelle) ne sont pas liées à l'auto-efficacité (FOLLENFANT A. & MEYER T., 2003), indépendance des variables en conformité avec l'idée que l'auto-efficacité est une « variable médiatrice, autonome par rapport aux déterminants sociologiques classiques » (CARRÉ P., 2003b).

La dépendance du sexe et de l'auto-efficacité s'explique t'elle ? Les hommes et les femmes, élèves de l'ENSP, ont réussi le même concours d'entrée et se trouvent dans une situation de stricte égalité sur la base de ce critère. Quels autres facteurs influenceraient, à la baisse, le niveau d'auto-efficacité des femmes ? Nous pouvons évoquer la division du travail domestique où les épouses continuent de porter la charge et les responsabilités les plus importantes en dépit du fait qu'elles assument aussi un travail à l'extérieur. Pour autant, la charge de travail en soi n'est pas le principal facteur. Le degré de contrôle qu'on peut exercer sur la charge de travail est plus déterminant. L'auto-efficacité au travail des femmes est reliée au sentiment de pouvoir contrôler les rôles multiples et les exigences de rôles auxquelles elles se confrontent. L'auto-efficacité au travail se combine vraisemblablement à l'auto-efficacité nécessaire pour gérer les rôles familiaux en termes de disponibilité et de résistance au stress professionnel. Une autre explication probable réside dans le type de métier choisi : le management, et qui plus est, à un haut niveau de responsabilité. Or, la féminisation de ces métiers est encore assez récente et nous savons que l'auto-efficacité des femmes peut être plus basse lorsqu'elle s'applique à des activités dites masculines (BANDURA A., 2003).

Pour expliquer la relation significative entre niveau d'étude et niveau d'auto-efficacité (plus le niveau d'étude est bas, plus le niveau d'auto-efficacité est élevé), il est possible de faire appel à deux facteurs. Premièrement, ces élèves ont réussi le concours exigeant d'une école renommée au sein du service public, bien au-delà strictement de la santé publique. Ces concours sont pourtant positionnés au niveau de la licence. Il est vraisemblable qu'un titulaire d'un baccalauréat ne percevra pas la réussite au concours comme le titulaire d'un master ou d'un doctorat. Un haut niveau d'études supérieures signifie que l'élève a pu franchir avec succès les difficultés du système universitaire et qu'il a maîtrisé des situations plus difficiles qu'un concours de niveau licence. La réussite au concours contribue ainsi moins au niveau d'auto-efficacité d'un docteur en médecine ou d'un ingénieur qu'à celui d'un cadre de santé qui ne possède qu'un baccalauréat et qui y trouve la confirmation de sa capacité à surmonter des obstacles difficiles : « Une forte croyance en l'efficacité perçue à surmonter les principaux obstacles est ainsi un autre aspect de l'efficacité qui contribue au succès »(BANDURA A., 2003). Deuxièmement, les directeurs des soins, parce qu'ils constituent des promotions plus nombreuses que les autres, sont aussi plus représentés parmi la population enquêtée. Or, ce sont aussi les professionnels les moins diplômés comparativement aux autres, qui disposent aussi du meilleur niveau d'auto-efficacité. Ces deux explications se conjuguent pour établir cette relation inverse entre niveau de diplôme et niveau d'auto-efficacité.

4.3.2 Les scores d'auto-efficacité

Les scores sont présentés d'abord sur l'ensemble de l'échantillon ce qui contribue à caractériser la mesure dans le champ de la santé publique mais ils sont aussi présentés par filière. Le niveau d'auto-efficacité dépend significativement de l'appartenance à une filière de formation, laquelle regroupe éventuellement plusieurs promotions de notre échantillon.

4.3.2.1 Les scores de l'ensemble de l'échantillon

Pour cette étude portant sur 697 personnes, le score minimum obtenu est de 17 points et le score maximum est de 40 points, soit le total de l'échelle. La mesure de tendance centrale donne trois valeurs groupées, entre 29 et 30 points comme le détaille le tableau suivant.

Tableau 17 La mesure de tendance centrale d'auto-efficacité à l'ENSP

Scores obtenus	Auto-efficacité
Score moyen	29,13
Score médian	29
Mode	30
Écart-type	3,64

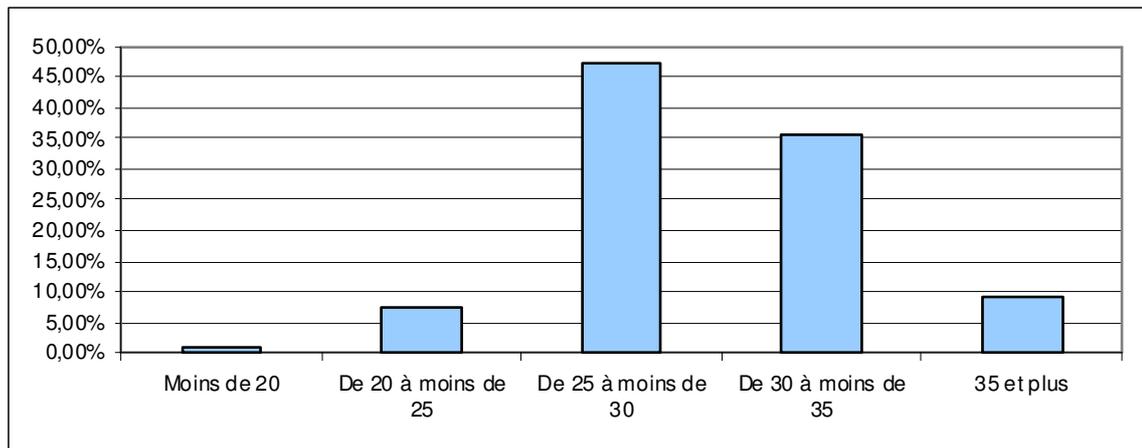
Le tableau suivant indique plus précisément la répartition par classes des scores d'auto-efficacité pour l'ENSP.

Tableau 18 Les scores d'auto-efficacité répartis en classes

Classes des scores d'auto-efficacité (sur 40 points maximum)	Nombre de citations	Fréquence
Moins de 20 points	6	0,9%
De 20 à moins de 25 points	52	7,5%
De 25 à moins de 30 points	329	47,2%
De 30 à moins de 35 points	247	35,4%
35 points et plus	63	9,0%
TOTAL	697	100,0%

Presque une personne sur deux (47,2 %) obtient un score total entre 25 et 30 points dans l'étude ENSP et 83 % des personnes se situent entre 25 et 35 points, soit un quart du total des points de l'échelle³⁸.

Graphique 10 Distribution des scores d'auto-efficacité répartis en classes



Le score moyen de chaque item peut être calculé (voir le tableau suivant).

³⁸ A noter que près des deux tiers (64,6 %) des personnes enquêtées par Ralf SCHWARZER et son équipe se situaient dans cette tranche des 25 - 35 points.

Tableau 19 Fréquence des réponses aux dix items de l'échelle

Diriez-vous ?	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Moyenne	Ecart-type
Dans mon travail, je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles si je m'en donne la peine.	0,6%	12,1%	69,6%	17,8%	3,05	0,57
Si quelqu'un me fait obstacle dans le cadre de mon travail, je peux trouver un moyen pour obtenir ce que je veux.	0,9%	21,2%	69,7%	8,2%	2,85	0,55
Il est facile pour moi de maintenir mes intentions et d'accomplir mes objectifs professionnels.	1,6%	17,4%	68,4%	12,6%	2,92	0,60
Dans le cadre de mon travail, j'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux événements inattendus.	1,6%	16,9%	61,5%	19,9%	3,00	0,66
Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations professionnelles inattendues.	1,4%	19,5%	69,3%	9,8%	2,87	0,58
Je peux résoudre la plupart de mes problèmes professionnels si je fais les efforts nécessaires.	0,3%	10,2%	70,7%	18,8%	3,08	0,54
Je reste calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés professionnelles car je peux me reposer sur ma capacité à maîtriser les problèmes.	1,3%	19,7%	64,4%	14,6%	2,92	0,62
Lorsque je suis confronté(e) à un problème dans mon travail, je peux habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre.	0,1%	12,8%	69,6%	17,5%	3,04	0,55
Si j'ai un problème professionnel, je sais toujours quoi faire.	3,9%	49,6%	42,0%	4,4%	2,47	0,65
Quoiqu'il arrive au travail, je sais généralement faire face.	1,1%	16,5%	71,4%	10,9%	2,92	0,56

L'item qui bénéficie du score moyen le plus élevé (3,08) et le plus faible écart-type (0,54) est « Je peux résoudre la plupart de mes problèmes professionnels si je fais les efforts nécessaires ». A l'inverse, l'item « Si j'ai un problème professionnel, je sais toujours quoi faire » recueille le score moyen le plus faible (2,47) avec quasiment l'écart-type le plus élevé (0,65).

4.3.2.2 Les scores d'auto-efficacité par promotion et par filière

Au-delà des résultats qui concernent globalement la population enquêtée, il est possible de les détailler par promotion puis par filière, quitte à regrouper éventuellement plusieurs promotions lorsqu'elles étaient présentes simultanément à l'ENSP.

Le tableau suivant présente le score moyen d'auto-efficacité des promotions par ordre décroissant. Il a été construit avec les données provenant de 800 questionnaires d'auto-efficacité. Si nécessaire, le moment où le questionnaire a été passé en cours de formation est précisé. Par exemple, les directeurs des soins 2005 et 2006 apparaissent deux fois. Les DS 2006 voient leur score moyen baisser légèrement de 0,43 point entre le début et le milieu de leur formation, les DS 2005, à l'inverse, voient leur score monter dans une proportion sensible entre le début et la fin : + 1,39 point.

La différence de score moyen selon les promotions est de 4,80 points.

Tableau 20 Scores moyens d'auto-efficacité obtenus par les promotions

Promotions	Score moyen d'auto-efficacité	Écart-type	Comparaison des moyennes des modalités avec le test de Student (au risque de 95%)
DS 2006 Début de formation	31,41	2,74	Différence significative (t = 4,97, 1-p = >99.99%)
DS 2004	31,41	4,11	Différence significative (t = 1,83, 1-p = 93,6%)
DS 2005 Fin de formation	31,29	4,05	Différence significative (t = 2,39, 1-p = 98,4%)
DS 2006 Milieu de formation	30,98	3,59	Différence significative (t = 2,89, 1-p = 99,6%)
DS 2007 Début de formation (avant analyse de l'activité)	30,68	3,48	Différence significative (t = 3,53, 1-p = 99,9%)
DH 2006 - 2008	30,11	3,34	Différence non significative (t = 1,23, 1-p = 78,5%)
DH - Tour extérieur 2005	30,05	3,27	Différence non significative (t = 0,60, 1-p = 44,4%)
DS 2005 Début de formation	29,90	3,73	Différence non significative (t = 0,53, 1-p = 40,0%)
Cadre A détachés 2006	29,70	2,93	Différence non significative (t = 0,13, 1-p = 13,6%)
DS Autres	29,67	1,53	Différence non significative (t = 0,05, 1-p = 8,8%)
IES 2006 - 2007	29,46	3,76	Différence non significative (t = 0,17, 1-p = 15,6%)
MEN 2005 - 2006	28,95	4,47	Différence non significative (t = 0,68, 1-p = 49,5%)
IPASS 2005	28,88	2,50	Différence non significative (t = 1,22, 1-p = 77,9%)
IASS 2005 - 2007	28,75	3,07	Différence non significative (t = 1,17, 1-p = 75,8%)
D3S 2005 - 2006	28,55	3,16	Différence significative (t = 3,03, 1-p = 99,7%)
MIRTMO 2005	28,38	2,19	Différence significative (t = 2,30, 1-p = 98,0%)
MISP 2005 - 2006	28,36	4,07	Différence significative (t = 1,48, 1-p = 86,4%)
IASS 2004 - 2006	28,29	3,30	Différence significative (t = 2,38, 1-p = 98,3%)
IGS 2006 - 2007	28,17	4,26	Différence non significative (t = 1,23, 1-p = 78,5%)
MT 2006 Promo 33	28,14	3,28	Différence significative (t = 1,74, 1-p = 92,2%)
MT 2006 Promo 29	26,88	5,03	Différence significative (t = 2,25, 1-p = 97,7%)
D3S 2006 - 2007	26,61	2,74	Différence significative (t = 9,80, 1-p = >99.99%)
TOTAL (800 questionnaires)	29,63	3,66	

Les promotions DS 2006, DS 2005 en fin de formation, DS 2004, et DS 2007 obtiennent des scores moyens significativement supérieurs aux autres promotions de l'échantillon. Les scores moyens sont significativement inférieurs aux valeurs attendues pour les promotions D3S 2005 - 2006, MIRTMO 2005, MISP 2005 - 2006, IASS 2004 - 2006, MT 2006 Promo 33, MT 2006 Promo 29 et D3S 2006 - 2007.

Si nous considérons l'échantillon sans doublons (697 personnes) la répartition des promotions par filière est possible. Le classement par filière change peu du classement par promotion avec toutefois un écart plus faible entre les scores moyens. Il est ici de 3,14 points (voir le tableau et les graphiques suivants). D'une manière générale, les promotions appartenant aux filières de gestion d'établissements hospitaliers obtiennent des scores plus élevés : directeurs des soins, directeurs d'hôpital. L'exception réside dans les scores obtenus par les promotions D3S. Les filières « État », IASS et médecins, se positionnent sur des scores plus faibles, voire significativement bas comme les médecins territoriaux. Les responsables de filières de formation professionnelle avancent une autre explication possible de la différence importante entre les scores. La fonction serait plus déterminante que le lieu d'exercice professionnel : les « décideurs » auraient un score plus élevé que ceux qui occupent une fonction de « conseil ». En effet, le clivage ne se ferait pas entre filières hospitalières (DH, D3S, DS) et filières « État » (IASS, médecins, etc.) mais entre les directeurs (DH, DS, Cadres A détachés, D3S) qui possèderaient plus de moyens efficaces pour donner suite à leurs décisions et les « conseillers », les « régulateurs de l'action publique », ne disposant pas toujours des moyens de faire reconnaître sur les terrains ou au ministère, leur expertise.

Graphique 11 Distribution des scores moyens d'auto-efficacité par filière

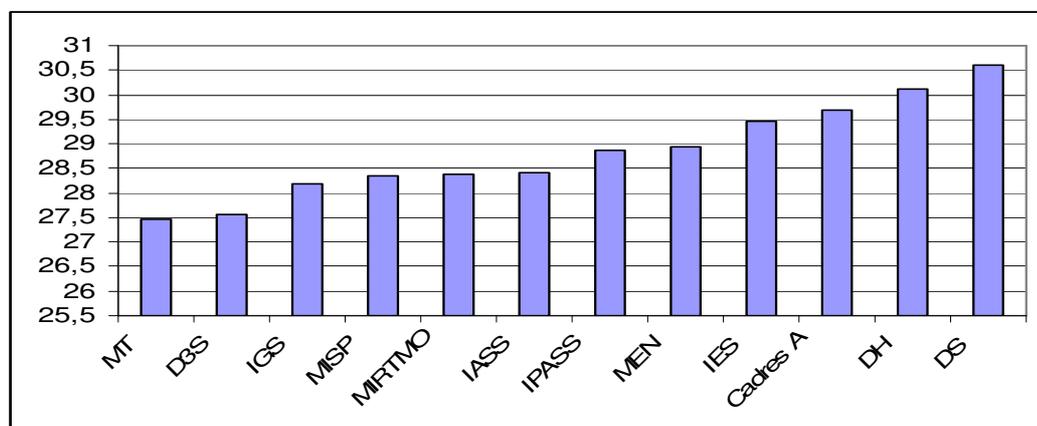


Tableau 21 Scores d'auto-efficacité par filière

Filières	Nombre	Score moyen d'auto-efficacité	Ecart-type	Comparaison des moyennes des modalités avec le test de Student (au risque de 95%)
DS	210	30,61	3,46	Différence significative (t = 5,13, 1-p = >99.99%)
DH	102	30,10	3,31	Différence significative (t = 2,73, 1-p = 99,4%)
Cadres A détachés	27	29,70	2,93	Différence non significative t = 1,00, 1-p = 68,2%)
IES	13	29,46	3,76	Différence non significative (t = 0,33, 1-p = 26,0%)
MEN	19	28,95	4,47	Différence non significative (t = 0,18, 1-p = 16,7%)
IPASS	16	28,88	2,50	Différence non significative (t = 0,41, 1-p = 31,9%)
IASS	51	28,43	3,21	Différence significative (t = 1,50, 1-p = 87,1%)
MIRTMO	16	28,38	2,19	Différence non significative (t = 1,38, 1-p = 83,7%)
MISP	22	28,36	4,07	Différence non significative (t = 0,90, 1-p = 62,6%)
IGS	12	28,17	4,26	Différence non significative (t = 0,81, 1-p = 57,9%)
D3S	183	27,55	3,10	Différence significative (t = 5,92, 1-p = >99.99%)
MT	30	27,47	4,28	Différence significative (t = 2,13, 1-p = 96,9%)
TOTAL	697	29,13	3,65	

Les scores moyens ne reflètent pas la diversité des réponses dans chacune des filières considérées, l'écart-type appliqué aux scores d'auto-efficacité renseigne sur la plus ou moins grande hétérogénéité des promotions et des filières. Par exemple, les MIRTMO et les MEN, dont le nombre d'élèves est comparable, obtiennent les uns et les autres un score moyen proche du score de l'échantillon total. En revanche, les

MIRTMO connaissent une faible variation des scores individuels, alors que les MEN se caractérisent par une plus grande dispersion des scores individuels. Les MT présentent une hétérogénéité importante des scores cumulée au plus bas score moyen obtenu. L'écart-type des DS et des DH est proche de l'écart-type de l'échantillon alors que ces filières obtiennent les scores moyens les plus élevés.

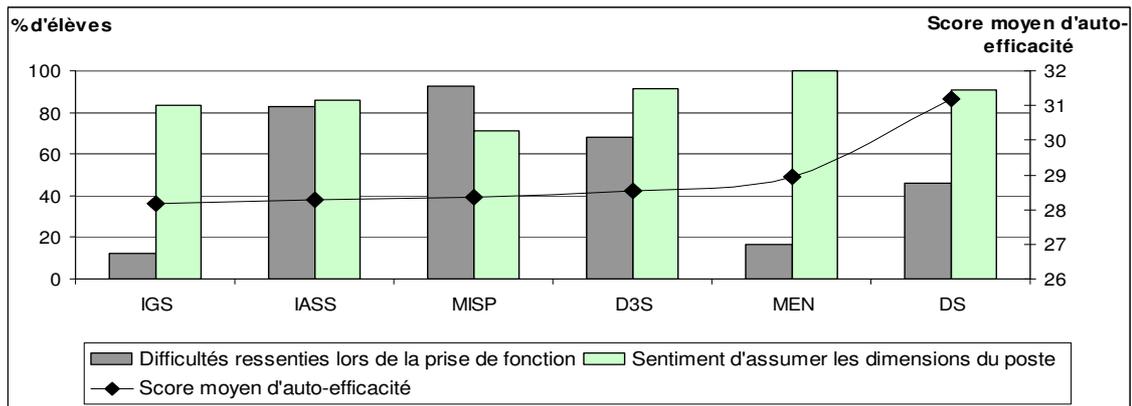
L'idée que les filières développent effectivement des comportements différents sur le plan de l'auto-efficacité est encore renforcée par la dispersion des scores minimum et maximum observés dans les filières.

Graphique 12 Scores minimum et maximum d'auto-efficacité par filière



Il est possible de rapprocher ces données avec celle des enquêtes post-formation. Nous pouvons constater une relative convergence. Par exemple, il en est ainsi de la question d'assumer les différentes dimensions du métier. Les filières qui assument le mieux leur fonction au moment de l'enquête sont également souvent celles qui considéraient que le poste correspondait à leurs aptitudes lors de la prise de fonction. Le graphique suivant intègre les données pouvant être comparées à l'issue des enquêtes post formation (DABI F., PHILIPPOT D. & MERCERON A., 2007) et de notre propre étude.

Graphique 13 Prise de fonction et auto-efficacité



Si l'on considère simplement ces résultats intermédiaires sur les niveaux d'auto-efficacité, nous signalerons que des responsables de filières de formation professionnelle, des enseignants et des élèves de l'ENSP perçoivent que cette recherche permet d'articuler autrement l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique. Si l'auto-efficacité est un facteur clé régulant les apprentissages en formation professionnelle, alors l'augmentation du niveau de l'auto-efficacité représente un défi à relever pour améliorer la pertinence de l'offre de formation et son efficacité. Par exemple, les enseignants et cadres pédagogiques estiment que lorsque des concepteurs d'un dispositif de positionnement, d'individualisation de la formation, prévoient de faire appel à des « tuteurs de positionnement » intervenant à plusieurs reprises auprès de quelques élèves, leur activité pédagogique peut être analysée en fonction de ce critère. Plus généralement, la prise en compte du niveau d'auto-efficacité et son évolution, élève par élève, aide à prendre les décisions guidant les parcours de formation individualisée. Par ailleurs, il serait utile de tester une deuxième fois les promotions à chaque fois que ce sera possible. Il n'est pas indifférent de savoir si le score d'auto-efficacité augmente, diminue ou évolue de manière aléatoire au cours d'une formation de santé publique. Les responsables de filière supposent que le niveau d'auto-efficacité est sensible aux événements qui affectent la vie des promotions. La réussite au concours et l'entrée en formation, le retour de stage, un bilan de positionnement, une évaluation, la fin de la formation et la soutenance du mémoire sont autant de causes potentielles de variation du niveau d'auto-efficacité, disent-ils. Les responsables de la filière des IASS et des DS sont demandeurs de la poursuite de l'étude dans ce sens : mesurer l'auto-efficacité à intervalles réguliers au cours des formations.

Synthèse intermédiaire 5

Une série de données nouvelles sur l'auto-efficacité au travail de près de 700 cadres et dirigeants de la santé publique a été établie à l'aide d'une échelle de mesure dédiée. Nous avons ainsi mesuré une évaluation de capacités et non de simples intentions. La mise en perspective de nos résultats avec d'autres études de l'auto-efficacité au travail montre que les scores moyens sont proches mais que la distribution des scores d'auto-efficacité reste spécifique au champ de la santé publique.

Nous avons pu mettre en évidence que l'auto-efficacité est indépendante de l'âge des cadres et dirigeants ou du nombre d'années d'expérience professionnelle. En revanche, le sexe et le niveau d'étude initial influencent relativement le niveau d'auto-efficacité, tout comme la complexité perçue de la fonction.

Les résultats exploratoires portant sur les niveaux d'auto-efficacité de deux types de professionnels ont été confirmés statistiquement : le niveau d'auto-efficacité mesuré des médecins inspecteurs de santé publique est bien plus faible que celui des directeurs des soins. Ces données ont surtout été replacées au sein d'une série décrivant les scores d'auto-efficacité de 22 promotions différentes appartenant à 12 filières en formation statutaire à l'ENSP. Les scores moyens par filière se différencient parfois très significativement du score moyen pour l'ensemble de ces populations.

5 La contribution de l'analyse de l'activité de prise de décision au développement de l'auto-efficacité au travail

A ce point de la recherche, quels sont nos résultats ?

Nous avons tout d'abord identifié quelques compétences critiques d'ordre managérial. Elles diffèrent, comme il est attendu, entre les métiers et nous avons constitué des ensembles de compétences critiques très différents entre les médecins inspecteurs de santé publique et les directeurs des soins. Nous avons noté, lors de l'analyse des données, que la pensée réflexive et l'analyse de l'activité pouvaient jouer un rôle déterminant pour la prise de rôles professionnels, les siens mais également ceux de ses collaborateurs. Les individus interrogés ne présentaient pas le même niveau d'auto-efficacité, élevé chez les directeurs des soins, plus bas chez les médecins inspecteurs de santé publique.

Pour mieux comprendre ces caractéristiques singulières et explorer la relation entre formation des compétences critiques et développement de l'auto-efficacité, il était nécessaire de relativiser ces données et de les replacer au sein d'une série de mesures portant sur des populations plus larges de cadres et de dirigeants. Ainsi, les premières indications, qualitatives, sur les niveaux d'auto-efficacité de ces deux populations se sont trouvées quantitativement confirmées. Des différences significatives de niveau entre les filières ont pu être montrées. Là encore, la dépendance entre le niveau d'auto-efficacité au travail et le niveau de complexité perçu de la fonction, variable qui synthétise les apports de l'expérience et qui oriente le cours de l'action, nous alerte sur la relation que semblent entretenir trois éléments en interaction : l'auto-efficacité au travail, les retours réflexifs sur son expérience et le développement des compétences critiques.

Le dispositif d'analyse de l'activité qui va être proposé vise précisément à mieux connaître cette interaction dans le champ professionnel considéré. Il consiste en une série d'autoconfrontations portant sur une activité de décision en management. Le

type d'activité retenue est commun à l'ensemble des métiers en formation à l'ENSP, plus encore, ces cadres et dirigeants perçoivent la prise de décision comme une compétence critique, ce qui confère au dispositif une portée plus générale, même s'il n'est proposé ici qu'à des directeurs des soins dans le contexte hospitalier ou de la formation paramédicale.

En effet, l'activité de décision dans le domaine du management est une activité que chaque élève de l'ENSP a exercée ou exercera au cours de sa carrière. En dépit de la variété des contextes et des enjeux des décisions pour chacun, la décision est une activité qui nécessite une prise d'information, un processus d'élaboration et un contrôle de cette élaboration. Le mode d'organisation de l'activité, spécifique à chaque individu, est vraisemblablement en relation avec ses performances.

La fonction des autoconfrontations est de rendre explicite et communicable le mode d'organisation de l'activité pour chaque individu en particulier. La prise de conscience de ses modes de décision représente une étape dans le développement professionnel de l'individu, la décision en tant que compétence critique se trouvant au cœur des processus de management.

L'hypothèse est donc de travailler sur un facteur en particulier : l'analyse de l'activité, conduite par l'individu au sein d'un dispositif construit en ce sens. L'analyse de l'activité est susceptible de renforcer le développement professionnel, l'auto-efficacité jouant le rôle de variable médiatrice entre analyse de l'activité et acquisition de compétences. La conceptualisation dans l'action, parce qu'elle est un processus de genèse cognitive et opérative, renforcerait le système de croyances du sujet dans sa capacité à agir efficacement en situation professionnelle. A mesure que l'individu prend conscience de ses apprentissages, du renforcement de sa capacité à traiter de l'information, à agir et à contrôler son action professionnelle, il développerait son auto-efficacité en tant que système d'orientation de son action.

C'est pourquoi, une mesure d'auto-efficacité est effectuée immédiatement avant les phases d'analyse de l'activité et au plus vite après pour estimer l'influence de la variable analyse de l'activité sur la variable auto-efficacité.

5.1 L'analyse de l'activité de décision des directeurs des soins

Nous exposerons ici nos principaux choix méthodologiques, tant du point de vue de l'analyse de l'activité elle-même (les objectifs de l'analyse peuvent différer selon les méthodes) que des modalités de choix de la population de directeurs des soins participant à l'expérimentation.

Nous avons construit un dispositif empirique d'analyse de l'activité de décision en management hospitalier et trois mots clé peuvent le définir : autoconfrontation, *debriefing* et reconstruction de l'intrigue. Le dispositif empirique est essentiellement basé sur les autoconfrontations pour rendre pédagogiquement observable ce qui ne l'est pas (BANDURA A., 2003; CLOT Y., 2000; CLOT Y., 2001; CLOT Y., FAÏTA D., FERNANDEZ G. & SCHELLER L., 2000; FABRE M., 2006). Le *debriefing* (PASTRÉ P., 2005e) est une méthode d'analyse de l'activité *a posteriori*, le *debriefing* reposant lui-même sur un mode d'action spécifique : la reconstruction de l'intrigue (PASTRÉ P., 1999b; PASTRÉ P., 2005f; PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006; RICŒUR P., 1986).

5.1.1 Le dispositif d'analyse de l'activité

Une partie de la population d'élèves devait être retenue parmi les différentes filières et promotions de l'ENSP pour conduire l'étude. Or, les contraintes pratiques de sélection de la population étaient nombreuses : il était très difficile d'identifier chaque individu au sein d'un groupe de 700 personnes et, *a contrario*, il était plus facile de sélectionner des groupes d'individus, une promotion par exemple. Un échantillonnage par grappes, ou à plusieurs degrés de tirage, répondait aux nécessités de la constitution de l'échantillon. Les unités sélectionnées renferment

chacune un certain nombre de participants et tous les éléments d'une grappe font partie d'office de l'échantillon.

Ainsi, la promotion des directeurs des soins 2007 a été choisie et non un ensemble d'élèves dans toutes les filières parce que, en plus de l'accès facilité à cette filière, il s'agissait d'une des plus grosses promotions à l'ENSP avec un nombre conséquent d'élèves, ce qui est nécessaire pour sélectionner les individus selon leur niveau d'auto-efficacité.

Bien entendu, le mode de sélection par grappes augmente le risque d'erreur, d'autant que la population de directeurs des soins est une population hétérogène selon des critères d'âge, de niveaux de qualification académique, de types de postes occupés et de missions selon qu'ils sont issus de la filière infirmière, médico-technique, rééducateur, de parcours en soin général ou en responsabilité de formations paramédicales.

L'objectif est ici de mesurer la progression du niveau d'auto-efficacité après une phase d'analyse de l'activité et non pas seulement les niveaux initiaux et finaux de référence. La progression compte plus que le niveau finalement atteint. De ce point de vue, une grappe en valait donc une autre et si les directeurs des soins présentaient un niveau élevé d'auto-efficacité, il restait possible d'escompter une progression possible. En effet, les DS 2007 en début de formation ont quasiment le score moyen le plus faible (30,68 points) de tous les directeurs des soins, à l'exception des directeurs des soins 2005 en début de formation également. De plus, leur score est proche du score moyen obtenu pour la filière des directeurs des soins, soit 30,61 points.

Par ailleurs, au vu du choix de l'activité à analyser, activité de décision volontairement retenue comme étant significative de fonctions de management que tous les élèves de l'école partagent, les directeurs des soins disposent d'une expérience professionnelle de managers, cadre de proximité ou de cadre supérieur de santé, pendant laquelle ils ont déjà pris des décisions. La prise de décision étant déjà une activité connue, l'analyse de l'activité devait pouvoir se déployer sans obstacles préalables. Ce n'était pas le cas avec, par exemple, des filières du type ingénieurs de génie sanitaire ou directeur d'hôpital qui recrutent beaucoup de jeunes par le biais du concours externe.

Après sélection des élèves directeurs des soins sur le critère de leur score initial d'auto-efficacité, l'observation des caractéristiques de l'échantillon sélectionné

montrent qu'elles restent proches de l'ensemble de la promotion. C'est le cas pour deux critères au moins : l'orientation « Gestion » (affectation dans une direction des soins d'un hôpital) ou « Formation » (prise d'une direction d'un institut ou d'une école de formation paramédicale) et le critère de sexe.

Tableau 22 Présentation de l'échantillon rapporté à l'ensemble de la promotion DS 2007

		Échantillon		Promotion DS 2007	
Option pendant la formation DS	Gestion de soins généraux	12	25%	48	100%
	Formation	6	27%	22	100%
Sexe	Hommes	5	24%	21	100%
	Femmes	13	27%	49	100%
TOTAL		18	26%	70	100%

Si la promotion de directeurs des soins 2007 comprend 70 élèves, le score d'auto-efficacité initial et final n'a pu être mesuré que pour 66 d'entre eux, 4 étaient absents lors de la deuxième mesure d'auto-efficacité. Nos analyses ne porteront donc que sur ces 66 élèves.

La mesure initiale d'auto-efficacité permet de les classer par niveau, faible, intermédiaire ou élevé, puis de les répartir dans les groupes test et contrôle. Le tableau suivant compare les groupes test et contrôle.

Tableau 23 Présentation des groupes selon leur niveau initial d'auto-efficacité

Groupes	Nombre de sujets	Score mini	Score maxi	Mode	Médiane	Score moyen	Écart-type
Groupe test	18	24	38	27	33,5	31,67	5,43
Groupe contrôle	48	24	35	30	30	30,33	2,45
Ensemble DS 2007	66	24	38	30	30	30,68	3,48

Plus précisément, sur les dix-huit élèves, soit un peu plus du quart de la promotion, retenus pour constituer le groupe test : neuf présentent un niveau d'auto-efficacité élevé (de 35 à 38 points, score moyen égal à 36,67 avec un écart-type de 1,12), neuf un niveau bas (de 24 à 27 points, score moyen égal à 25,67 avec un écart-type de 1,22). Le groupe test est donc formé de deux sous-groupes : niveau initial d'auto-efficacité élevé et niveau initial d'auto-efficacité faible.

Le groupe contrôle, presque les trois-quarts de la promotion, soit 48 personnes, peut être décrit sur les mêmes critères : quinze personnes obtiennent un niveau d'auto-efficacité élevé (de 35 à 38 points, score moyen de 33,33 points avec un écart-type de 0,98), onze personnes présentent un niveau d'auto-efficacité faible (de 24 à 28 points, score moyen de 27,18 points avec un écart-type de 1,17). De plus, entre ces deux sous-groupes contrôle, émerge un sous-groupe de niveau d'auto-efficacité intermédiaire (vingt-deux personnes de 29 à 31 points, score moyen de 29,92 points avec un écart-type de 0,72). Le groupe contrôle est donc constitué de trois sous-groupes : niveau élevé, niveau intermédiaire et niveau faible.

Chacun de ces sous-groupes, test et contrôle, est donc assez homogène, l'écart-type portant sur les scores restant faible.

Nous avons ensuite procédé à une comparaison entre les groupes test et contrôle du point de vue des variables socioculturelles : sexe, niveau d'étude, âge, durée de l'expérience professionnelle. Un test exact de Fisher appliqué à ces variables montre qu'il n'y a pas de différence entre le groupe test et le groupe contrôle. En définitive

pour l'interprétation des résultats, la seule différence résidera dans le suivi ou non d'une démarche d'analyse d'activité.

Le dispositif d'analyse de l'activité se présente comme une démarche de « co-explicitation [...] c'est-à-dire une confrontation dans la conceptualisation d'une même situation entre un dialogue de soi avec soi et de soi avec autrui » (VINATIER I., 2006).

Les différentes phases sont les suivantes :

- Auto-analyse en appui sur des traces de l'activité de décision, quelle que soit la nature de ces traces. La phase d'auto-analyse fait l'objet d'un écrit descriptif du contexte professionnel de l'action, de la décision prise, du but poursuivi, des paramètres situationnels pris en compte pour décider, des savoirs de type académique et des savoirs de type pragmatique, des résultats souhaités et des phases d'élaboration de la décision. Le premier temps du dispositif, l'écriture du texte sur la décision, est un temps d' « auto-analyse » (OLRY P., 2004; SIX-TOUCHARD B., 1998; SIX-TOUCHARD B. & CARLIN N., 2003), l'auto-analyse du travail consistant à matérialiser une trace des conceptualisations produites lors de l'activité³⁹.
- Répartition des directeurs des soins du groupe test en neuf binômes : trois binômes d'élèves de niveau élevé d'auto-efficacité, trois binômes de niveau bas, trois binômes mixant un élève de niveau élevé et un élève de niveau bas. La répartition dans les binômes est décidée par un tiers sans que les scores d'auto-efficacité ne soient communiqués pendant le temps de l'expérimentation, ni au chercheur ni aux intéressés.
- Autoconfrontations croisées au sein de chaque binôme d'une durée moyenne chacune de quarante-cinq minutes. Le matériel support est celui de la première phase : traces de l'activité et écrit préalable du sujet. L'analyse se déroule entre les deux élèves en présence du chercheur. Il s'agit de recueillir les éléments constitutifs du modèle cognitif et du modèle opératif du sujet, les savoirs et les concepts organisateurs.

³⁹ Du moins c'est l'objectif visé, il ne peut être atteint que partiellement puisque ces auto-analyses contiennent aussi des discours argumentatifs portant sur soi en situation. Faire produire des conceptualisations relève de la suite du processus, processus guidé par le chercheur.

- Rencontre entre tous les binômes organisée et animée par le chercheur pour présenter et discuter des buts poursuivis dans l'activité, des concepts organisateurs et des savoirs utilisés en situation de décision.

Le niveau d'auto-efficacité des individus du groupe test et du groupe contrôle est ensuite testé pour la deuxième fois. Le deuxième test se situe avant le départ en stage qui conclue la première période de formation de neuf semaines complètes à l'ENSP.

Puisque ce dispositif repose sur trois caractéristiques essentielles : autoconfrontations, *debriefing* et reconstitution de l'intrigue, il est nécessaire de préciser ces notions dans les pages qui suivent.

5.1.2 Les autoconfrontations

La méthode d'analyse du travail basée sur les autoconfrontations utilise classiquement le support de l'image (BANDURA A., 2003; CLOT Y., FAÏTA D., FERNANDEZ G. & SCHELLER L., 2000). A trois conditions, la vidéo se révèle très utile pour modeler les comportements performants : le « timing » (l'auto-observation doit avoir lieu après une première structuration cognitive de la situation modelée), la « spécificité » du *feed-back* visuel qui se concentre sur la manière d'exécuter correctement l'action et le « caractère informatif » (comparaisons, indices temporels, dimensions caractéristiques, etc.) (BANDURA A., 2003). Par ailleurs, lors des autoconfrontations croisées qui réunissent le professionnel dont l'activité est enregistrée, un de ses pairs et le chercheur, le chercheur manipule le défilement des images, les arrêts, les retours en arrière. Ce dispositif technique « cherche à signifier au sujet que la minutie de l'observation réalisée est un moyen d'accéder à l'activité réelle » (CLOT Y., FAÏTA D., FERNANDEZ G. & SCHELLER L., 2000).

Pour autant, nous n'avons pas utilisé la vidéo pour constituer le support des autoconfrontations. L'activité de décision en management hospitalier n'est pas

directement observable, ni même parfois les effets qu'elle produit. Le moment de la décision, voire le lieu de la décision, ne sont pas non plus toujours prévisibles et, la plupart du temps, les paramètres de la situation qui guident la décision ne sont pas accessibles à l'observation directe. Ils résultent souvent d'une construction ou d'une sélection d'indices par l'acteur. Nous avons plutôt retenu de faire écrire un texte retraçant la prise d'une décision et décrivant le processus employé pour parvenir à cette décision. Ces textes ont été de longueur variable⁴⁰ et ont porté sur des domaines hospitaliers ou des types de tâches très divers ; néanmoins nous sommes toujours resté à l'intérieur des classes de situations visées. Le niveau d'analyse initial était évidemment hétérogène et le choix du sujet restait à la discrétion des élèves participants à l'expérimentation. L'écriture de ce texte représente l'opportunité d'un premier retour réflexif sur son activité, d'une « autoconfrontation simple » à sa propre activité.

Ces textes, rédigés individuellement, ont été transmis ensuite au collègue du binôme qui le lisait juste avant l'autoconfrontation croisée qui se déroulait en notre présence. Il s'engageait alors un travail d'analyse pendant lequel le pair était incité à livrer ses questions, ses interprétations, et à élaborer en commun une signification à cette activité de décision rapportée à un contexte professionnel précis. Nous assistions alors à « une sorte de plurilinguisme professionnel orchestré contre toute canonisation de l'activité ordinaire afin de provoquer sa modulation dans l'échange » (CLOT Y., 2004).

5.1.3 Le *debriefing* et la reconstruction de l'intrigue

L'autoconfrontation croisée est une situation d'analyse d'activité qui repose essentiellement sur la fonction de perlaboration, activée par le *debriefing*, « travail

⁴⁰ Voir en annexe, un de ces textes, représentatif de la production d'ensemble.

sur soi de construction d'un sens qui requiert la médiation d'autrui » (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Lors du *debriefing*, le sujet n'est plus sous la pression des événements et peut donc examiner ses propres rationalités et façons d'organiser son activité. De plus, le sujet connaît la fin de l'action et peut ainsi chercher à remonter aux sources de son comportement pour dégager l'enchaînement des actions qui a produit le résultat constaté. L'activité n'est plus « productive », puisqu'elle est passée, mais elle est « constructive » pour quelque temps encore : l'individu n'en est plus à tenter de réguler ses comportements, « sa capacité de réflexivité [...] le rend capable d'évaluer son propre fonctionnement cognitif, affectif et comportemental. Il réfléchit sur son efficacité, la validité de ses pensées et de ses actions, la signification de ses quêtes, et opère des corrections et des ajustements si nécessaire » (BANDURA A., 2004).

Le *debriefing* produit ses effets lorsque le novice change de stratégie de résolution de problèmes. Alors que le novice « n'arrive pas à avoir une représentation d'ensemble du fonctionnement, [l'expert développe une stratégie] analytique, anticipatrice et globale » (PASTRÉ P., 1999b). En fait, le sujet « reproblématise » la situation de travail et l'action qu'il a conduite (FABRE M., 2006) à mesure qu'il rompt avec son expérience première et qu'il accède à « l'expérience vécue de l'expérience vécue » (VYGOTSKI L., 1997).

Comme dans le cadre du récit de vie (AUBRET J., 2001), mais dans un temps bien plus court, le *debriefing* vise à reconstituer la matérialité des faits, à imputer les faits à soi-même (RICŒUR P., 1996) et à expérimenter personnellement le changement. Un individu qui analyse son activité commence par mettre à distance son vécu, le récit est le moyen de cette prise de recul, puis il élabore l'intrigue (RICŒUR P., 1986) avant de passer à une éventuelle généralisation de son expérience.

La notion d'intrigue représente « un mixte d'actions intentionnelles, de relations de causalité et de hasards. Et [c'est] ce mélange d'intentions, de causalité et de hasard qui aboutit au dénouement de l'épisode, heureux et malheureux » (PASTRÉ P., 1999b). L'intrigue possède ainsi une double dimension, une dimension « épisodique, par laquelle une série d'événements se succèdent et ne font que se succéder [et une] dimension d'intelligibilité s'exprimant par une mise en récit, une configuration, qui consiste en une récapitulation signifiante, opérée à partir de la fin de l'histoire » (PASTRÉ P., 1999b).

A l'occasion de nos *debriefing*, la construction de l'intrigue⁴¹ s'est faite avec les directeurs des soins en introduisant les phases suivantes : découpage de l'action en épisodes avec la catégorisation des faits selon les événements fortuits, les raisons d'agir, les actions des protagonistes et les décisions prises qui caractérisent les états initial, intermédiaire et final (PASTRÉ P., 2005f; PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006).

5.2 L'organisation de l'activité chez les directeurs des soins

Il n'y a pas d'analyse du travail possible sans analyse de la tâche et sans analyse de l'activité. Il n'y a donc aucune raison de privilégier l'analyse de l'activité « au détriment de l'analyse de la situation, en particulier dans ses dimensions objectives, matérielles, réglementaires, socio-économiques. Parallèlement, on sous-estime la nécessité d'une caractérisation claire de la tâche » (MAYEN P., 2004). Pour autant, l'analyse de la tâche, comme l'analyse de l'activité, ne sont pas une fin en soi. L'intérêt est de constater les écarts, ce qui permet de comprendre l'organisation de l'activité pour un individu donné. C'est pourquoi, nous commencerons par situer la tâche de décision en exposant quelques éléments spécifiques de la décision en management et du processus de décision lui-même, ce qui nous permettra d'explicitier la structure conceptuelle de la décision pour les directeurs des soins. Nous pourrions ensuite évoquer quelques données issues de l'analyse de l'activité elle-même⁴².

⁴¹ Voir en annexe, un exemple de reconstruction de l'intrigue.

⁴² Nous n'irons pas très loin sur ce registre puisque notre propos n'est pas tant d'analyser finement l'activité de décision que de mieux connaître le rôle de l'analyse de l'activité dans le développement de l'auto-efficacité au travail. Néanmoins, les paramètres de la démarche d'analyse de l'activité et ses résultats doivent être suffisamment détaillés pour estimer la force du lien entre l'analyse de l'activité et le développement de l'auto-efficacité.

La décision en management se présente toujours sous des formes multiples, d'abord par le fait que le management est issu de multiples disciplines fondatrices ou contributrices : le droit public, la science politique, l'économie publique, les sciences de gestion, la sociologie des organisations.

Quant à la décision, c'est une sorte de « kaléidoscope » en soi (WEINBERG A., 1993). Il n'empêche que les multiples approches théoriques de la décision « conduisent toutes au même constat : la remise en cause du postulat d'individus parfaitement rationnels [...] Les théories de la décision peuvent être déclinées en cinq grands types d'approches qui privilégient selon le cas : la rationalité de l'action, la psychologie du décideur, les contraintes organisationnelles, le poids des compromis, le contexte de l'action » (WEINBERG A., 1993).

La décision peut faire l'objet d'un processus rationnel quand le problème est posé précisément et que la meilleure utilité est définie. Cette approche ne tient d'ailleurs pas compte des personnalités en présence, des motivations et des manières de se représenter la réalité. L'approche organisationnelle postule que le décideur ne dispose que d'une rationalité limitée eu égard aux contraintes organisationnelles. La solution à décider n'est pas forcément la plus juste mais la plus satisfaisante ce qui rejoint l'un des principes de l'approche politique qui note l'importance des négociations en vue d'aboutir à un compromis entre les protagonistes.

De manière transversale à ces différentes conceptions de la décision, l'approche composite intègre plusieurs de ses dimensions pour étudier les processus et les effets de contexte de la décision. Du point de vue du management, la décision, qu'elle soit individuelle ou basée sur un travail de groupe, peut être définie comme « l'engagement dans une action, c'est-à-dire une intention explicite d'agir » (MINTZBERG H., 1982).

5.2.1 La structure conceptuelle de la décision pour les directeurs des soins

Nous avons défini *supra* ce que Pierre PASTRÉ appelle la structure conceptuelle de la situation (PASTRÉ P., 1999b; PASTRÉ P., 2005d; PASTRÉ P., à paraître) et qui peut se résumer ainsi : « Ce qu'il faut prendre en compte pour agir efficacement ».

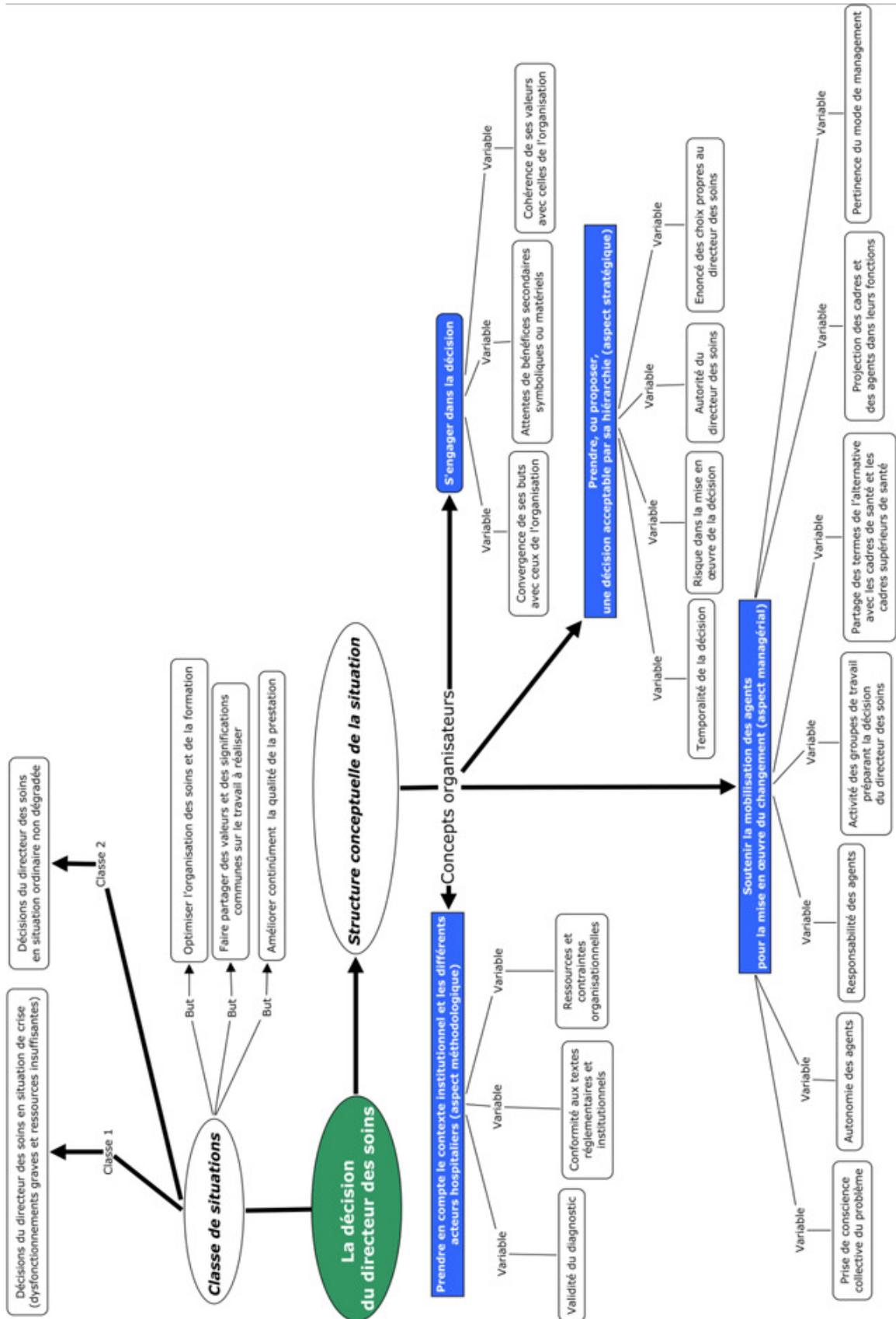
La structure conceptuelle de la situation comprend des concepts organisateurs qui sont des invariants propres à plusieurs situations et qui ont une fonction de diagnostic et d'orientation de l'activité. En plus des concepts organisateurs, la structure conceptuelle de la situation intègre des variables et des indicateurs qui caractérisent les concepts organisateurs dans une situation et possèdent une fonction d'exécution de l'action. Enfin, la structure conceptuelle de la situation suppose une délimitation des classes de situations pour sélectionner le domaine professionnel et repérer la situation à traiter, les concepts organisateurs donnant à la classe de situations une cohérence et une intelligibilité.

Comment avons-nous contribué à rendre explicite la structure conceptuelle de la situation de la décision chez les directeurs des soins ? Pour analyser les éléments de prescriptions de la tâche de décision, nous avons collecté quinze textes produits par les directeurs des soins de la promotion 2006. Ces textes, nommés « Note de situation » dans leur parcours de formation, sont rédigés à l'issue des deux stages et sont évalués par des professionnels, directeurs des soins expérimentés. L'évaluation se fonde sur l'écrit et sur la soutenance orale de la note de situation. Nous avons retenu les meilleurs textes, les plus performants.

Les consignes de rédaction sont les suivantes : « la note de dix pages maximum comprend le choix argumenté d'une activité dans l'ensemble des activités professionnelles d'un directeur des soins ; les données descriptives nécessaires et suffisantes à l'analyse de cette activité ; l'analyse de cette activité en fonction de ses déterminants structurels et contextuels ; l'évaluation de la stratégie d'action adoptée par le professionnel observé ». Il est à noter que la deuxième note de situation, dont les meilleurs textes ont constitué notre corpus, porte spécifiquement sur une décision. Sa rédaction bénéficie de l'entraînement acquis lors de la première note de situation.

L'analyse documentaire du corpus fait apparaître les éléments de la structure conceptuelle de la situation de décision, soit les deux états d'une même classe de situations (situation ordinaire non dégradée ou en situation de crise) et les buts communs à la classe de situations. « Optimiser l'organisation des soins et / ou de la formation » est un but qui mobilise plus d'énergie en situation de crise que l'amélioration continue de la qualité de la prestation alors qu'ils sont équivalents en situation ordinaire. Quatre concepts organisateurs peuvent être explicités, ils sont assortis de leurs principales variables : l'engagement personnel (il s'agit de gérer ses propres ressources et son activité métacognitive) rencontre les aspects plus essentiellement cognitifs liés aux dimensions : méthodologique de la décision, managériale de la direction des soins ou plus stratégique à l'échelle de l'hôpital. Nous avons synthétisé à l'aide du schéma suivant la structure conceptuelle de la situation de la décision.

Schéma 11 La structure conceptuelle de la décision pour les directeurs des soins



La structure conceptuelle de la situation ainsi formalisée est produite par un travail extérieur aux directeurs des soins eux-mêmes, elle porte sur l'analyse de la tâche : ce qui est attendu des directeurs des soins lors du processus de décision. Nous pouvons la considérer comme un référentiel de la décision : un directeur des soins expérimenté décide de manière efficace en mobilisant l'ensemble de ces éléments. Jugé compétent par son entourage professionnel, il est en mesure d'obtenir les performances attendues parce que son modèle opératif de la décision est proche de la structure conceptuelle de la situation. Le novice dispose d'un modèle opératif qui comporte de plus ou moins grands écarts ou inclut des éléments extérieurs à la structure conceptuelle de la situation. Le modèle opératif représente la manière dont chaque individu s'est approprié la structure conceptuelle de la situation.

Incidemment, nous voulons faire remarquer que la structure conceptuelle de la situation de décision comporte des concepts organisateurs fondés sur des dimensions affectives ou motivationnelles de l'action. La structure conceptuelle de la situation, concept majeur de l'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle, ne peut jamais être réduite à des aspects combinatoires et algorithmiques, bien détachés de l'expérience sensible.

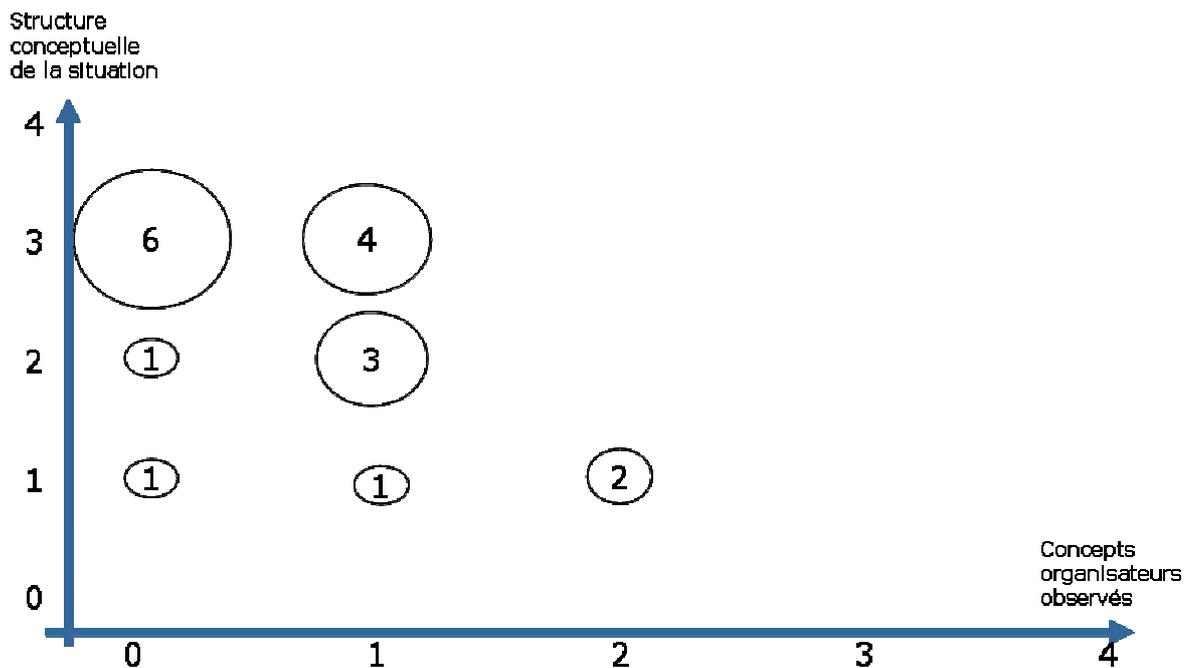
Nous avons indiqué *supra* que la dernière phase du dispositif d'analyse de l'activité consistait en une rencontre entre tous les binômes du groupe test pour examiner collectivement l'écart entre les concepts organisateurs, issus de la formalisation de la structure conceptuelle de la situation, et les concepts organisateurs identifiés lors des autoconfrontations dans les modèles opératifs des individus.

Cette dernière confrontation visait à produire une information utile pour chaque membre du groupe test : quel est l'écart entre les concepts organisateurs de leur modèle opératif et les concepts organisateurs de la structure conceptuelle de la situation, une fois celle-ci discutée et validée collectivement par le groupe test ? La deuxième passation du questionnaire d'auto-efficacité suivait immédiatement cette dernière étape d'analyse de l'activité.

Le graphique suivant montre l'écart entre les concepts organisateurs extraits des modèles opératifs et ceux de la structure conceptuelle de la situation. Par exemple, le cercle marqué « 6 » doit être interprété comme le fait que six personnes mobilisent trois concepts organisateurs de la structure conceptuelle de la situation sur quatre et n'en présentent pas d'autres. Le cercle indiqué « 2 » informe sur le fait que deux personnes ont repris un concept organisateur de la structure conceptuelle de la situation et que deux autres concepts ont été repérés à l'occasion des

autoconfrontations. Nous pouvons donc constater que dix personnes sur dix-huit ont déjà acquis trois concepts sur les quatre référencés.

Graphique 14 Écarts entre la structure conceptuelle de la situation et les modèles opératifs



5.2.2 Décider, une tâche discrétionnaire

La décision est l'aboutissement d'un processus parfois complexe pour les directeurs des soins et pas toujours conduit de manière rationnelle. En tant que cadres, ils ont souvent tenté d'équilibrer des contraintes organisationnelles, humaines et

thérapeutiques concurrentes, souvent non cohérentes⁴³. La décision apparaît comme le résultat de l'activité d'encadrement et de direction, « les produits ce sont des cadres de travail, des décisions, des situations d'équipe modifiées, des mutations de subordonnés, des "mentalités" qu'on a réussi à changer » (MISPELBLOM-BEYER F., 2003). Les concepts organisateurs du travail d'encadrement et de la prise de décision sont la plupart du temps peu observables, ils apparaissent essentiellement dans les discours post actions (ULMANN A-L., 2007), ce qui est sans doute l'une des caractéristiques de l'analyse de l'activité appliquée aux activités de service, où des humains interagissent avec d'autres humains (PASTRÉ P., MAYEN P. & VERGNAUD G., 2006). Une autre caractéristique est l'engagement de l'acteur dans la relation de service : « Il y a en effet une limite forte à ce qui peut être prescrit, et une part importante du travail revient à la contribution personnelle et volontaire, en quelque sorte librement consentie, construite en interaction avec le client » (LACOSTE M., 1995). La motivation ou, plus exactement, l'interaction entre facteurs motivationnels et contexte environnemental (BOURGEOIS É. & GALAND B., 2006) joue un rôle dans l'engagement de l'individu dans la relation de service. En effet, ni les facteurs motivationnels ni les caractéristiques des situations professionnelles n'expliquent séparément l'engagement du sujet dans l'activité, activité de décision ou autre. C'est la prise en considération de ces deux paramètres traités au plan cognitif par l'individu qui déterminera son engagement dans l'action, son entrée dans l'activité.

La prise de décision dans la gestion de situations dynamiques, et certainement plus encore dans le cadre des relations de service, est affectée par des biais cognitifs tels que, par exemple, « l'insensibilité aux probabilités antérieures », « la conception erronée du hasard », « l'illusion de validité », « l'illusion de corrélation » ou « l'évaluation d'événements conjonctifs et disjonctifs ». Même de nature cognitive, ces biais mettent en cause la régulation métacognitive de cette activité à travers « la qualité des mécanismes de feed-back et [...] le contenu des connaissances cognitives » (VALOT C., 2001). C'est pourquoi, si l'on veut bien accepter que ces

⁴³ Par exemple, dans le champ de la santé, la prise de décision est composée de trois facteurs principaux : la pathologie et ses indications théoriques, les caractéristiques du patient et les éventuelles contre-indications, et enfin le contexte hospitalier fait d'opportunités techniques mais aussi très marqué par la recherche permanente de l'efficacité des organisations (MUFTI-ALCHAWAFA D., LUENGO V., VADCARD L., 2004).

biais soient « des formes de gestion des approximations dans la prise de décision en situation incertaine [...] il conviendrait plutôt de considérer ces écarts à la rationalité comme des heuristiques d'approximation et d'ajustement utiles dans la vie quotidienne » (VALOT C., 2001). La décision, dans les situations complexes telles que le management hospitalier, ne se fonde pas sur des informations exactes mais procède essentiellement par ordre de grandeur et approximations. Le processus de décision peut être décrit comme un processus de gestion par « enveloppe ». La construction de la décision vise à s'ajuster face aux contraintes de l'action mais aussi face aux « pondérations personnelles et subjectives » que le directeur des soins prend en compte, il gère aussi, et surtout, ses ressources individuelles à l'intérieur de ces situations de management, parfois conflictuelles. D'autant qu'il semblerait que notre cerveau tend à simplifier le monde en fonction de ses choix, il ne perçoit que ce qu'il veut percevoir. Par exemple, il crée des régularités dans des stimuli au hasard. Cette détection de régularités est obligatoire et non consciente puisqu'elle n'implique aucun effort d'attention (BERTHOZ A., 2003). Le fonctionnement même de notre cerveau contribue à simplifier, à catégoriser, en gérant des approximations suffisantes pour la décision. Un directeur des soins nous décrivait ainsi son mode de prise de décision, très conforme à une gestion par enveloppe :

« Je pars du principe que dans chaque décision, il existe des événements aléatoires qui feront que la décision prise sera impactée par des éléments imprévus et imprévisibles. Autant que faire se peut, mon idée est d'intégrer dans ma décision ce phénomène, non pour le maîtriser mais pour envisager des ajustements si besoin et savoir que le déroulement de l'action qui suit la décision sera une approximation de ce qui est décidé intellectuellement. [...] Prendre une décision consiste à opérer un choix entre plusieurs possibles souvent imparfaits et même quelque fois insatisfaisants. Cette attitude me permet de prendre des décisions qui sont le fruit d'un compromis entre mes intentions, mes idées et les possibles ».

La décision du directeur des soins doit être efficace mais ne pas être trop coûteuse individuellement, au plan des valeurs et des affects mobilisés, et organisationnellement au vu des orientations stratégiques décidées en équipe de direction de l'hôpital. Il ne s'agit donc pas de produire la décision parfaite mais de s'ajuster aux contraintes à l'intérieur d'une enveloppe donnée, c'est-à-dire de gérer

les approximations et les « imperfections efficaces » (VALOT C., 2001). Finalement, la décision n'est ni vraiment idéale, ni tout à fait planifiée, elle est contingente et elle se caractérise par des écarts contrôlés à la décision planifiée. Sortir de l'enveloppe affectée peut se révéler difficile pour le directeur des soins qui doit alors subir les conséquences d'une décision risquée, prise sans référence aux paramètres pertinents de la situation.

Nous sommes donc ici dans le cadre d'une activité « discrétionnaire », voire de la décision comme « un espace discrétionnaire », où l'acteur peut choisir entre des alternatives mais dans un milieu de dépendance (TERSSAC G. de & MAGGI B. & 1996). Un espace d'action discrétionnaire est octroyé et imposé par le système et l'acteur est amené à y prendre des initiatives (CAROLY S. & 2002). La notion de tâche discrétionnaire est définie ainsi : le but est fixé mais la manière de l'atteindre est laissée à la discrétion de l'individu. Une telle définition de la tâche représente une évolution sensible par rapport à la distinction classique en ergonomie entre la tâche et l'activité. Cela permet d'aller plus loin que le couplage structure conceptuelle de la situation - modèle opératif, explicatif de l'organisation de l'activité d'individus qui agissent dans le cadre de systèmes techniques ou de systèmes dynamiques. Ces modèles peuvent être dépassés dans le cas des activités de service, plus complexes que les systèmes dynamiques. Elles posent des problèmes particuliers du point de vue de l'analyse de l'activité à cause du « rôle très important joué par les échanges verbaux en situation de travail » (VINATIER I., 2002). De fait, l'interaction entre humains ne peut sans doute pas être modélisée comme un système technique. Comprendre l'organisation de l'activité d'un individu dans le cadre d'une relation de service suppose de décrire le caractère discrétionnaire de la tâche, d'analyser en quoi l'activité de l'individu ressort d'une gestion par enveloppe pour gérer l'imprécision de l'action et les imperfections efficaces, enfin de relever les jugements pragmatiques énoncés sur les situations : ce que l'individu tient pour vrai et ce qui oriente ses comportements.

Pour nous, la décision elle-même importe peu, c'est le processus qu'il importe d'examiner. Il appartient à l'individu et nous comprenons que les dirigeants « préfèrent s'en remettre à leur intuition [...] Dans le feu de l'action, les dirigeants d'expérience apprennent qu'une bonne décision est, le plus souvent, une décision que l'on prend et que l'on rend bonne » (PELLETIER G., 1999). Rendre bonne une décision n'est à l'évidence possible que dans le cadre d'une gestion des contraintes par enveloppe avec ses marges de manœuvre tactique. Nous affirmerons qu'il y a

matière à compétence critique de la part des managers et qu'elle repose sur un « sentiment durable d'efficacité même quand on leur a assigné des standards de productivité très difficiles à atteindre » (LECOMTE J., 2004b). En fait, les managers travaillent au sein d'un « flux continu d'activités en se basant sur diverses sources d'information marquées par de l'incertitude et de l'ambiguïté » (BANDURA A., 2003). Quelques exemples tirés des textes produits lors de la démarche d'analyse de l'activité illustrent cette gestion par enveloppe quand il s'agit d'équilibrer des contraintes contradictoires.

Au sein d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, où la « paix sociale » est annoncée comme un objectif : *Je comprends la logique du médecin de notre équipe : il tient à ce projet qu'il a mis en place avec le médecin pédiatre [chef du service avec lequel notre équipe est censée collaborer], par ailleurs président de C.M.E. dans cet établissement hospitalier. Il ne veut pas provoquer de conflits ni même en entendre parler. Je comprends les soignants qui ne bénéficient pas de la protection du statut médical et qui sont en première ligne dans le travail de partenariat, essayant l'agressivité de certains soignants de pédiatrie sous tension du fait d'un exercice difficile au quotidien. Ceux-ci demandent protection d'une certaine façon. J'ai aussi conscience des difficultés rencontrées au quotidien par le service de pédiatrie. J'échange en effet régulièrement avec ma collègue cadre [de proximité]. Je propose au médecin que nous nous rencontrions entre cadres et médecins des deux services. Il me paraît important que le cadre institutionnel du travail de partenariat soit discuté régulièrement : évaluation du projet en cours, réajustement.*

La situation est celle du recrutement d'un cadre - formateur par le directeur d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) : *La veille des entretiens, vers 18h30 : le DRH m'envoie un mail laconique précisant : M. X (Directeur général du centre hospitalier dont dépend l'IFSI), vient de m'informer qu'il lui serait fort agréable, de retenir la candidature de Melle Y, future belle-fille du Président du Conseil d'administration. Or, Melle Y n'est pas pressentie pour ce poste car, à moins qu'elle ne soit brillante à l'entretien, son courrier de candidature n'exprime aucune motivation pour la pédagogie mais plutôt l'opportunité de bénéficier d'une promotion professionnelle et devenir cadre de santé. Mon adjointe, que j'informe de manière confidentielle de ce fait nouveau, me dit que « c'est dégoûtant » mais*

que je n'ai pas le choix et que je ne peux pas me permettre d'aller à l'encontre de cette décision...

Des décisions sont à prendre pour redimensionner les effectifs d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de six places, située à proximité immédiate du bloc opératoire : Cette SSPI fonctionne depuis peu en 24 heures et l'effectif a été revu en conséquence. Les infirmières travaillent en binôme avec les aides-soignantes, y compris les week-ends et les jours fériés. L'activité se concentre sur les cinq premiers jours de la semaine et le nombre moyen de patients fréquentant la SSPI est quasi nul les week-ends et les jours fériés. Or, l'effectif mobilisé est de deux agents (infirmière et aide-soignante) le matin et deux agents l'après-midi. Les infirmières se plaignent de sacrifier leur week-end pour faire de la présence. De surcroît, l'effectif ne peut être renforcé en semaine où l'activité est la plus importante. Les infirmières-anesthésistes à qui nous faisons appel pour compenser ces manques se plaignent de cette situation et réclament des moyens supplémentaires. Par ailleurs, les aides-soignantes travaillent en horaires fixes pour trois d'entre elles, ce qui pose un problème lorsqu'il y en a une en congé. Les horaires en décalé avaient été acceptés par la Direction des soins pour répondre à un problème familial ponctuel mais n'ont pas été revus. Très souvent, les aides-soignantes d'après-midi demandent à partir plus tôt les week-ends car il n'y a pas d'activité. Deux solutions peuvent être envisagées : 1) L'organisation ne change pas. Cette solution est en faveur d'une paix sociale qui évite les conflits avec les agents mais ne résout pas les problèmes entre les agents et elle coûte cher (des agents sont payés à ne rien faire). 2) L'organisation est revue. Cette solution va dans le sens d'une meilleure efficacité, d'une réponse en adéquation avec les demandes des infirmiers en ce qui concerne leur présence du week-end, d'une résolution des problèmes de remplacement des aides-soignantes. C'est aussi la solution qui répond le mieux aux demandes de la Direction des soins et du Directeur des ressources humaines par rapport aux postes non budgétés et non affectés au service. La décision de réorganisation accompagnée d'une mutualisation avec le bloc opératoire est retenue. Tous les agents, quels qu'ils soient, ont adopté une posture individualiste au départ et il a fallu déployer une grande force de persuasion et trouver des compensations, dans la mesure des moyens, pour arriver à leur faire adopter la décision.

Dans un contexte de restructuration des activités, une décision est à prendre sur l'augmentation de l'activité de chirurgie cardiaque : *Le contrat d'objectifs et de moyens du CHU doit atteindre 500 circulations extracorporelles (CEC), or, l'activité est à 300 CEC. Se pose un problème d'agrément, les CHU agréés doivent effectuer 350 CEC au minimum par an. Un autre CHU, situé à 80 kilomètres, dépasse largement le quota demandé et sur cette même région, une clinique a déposé une demande d'agrément auprès de l'ARH. Elle s'engage à effectuer 500 CEC par an. Si le CHU ne remplit pas ces 500 CEC dans un délai d'un an, il risque de perdre son agrément. Cette activité phare et rentable ne peut être mise en péril. Le contrat d'objectifs et de moyens doit être revu dans le cadre de la nouvelle gouvernance en début d'année prochaine. Il est indispensable que l'activité augmente cette année. Parmi les nombreux problèmes identifiés, certains concernent la réanimation. Elle est dotée de douze lits et reçoit essentiellement des patients prévus en chirurgie programmée. Les urgences concernent les patients de chirurgie cardiaque nécessitant une CEC. Il n'y a aucun moyen d'agrandir cette réanimation sans rajouter une construction qui viendrait agrandir et redéfinir l'architecture complète du bâtiment. De plus, le turn-over des patients sur la réanimation est trop rapide, il manque régulièrement de lits pour accueillir les patients de chirurgie cardiaque. De ce fait, des patients sont déprogrammés. L'activité stagne.*

A travers ces exemples, les directeurs des soins sont amenés à prendre des décisions qui ne sont pas écrites à l'avance et dont toutes les conséquences ne sont pas prévisibles. Ils agissent dans le cadre d'une activité discrétionnaire qui requiert une grande autonomie de leur part à l'intérieur du système hospitalier. Bien entendu, ils rendent compte de leur délégation à leur hiérarchie, directeur des soins, coordinateur des soins, directeur général, selon le cas. Leurs décisions, faute de pouvoir représenter la « bonne décision » à chaque fois, veillent à s'écarter le plus possible de la décision « redoutée », celle qui les ferait sortir de l'enveloppe prescrite.

5.2.3 Les jugements pragmatiques des directeurs des soins

Les jugements pragmatiques sont des énoncés que l'individu produit sur son activité lors des phases plus réflexives de l'activité constructive. Ils représentent ce que l'individu tient pour vrai, c'est-à-dire les « théorèmes-en-acte » (VERGNAUD G., 1998a). Pour Pierre PASTRÉ, les jugements pragmatiques⁴⁴ émis par les individus lors des temps d'analyse rétrospective et réflexive éclairent le développement des compétences, la genèse cognitive et opérative, particulièrement au moment où le modèle opératif se transforme pour s'adapter à une nouvelle classe de situations.

L'analyse des jugements pragmatiques est une voie d'accès à l'organisation de l'activité pour un individu donné et il est possible d'analyser dans un groupe professionnel les jugements pragmatiques qu'ils produisent. Cinquante-deux jugements pragmatiques, toujours étroitement liés à leur contexte d'origine, ont été produits par les dix-huit personnes du groupe test lors de la séance collective qui a conclu le dispositif d'analyse de l'activité de décision. Il était aisé d'en classer quarante-deux en référence aux concepts organisateurs de la structure conceptuelle de la situation⁴⁵.

En séance, les directeurs des soins ont sélectionné quatre jugements pragmatiques qui possèdent, selon eux, le plus haut degré de généralisation face à des situations toujours singulières. Ils sont à prendre prioritairement en compte pour qu'une décision soit pertinente.

Ces jugements pragmatiques sont rassemblés dans le tableau suivant. Ils sont accompagnés de quelques commentaires par les directeurs des soins.

⁴⁴ Voir à ce sujet, les deux conférences prononcées en mars et décembre 2007, « Apprendre des situations » à l'ENS Lyon et « Compétences et analyse de l'activité » à l'IUFM de Bretagne.

⁴⁵ Voir l'annexe sur les jugements pragmatiques reclassés par fonction et par concept organisateur de la structure conceptuelle de la situation.

Tableau 24 Jugements pragmatiques retenus par le groupe test concernant la décision des directeurs des soins

Jugements pragmatiques	Commentaires exprimés par les directeurs des soins
Un positionnement reconnu (statut et réseaux d'influence) donne les moyens d'agir et de décider.	<p>« Cela s'applique à toutes les situations de manière assez généraliste et transposable »</p> <p>« Un positionnement reconnu s'articule avec le maintien de la cohésion du groupe »</p> <p>« Plus le positionnement sera reconnu, plus les moyens d'action seront importants car ils seront légitimés »</p> <p>« Selon la marge de manœuvre, nous sommes plus ou moins en position de décider »</p>
Il est nécessaire de construire un argumentaire rationnel pour convaincre du bien-fondé de la décision à prendre.	<p>« La décision se prend seul et cela nécessite un travail de réflexion pour l'accompagner d'un argumentaire rationnel »</p> <p>« L'argumentaire s'élabore dans un contexte donné, en lien avec la perception d'une structure hospitalière, <i>hic et nunc</i> ».</p> <p>« Il est important de donner du sens à la décision pour qu'elle soit comprise et qu'elle permette l'adhésion des acteurs qui sont impactés par cette décision »</p>
En prenant des décisions, on contribue à définir un cadre de travail et à le faire respecter.	<p>« Les décisions contribuent à organiser le travail, à réajuster les dysfonctionnement repérés ou à développer le cadre de travail. Elles font référence et fixent un cadre à respecter »</p> <p>« Une organisation se structure pour exister, vivre, produire. La structuration (cadre de travail et respect de ce cadre) nécessite la prise de décisions »</p> <p>« Les individus réclament un cadre de travail sécurisant, ceci se vérifie même chez les contestataires. Ce cadre leur donne un fil conducteur pour avancer. La décision est un moyen de formaliser et de construire ce cadre »</p>
Le registre des affects oriente la prise de décision.	<p>« Il s'agit du lien entre affects et analyse rationnelle. Le processus de décision doit s'organiser en fonction du climat ressenti »</p> <p>« L'analyse rationnelle de la situation peut être parasitée par les affects, amenant une prise de décision irrationnelle, vue de l'extérieur, mais correspondant à ses propres valeurs et engagements personnels »</p> <p>« C'est un élément à avoir très tôt en tête par rapport aux risques qu'il représente. En avoir conscience, pouvoir l'objectiver »</p>

Il est intéressant de constater que ces quatre jugements pragmatiques appartiennent chacun à une des quatre dimensions de la structure conceptuelle de la situation. Les

deux premiers proviennent de directeurs des soins option Gestion et les deux autres de directeurs des soins option Formation.

5.3 La mesure finale des scores d'auto-efficacité

Le niveau d'auto-efficacité a été testé, au début de la première période de formation et à la fin de la première période, soit avant et après la phase d'analyse d'activité pour chacun des deux groupes, test et contrôle. Le code d'anonymat présent dans le questionnaire a permis de tracer les questionnaires et donc de comparer l'évolution des scores, personne par personne⁴⁶. Les évolutions constatées des niveaux d'auto-efficacité sont exposées et discutées dans les pages suivantes.

5.3.1 Les scores individuels d'auto-efficacité

Le tableau suivant indique le nombre de scores qui ont connu des évolutions et le sens de ces évolutions.

⁴⁶ Voir l'annexe Comparaison des scores individuels d'auto-efficacité avant et après la phase d'analyse de l'activité.

Tableau 25 Évolution des scores individuels d'auto-efficacité

	Groupe test		Groupe contrôle	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Augmentation	10	55,60%	29	60,40%
Stable	3	16,70%	5	10,40%
Diminution	5	27,80%	14	29,20%
TOTAL	18	100,00%	48	100,00%

Le tableau précédent montre que les participants du groupe test et du groupe contrôle ont été nombreux à augmenter leur score à l'issue de la période. Mais ce mouvement doit être interprété à la lumière de deux autres informations avant de laisser penser à une augmentation générale du niveau d'auto-efficacité : l'ampleur de l'augmentation (augmenter d'un point ou de dix n'a pas la même signification) et l'appartenance des participants à un sous-groupe selon le niveau initial d'auto-efficacité.

De fait, la répartition par sous-groupes permet d'éclairer la dynamique de manière beaucoup plus précise.

Par sous-groupes⁴⁷ (groupe test ou groupe contrôle ; niveau initial faible, intermédiaire ou élevé d'auto-efficacité), les principaux résultats sont les suivants :

- Groupe test et niveau initial d'auto-efficacité élevé.

Les évolutions des scores ne sont pas particulièrement manifestes, ni à la hausse, ni à la baisse.

- Groupe test et niveau initial faible.

Généralement, ces participants ont connu une forte augmentation de leurs scores. Ce sont d'abord ces individus qui ont bénéficié de la phase d'analyse d'activité.

⁴⁷ Se reporter au tableau 24 qui présente les groupes selon leur niveau initial d'auto-efficacité.

- Groupe contrôle et niveau initial élevé.

Les évolutions individuelles des scores du groupe contrôle, à la hausse ou à la baisse, sont plus fréquentes que pour le groupe test mais les différences de score sont moins importantes.

- Groupe contrôle et niveau initial intermédiaire.

Les individus qui disposaient d'un score initial proche de la moyenne ont une tendance à l'augmentation des scores et à une augmentation plus forte que les autres participants du groupe contrôle.

- Groupe contrôle, et niveau initial faible.

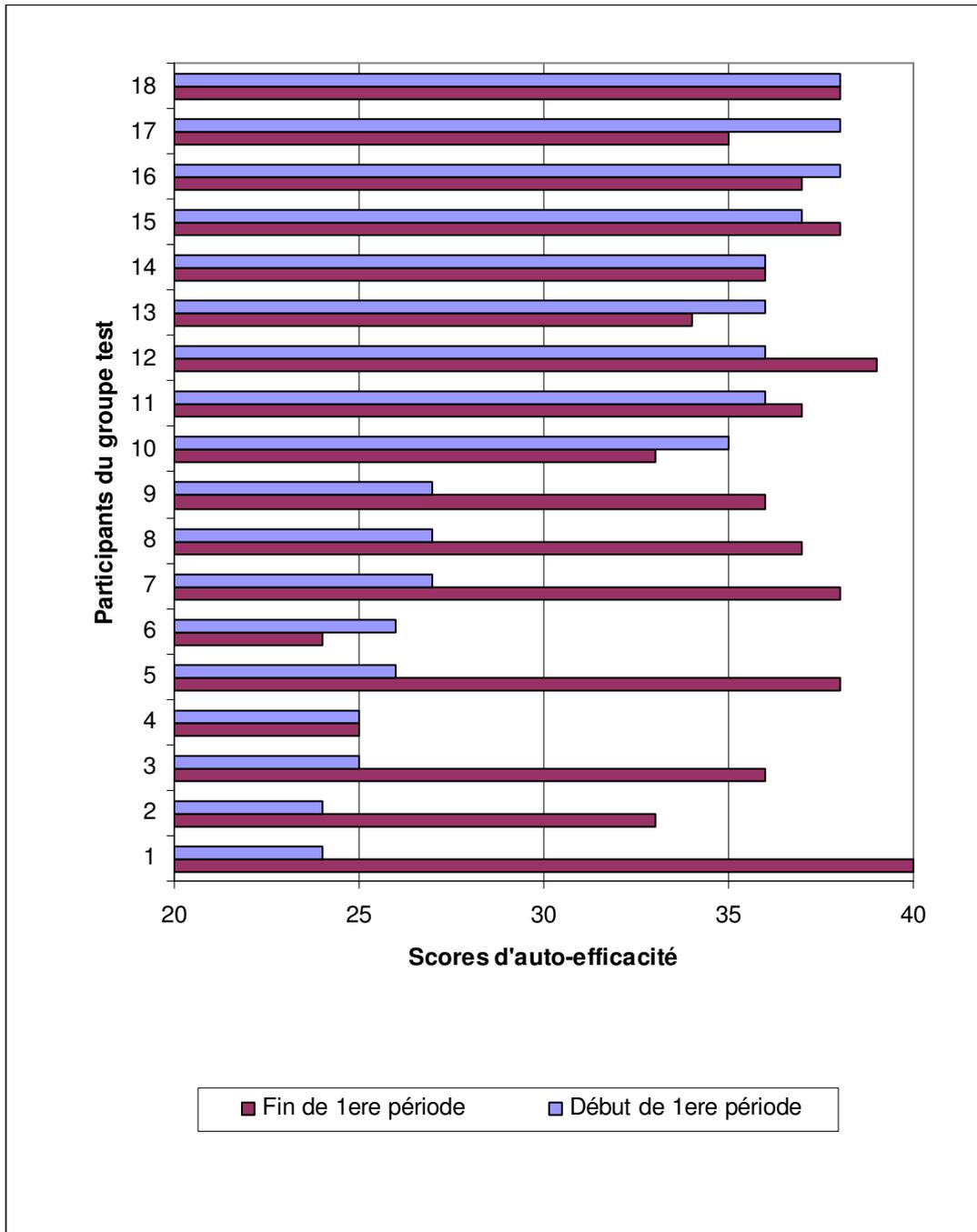
Pour les individus du groupe contrôle aux scores initiaux bas, l'augmentation est faible, quand elle se produit. Nous observons plutôt un phénomène assez marqué de baisse de leur score à l'issue de la période.

La différence de comportements entre les sous-groupes est nette. Le groupe contrôle ne connaît pas d'évolution évidente des scores, mis à part le groupe intermédiaire qui a augmenté ses scores de manière sensible. Nous n'observons pas de corrélation forte entre le score initial et l'évolution du score final pour l'ensemble du groupe contrôle. Les trois sous-groupes contrôle semblent développer des dynamiques différentes : fortes évolutions positives et négatives pour les plus forts scores, des gains remarquables pour quelques sujets aux scores intermédiaires, une stabilité, voire une involution pour les sujets aux scores bas initiaux.

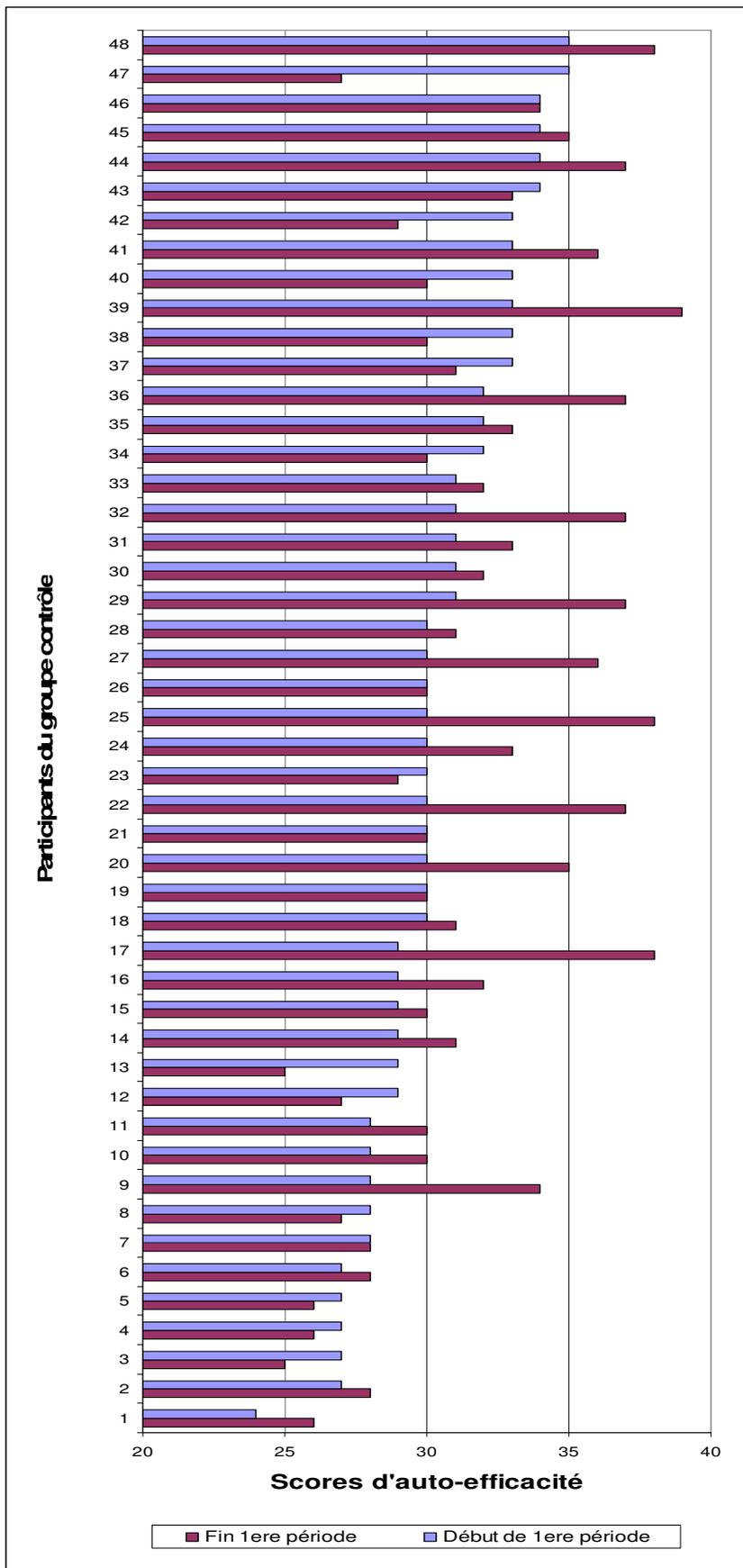
En revanche, pour le groupe test, nous observons une augmentation importante des scores pour les plus faibles niveaux de départ et seulement pour ce type de participants.

Le tableau précédent n'indique pas dans quelles proportions les scores individuels ont augmenté ou diminué. Les graphiques suivants ordonnent les scores du groupe test et du groupe contrôle selon le score initial décroissant.

Graphique 15 Évolution des scores du groupe test

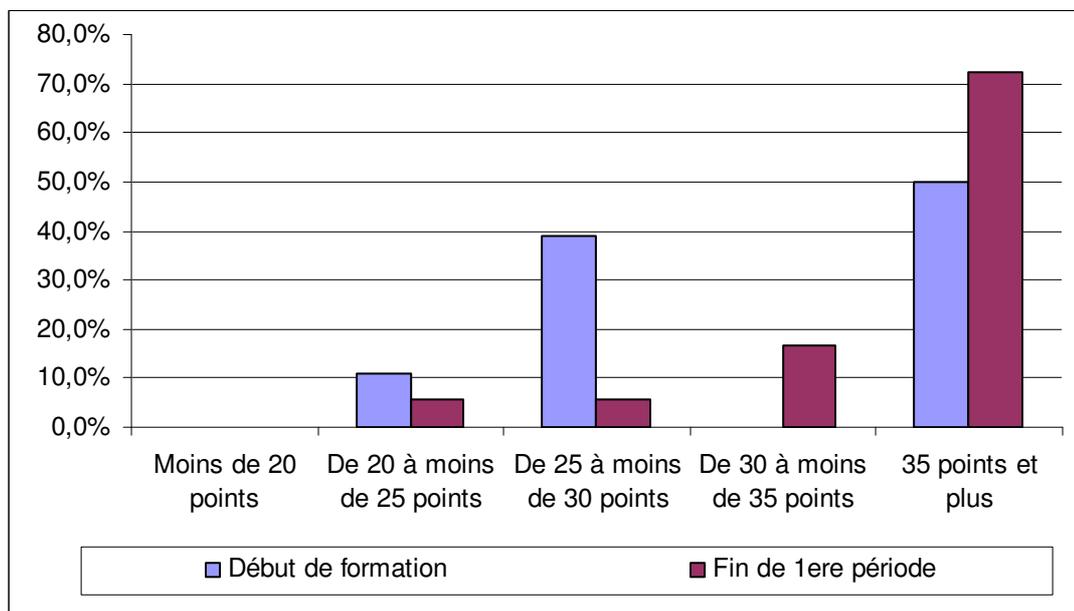


Graphique 16 Évolution des scores du groupe contrôle



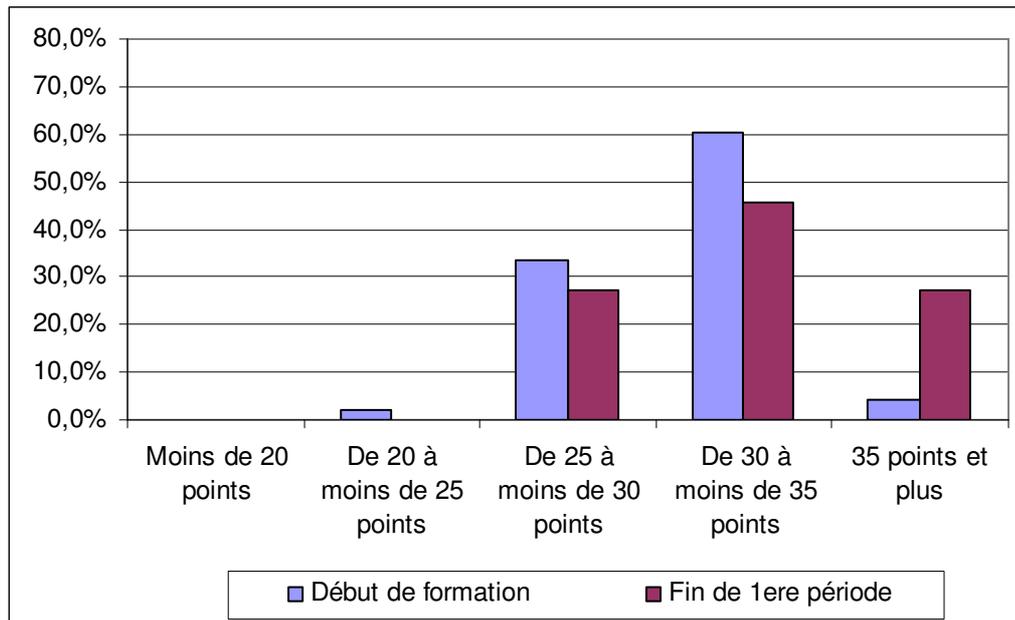
La répartition des scores du groupe test, quand ils sont répartis en classes, montre que ce sont les classes de 30 points et plus qui ont proportionnellement augmenté. Pour le groupe test, l'augmentation du score moyen s'accompagne d'une répartition différente, bien moins régulière. Les classes de 30 points et plus n'augmentent pas uniformément. Le graphique suivant montre une évolution générale à la hausse des scores.

Graphique 17 Comparaison des évolutions des scores du groupe test répartis en classes



Pour le groupe contrôle, l'augmentation assez faible du score moyen est perceptible à l'aide du graphique suivant. Une partie des individus présentant un score initial moyen a contribué directement à l'augmentation du score de l'ensemble en se déplaçant vers la classe des 35 points et plus.

Graphique 18 Comparaison des évolutions des scores du groupe contrôle répartis en classes



La répartition des binômes pour les autoconfrontations croisées était conçue pour regrouper des niveaux initiaux homogènes d'auto-efficacité, sauf pour trois binômes qui mixaient les niveaux. La différence de niveaux allait-elle créer une situation plus favorable pour les personnes de plus bas niveau d'auto-efficacité ?

Pourtant, au vu du tableau suivant, le niveau initial d'auto-efficacité de son partenaire d'autoconfrontation croisée ne semble pas jouer un rôle déterminant pour le développement de son propre niveau d'auto-efficacité. Cette hypothèse peut vraisemblablement être rejetée.

Dans tous les cas de figure, la plupart du temps, les participants au faible niveau initial augmentent leur score et souvent dans des proportions importantes. Quant aux participants disposant d'une forte auto-efficacité initiale, quel que soit le niveau de leur partenaire leur score évolue peu, ils ont sans doute déjà atteint un plafond.

Le niveau d'auto-efficacité de son partenaire compte donc beaucoup moins que le travail d'analyse de l'activité lui-même pour développer sa propre auto-efficacité.

Tableau 26 Le niveau d'auto-efficacité de son partenaire n'influe pas sur son propre niveau

Individu Code d'anonymat	Niveau initial d'auto- efficacité	Confrontation avec un participant de niveau initial d'auto-efficacité	Évolution du score d'auto-efficacité
6448	Faible	Élevé	- 2
1451	Faible	Élevé	+ 10
5676	Faible	Élevé	+ 9
6035	Élevé	Faible	- 2
9823	Élevé	Faible	0
7783	Élevé	Faible	0
1219	Élevé	Élevé	+ 3
2138	Élevé	Élevé	+ 1
3541	Élevé	Élevé	- 2
3405	Élevé	Élevé	- 3
0563	Élevé	Élevé	+ 1
2142	Élevé	Élevé	- 1
3539	Faible	Faible	+ 16
4973	Faible	Faible	+ 9
1195	Faible	Faible	+ 11
1068	Faible	Faible	+ 11
0231	Faible	Faible	+ 12
2295	Faible	Faible	0

Si le niveau d'auto-efficacité de son partenaire ne semble pas déterminant, pouvons nous alors explorer une autre relation, celle qui s'établirait entre la consistance du modèle opératif et le niveau d'auto-efficacité ? L'écart, ou la proximité, entre le modèle opératif et la structure conceptuelle de la situation peut-il être analysé en fonction de l'évolution des scores d'auto-efficacité ? En fait, il s'agirait de tester l'hypothèse inverse : un bon niveau d'auto-efficacité est-il nécessaire pour développer son modèle opératif ?

Pour les six personnes qui possèdent un modèle opératif très proche de la structure conceptuelle de la situation, il est intéressant de constater que trois disposaient d'un niveau initial élevé d'auto-efficacité et elles ont encore amélioré leur score de un à trois points à l'issue de l'analyse de l'activité. Trois autres faisaient partie du groupe au score faible d'auto-efficacité, une n'a pas amélioré son score, une autre a perdu deux points et la troisième a augmenté son score de dix points. Il serait nécessaire d'affiner l'analyse en prenant en compte tous les individus et non pas seulement les six personnes au modèle opératif le plus proche de la structure conceptuelle de la situation, mais sur ce point il ne semble pas que la relation soit très solidement établie. Ce n'est pas parce qu'un individu a atteint un niveau élevé d'auto-efficacité qu'il possède un modèle opératif développé, nous constatons que d'autres personnes de faible niveau d'auto-efficacité ont un modèle opératif très ressemblant.

L'explicitation de la structure conceptuelle de la situation ainsi que des modèles opératifs et d'une manière générale, les confrontations autour de ces objets semblent avoir eu un effet positif. Ceux qui ont pu percevoir la cohérence entre la structure conceptuelle de la situation et leur propre modèle opératif ont plutôt vu leur score d'auto-efficacité augmenter. C'est pourquoi, si l'on se projette vers la reprise d'un tel dispositif empirique à des fins de formation des compétences professionnelles, il est possible de s'appuyer sur l'analyse des écarts entre structure conceptuelle de la situation et modèle opératif de chacun pour fixer les objectifs et les situations d'apprentissage adéquates.

5.3.2 Les scores moyens des sous-groupes test et contrôle

Les deux groupes ont augmenté leur score moyen mais, à l'issue de la phase d'analyse de l'activité, le groupe test a augmenté son score moyen 2,6 fois plus que le groupe contrôle.

Si la mise en œuvre de la formation a vraisemblablement contribué à la perception de compétence pour l'ensemble de la promotion DS 2007 (groupe test et groupe contrôle confondus), le groupe test connaît une augmentation très forte de son score suite à l'analyse de l'activité (+ 3,55 points accompagnée d'une évolution à la hausse du mode et de la médiane), ainsi que le détaillent les deux tableaux suivants.

Tableau 27 Évolution du score d'auto-efficacité par groupe avant et après l'analyse de l'activité

	Début de la première période de formation			Fin de la première période de formation			Évolution du score moyen
	Score mini	Score maxi	Score moyen	Score mini	Score maxi	Score moyen	
Groupe test	24	38	31,67	24	40	35,22	+ 3,55
Groupe contrôle	24	35	30,33	25	39	31,69	+ 1,36
Ensemble DS 2007	24	38	30,68	24	40	32,65	+ 1,97

Tableau 28 Comparaison de la mesure de tendance centrale avant et après l'analyse de l'activité

	Début de la première période de formation			Fin de la première période		
	Mode	Médiane	Score moyen	Mode	Médiane	Score moyen
Groupe test	27	33,5	31,67	38	36,5	35,22
Groupe contrôle	30	30	30,33	30	31	31,69
Ensemble DS 2007	30	30	30,68	30	31	32,65

Plus précisément, l'analyse des scores moyens des sous-groupes montre des résultats sensiblement différents (voir le tableau suivant). L'évolution n'a pas été uniforme et le sous-groupe test de niveau initial faible a connu une augmentation moyenne de + 8,44 points alors que le score du sous-groupe test de niveau élevé restait quasi stable. Le groupe test a connu par conséquent une évolution moyenne de + 3,55 points.

Tableau 29 Évolution des scores d'auto-efficacité par sous-groupes

Groupes	Sous-groupes Niveau d'auto-efficacité	Nombre de sujets	Score moyen Début de formation	Écart- type	Score moyen Fin de première période	Écart-type	Évolution du score moyen
Groupe test	Faible	9	25,67	1,22	34,11	5,78	+ 8,44
	Élevé	9	36,67	1,12	36,33	2,00	- 0,33
	Ensemble	18	31,67	5,77	35,22	4,35	+ 3,55
Groupe contrôle	Faible	11	27,18	1,17	28,00	2,57	+ 0,82
	Moyen	22	29,95	0,72	32,45	3,60	+ 2,50
	Élevé	15	33,33	0,98	33,27	3,67	- 0,07
	Ensemble	48	30,33	2,46	31,69	3,93	+ 1,36

La comparaison entre les sous-groupes de niveau élevé, test et contrôle, indique que leur comportement est comparable : leur score moyen élevé reste stable, voire diminue de manière non significative.

Les deux sous-groupes de niveau faible se différencient nettement, le sous-groupe contrôle reste stable (+ 0,82 point) à la différence du sous-groupe test en progression de + 8,44 points.

Un résultat interroge néanmoins, celui du sous-groupe contrôle de niveau d'auto-efficacité intermédiaire. Il augmente son score de + 2,5 points, mais il n'est pas possible de le comparer à un sous-groupe test équivalent puisque le choix a été de ne retenir que les niveaux élevés et les niveaux faibles. Aucune hypothèse n'avait été posée sur le comportement d'un groupe de niveau initial intermédiaire au bénéfice d'une attention portée aux scores extrêmes.

5.3.3 La vérification de l'effet de l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité

Au-delà de la simple lecture de tableaux et de graphiques, il est possible de tester statistiquement l'effet de l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité.

Nous avons indiqué *supra* que les groupes test et contrôle ne présentaient pas de différence statistique au plan des variables socioculturelles et des autres variables telles que l'option de la formation directeur des soins ou les niveaux d'auto-efficacité à l'intérieur des sous-groupes comparables. Nous sommes donc en situation d'isoler les deux variables et de tester l'effet de l'analyse de l'activité sur le niveau d'auto-efficacité.

Nous sommes ici dans le cas d'effectifs faibles et avec les mêmes échantillons du début à la fin de la période ; un test de khi2 ne peut pas s'appliquer et un test non paramétrique, tel que le test de Wilcoxon, est indiqué pour établir si un traitement par l'analyse de l'activité est préférable à un non-traitement pour le développement de l'auto-efficacité. Le groupe test est comparé au groupe contrôle⁴⁸ et les résultats obtenus montrent le rôle effectivement joué par l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité.

Nous avons déjà noté l'augmentation importante des scores du groupe test et tout particulièrement ceux des participants dont le score initial était faible. Le test de Wilcoxon indique que la période a eu un effet sur le groupe test et nous pouvons penser que cet effet est créé par le dispositif d'analyse de l'activité. Si $T_c = \min(D+, D-) < T$ théorique, rejet de H_0 (hypothèse H_0 : la période n'a pas d'effet), or T_c min étant égal à 24,5 et il est inférieur à T théorique, égal ici à 30.

Pour le groupe contrôle, un premier résultat global sur l'ensemble du groupe montre que la période de formation a aussi provoqué un effet. T_c min est égal à 272 et T théorique à 336.

⁴⁸ Pour le détail de la statistique, voir l'annexe « Résultats du test de Wilcoxon »

En revanche, si nous appliquons le test premièrement sur des sous-groupes, de niveaux faible et élevé, comparables entre le groupe test et le groupe contrôle, et ensuite sur le sous-groupe de niveau intermédiaire, les résultats sont très différents. La période a bien eu un effet sur le sous-groupe de scores intermédiaires, comme il était pressenti à la lecture des tableaux de distribution des scores : T_c min est égal à 23,5 et T théorique à 53. Pour les deux sous-groupes de niveau faible et élevé, T_c min étant égal à 130,5 et T théorique à 91, la période n'a pas eu d'influence sur ces deux sous-groupes. Nous pouvons en conclure que l'effet de la période sur l'ensemble du groupe contrôle est provoqué entièrement par l'effet produit sur le sous-groupe de niveau intermédiaire.

En conclusion, l'application du test de Wilcoxon valide les résultats en comparant les sous-groupes de niveau élevé et faible, test et contrôle : l'effet observé à l'issue de la période s'explique vraisemblablement par le dispositif d'analyse de l'activité.

L'hypothèse générale était que les scores des participants du groupe test augmenteraient à l'issue de l'analyse de l'activité. Nous avons effectivement constaté que les scores du sous-groupe test de niveau faible ont augmenté de manière significative : 8,44 points en moyenne. Dans le même temps, les scores restaient stables dans le groupe contrôle, l'augmentation est de moins d'un point.

Nous attendions une augmentation pour les scores de niveau élevé, dans une proportion peu importante vu le niveau de départ et l'effet plafond toujours possible. Or les scores des participants de niveau élevé du groupe test, comme ceux du groupe contrôle, n'ont pas évolué, voire, ont régressé dans une très faible mesure.

Le résultat véritablement imprévu s'est manifesté avec l'augmentation des scores des participants de niveau intermédiaire du groupe contrôle : 2,5 points en moyenne. Résultat imprévu que nous chercherons à expliquer en engageant quelques investigations complémentaires.

A l'issue de ce travail empirique, nous avons obtenu des résultats probants sur le rôle joué par l'analyse de l'activité dans le développement de l'auto-efficacité, mais il faut examiner les quelques biais identifiables qui peuvent contribuer à limiter la généralisation des résultats.

Ces biais possibles peuvent être au moins de quatre ordres.

Le premier serait le biais des attributions causales (COLLARD-BOVY O. & GALAND B., 2003) et du paradigme d'autoprésentation, c'est-à-dire « un ensemble de stratégies

plus ou moins intentionnelles, plus ou moins contrôlées qu'un individu met en œuvre dans le but d'obtenir l'approbation sociale » (DUBOIS N., 1994). Le paradigme d'autoprésentation est une stratégie de valorisation de soi où les conceptions de soi qui vont résulter de ce traitement sélectif de l'information peuvent être considérées comme des illusions positives sur soi (MARTINOT D., 2001). Il s'accompagne de trois biais possibles : le biais d'autocomplaisance, le biais de modestie et le biais d'internalité.

« Le biais d'autocomplaisance consiste à donner des explications internes aux comportements et renforcements positifs et externes à ceux qui sont négatifs. Le biais de modestie est l'inverse de celui d'autocomplaisance. Le biais d'internalité consiste à donner une réponse interne dans tous les cas » (RAINAUDI C. & BRACONNIER M-J., 1996).

Bien entendu, il n'est pas possible d'éviter les effets du paradigme d'autoprésentation quand il s'agit de traiter de l'auto-efficacité pour des cadres et des dirigeants. Néanmoins, nous observerons que les scores pour l'ENSP se distribuent autour d'une valeur moyenne de 30 points, ce qui est plutôt conforme à autres études que nous avons pu signaler. Les questionnaires ou les tests ayant été administrés anonymement, il est aussi possible que les effets du paradigme d'autoprésentation se manifestent de manière limitée. L'autre hypothèse est que cette valeur moyenne de 30 points intègre déjà les effets de ce paradigme d'autoprésentation. Nous estimons également que les variations de scores constatées à l'issue du dispositif d'analyse de l'activité ne sont pas dues à ce paradigme. Pour quelle raison, se manifesterait-il au second passage du test et pas au premier, ou plus au second qu'au premier ?

Le deuxième type de biais possible serait le biais de Hawthorne qui consiste en un effet d'activation générale chez les observés dû à la présence valorisante de l'observateur. Participer à une expérience a des conséquences importantes sur la motivation. Elton MAYO, lors des premières études de sociologie du travail, a montré en 1930 que le fait d'être l'objet d'une attention particulière de la part de l'expérimentateur et d'avoir été choisi comme sujet de l'expérience peut contribuer à

procurer une meilleure estime de soi⁴⁹. En biostatistiques, cet effet est bien connu puisqu'il améliore encore les effets d'un placebo dès lors que les patients sont informés qu'ils participent à une étude scientifique (KLEIST P., 2006). Dans quelle mesure, cet effet a-t-il pu influencer les comportements des directeurs des soins de la promotion 2007 ? Ils ont été désignés comme sujets de l'expérience après que le questionnaire ait été passé à toutes les promotions de l'ENSP et que leur score particulier soit connu. L'effet Hawthorne n'explique donc pas totalement leur score moyen et la distribution des scores individuels. Par ailleurs, l'expérimentation a montré que l'évolution des scores d'auto-efficacité est loin d'être uniforme pour chacun des sous-groupes test et contrôle⁵⁰.

Néanmoins, il est possible de trouver des traces de cet effet en écoutant deux directeurs des soins du groupe test, lesquels ont augmenté leur niveau d'auto-efficacité : « Que quelqu'un [le chercheur] s'intéresse de manière rapprochée à notre travail ou à notre manière de penser et d'évoluer nous permet de progresser », ou encore : « le *debriefing* pour l'ensemble du groupe [la séance de travail collective dans le cadre du dispositif d'analyse de l'activité] et notamment parce que la filière directeur de soins a été montrée comme une filière s'auto évaluant de façon plus positive que les autres filières, a pu contribuer à provoquer ou alimenter cette image plutôt positive ».

Le troisième biais à considérer est celui du phénomène statistique de régression vers la moyenne (ALAIN M., PELLETIER L. & BOIVIN M., 2000; KLEIST P., 2006). En effet, le groupe test a été rassemblé sur la base de scores élevés et faibles d'auto-efficacité, c'est-à-dire écartés de la moyenne. Les scores ne suivent plus une loi normale mais sont regroupés sur les extrémités des courbes de distribution. Or, plus une valeur extrême s'écarte de la valeur moyenne, plus la probabilité est élevée que la valeur trouvée lors d'une mesure contrôle ultérieure se rapproche de la moyenne. De plus, la régression vers la moyenne s'observe régulièrement au fil de mesures multiples. Les deux sous-groupes test auraient donc dû voir leurs scores converger vers la

⁴⁹ Il existe une formule permettant de calculer l'effet Hawthorne en management. La loi de Yorkes - Dockson affirme notamment qu'il existe une quantité optimale de motivation pour une productivité maximale.

⁵⁰ La question serait plutôt de créer les conditions d'un effet Hawthorne si celui est de nature à maximiser les acquisitions en matière de compétence et d'auto-efficacité...

moyenne. Pour s'assurer que le phénomène ne se manifestait pas, il aurait été intéressant de faire passer le test au moins une deuxième fois, plus éloignée dans le temps, pour voir si les résultats étaient stables dans le temps. Il nous semble pourtant qu'une mesure ultérieure constituait un risque : le départ en stage pouvait introduire des facteurs inconnus qui auraient faussé les observations. Notamment, les directeurs des soins auraient pu se retrouver en situation de maîtrise de réussite et d'apprentissage vicariant qui sont respectivement la première et la deuxième source de construction d'auto-efficacité. Il n'aurait plus été possible de discriminer les variables. En fait, la présence d'un groupe contrôle est essentielle pour s'assurer que l'amélioration constatée résulte de l'analyse de l'activité et non de la régression vers la moyenne. La vraie parade reposerait d'ailleurs sur des mesures multiples *avant* la constitution du groupe test pour identifier les véritables scores d'auto-efficacité, plutôt que d'attribuer à chaque individu une valeur risquant d'être atypique car extrême ou simplement liée à une période donnée.

Le quatrième biais, et peut être le plus important, est celui du rôle joué par la mémoire autobiographique dans le développement de l'auto-efficacité (VANLEDE M., PHILIPPOT P. & GALAND B., 2006). Le matériel qui a servi de support pour les autoconfrontations consistait en un texte décrivant et analysant une situation de décision. A notre demande, les participants ont généralement sélectionné une décision qui présente deux caractéristiques : la situation était critique et l'individu estime qu'il en a finalement triomphé. Pour notre échantillon, l'analyse du matériel recueilli montre qu'un tiers des participants environ a choisi de travailler sur une situation plutôt ordinaire pour l'établissement ou l'institut de formation. En revanche, dix-sept personnes sur dix-huit estiment que leur décision s'est soldée par une réussite.

Tableau 30 Présentation des situations retenues par les participants du groupe test

	Situation ordinaire	Situation critique
Réussite	7 personnes (dont 3 de niveau faible et 4 de niveau élevé d'auto-efficacité)	10 (dont 5 de niveau faible et 5 de niveau élevé d'auto-efficacité)
Échec	0	1 (niveau faible d'auto-efficacité)

Par ailleurs, les consignes du dispositif portaient sur l'analyse d'une situation *spécifique* de décision. Les participants n'avaient donc pas le choix de l'angle d'analyse, notamment ils ne pouvaient pas adopter un point de vue *général* sur leur activité de décision. Les participants ont ainsi travaillé sur une situation spécifique de réussite. Quels auraient été les résultats si les participants avaient travaillé sur un échec dans la prise de décision ? Nous savons que rappeler le souvenir d'un échec sur un mode spécifique favorise l'analyse de la difficulté dans un contexte particulier. A l'inverse, rappeler le souvenir d'un échec sur un mode général provoque l'idée d'une généralisation des difficultés avec pour conséquence une baisse de l'auto-efficacité (VAN LEDE M., PHILIPPOT P. & GALAND B., 2006). Ces auteurs montrent le rôle de la mémoire, de la base de connaissance autobiographique et du soi conceptuel dans la construction de l'auto-efficacité. Ce facteur, lié à la mémoire autobiographique, aurait pu masquer ce que nous voulions observer, c'est-à-dire le rôle joué par l'analyse de l'activité.

Nous aurions pu contourner l'obstacle en modifiant le dispositif empirique. Puisque les participants choisissent plutôt spontanément une situation critique réussie, nous aurions pu les amener à travailler sur deux situations de décision, la première critique, la seconde plus familière et moins complexe et ensuite évaluer leurs stratégies de résolution de problème. Nous aurions obtenu quatre sous-groupes test constitués selon la réussite ou l'échec au traitement des situations critique ou non critique. Le score de chaque individu aurait été mesuré au même moment que ceux des participants du groupe contrôle. L'analyse de l'activité aurait porté sur l'analyse et le traitement de ces deux situations successivement. La deuxième mesure d'auto-efficacité aurait permis de faire le point sur l'évolution des scores à l'issue de la phase d'analyse de l'activité.

Une modification plus légère du dispositif initial aurait consisté à faire écrire deux textes, comme l'ont proposé Louise SIMON et Nicole TARDIF dans leur étude, « l'un présentant une situation professionnelle où elles se sont senties plus efficaces et une autre où elles se sont senties moins efficaces » (SIMON L. & TARDIF N., 2006). L'analyse de l'activité se serait alors appliquée aux deux textes successivement.

En tout état de cause, l'ensemble de ces biais et de leurs influences respectives, aurait pu être levé en conduisant une étude randomisée au protocole expérimental rigoureux. La difficulté de conduire une telle étude était ici l'accès à une population dispersée dans des filières aux rythmes de formation qui n'auraient pas permis de constituer un groupe test un tant soit peu synchronisé. Nous soulignons que la

recherche a porté non pas sur une population mais plutôt sur une dizaine de filières présentes la même année à l'ENSP.

5.3.4 Quel sens les directeurs des soins attribuent-ils à l'évolution de leur score ?

Au vu de ces biais, mais aussi du caractère partiel des données collectées : il n'y a pas de comparaisons possibles des sujets du groupe contrôle disposant d'un score d'auto-efficacité intermédiaire ; nous avons souhaité engager quelques investigations complémentaires pour mieux comprendre comment l'évolution des scores individuels est perçue par les intéressés eux-mêmes. Quel sens donnent-ils à l'augmentation ou à la diminution de leur score ? Le rôle de la mémoire autobiographique peut-il être mis en évidence et en relation avec les phénomènes de conceptualisation dans l'action ? Pour répondre à ces questions, nous leur avons proposé de s'interroger par écrit sur l'évolution de leur score d'auto-efficacité. Le contexte devenait pourtant de moins en moins favorable. Les directeurs des soins partaient en stage, pour la première fois de leur formation, immédiatement après le test final d'auto-efficacité. Ce nouveau recueil de données allait se surajouter à leurs activités en formation à leur retour (production de nouveaux dossiers, évaluations) et le recueil sur ces questions d'auto-efficacité au travail pouvait toujours être biaisé par les expériences nouvelles accumulées en stage. De fait, nous n'avons pas pu réunir les réponses de l'ensemble de la promotion mais de quelques individus seulement : dix-neuf personnes ont répondu mais quinze réponses seulement étaient exploitables, dont quatre du groupe test et onze du groupe contrôle. Le tableau suivant montre la répartition des individus ayant répondu.

Tableau 31 **Quinze réponses individuelles reçues lors des investigations complémentaires**

Groupe	Niveau initial d'auto-efficacité	Score Début de période	Score Fin de période	Différence
Contrôle	Élevé	33	31	- 2
Contrôle	Élevé	33	30	- 3
Contrôle	Élevé	32	33	+ 1
Contrôle	Élevé	33	39	+ 6
Contrôle	Faible	27	25	- 2
Contrôle	Faible	27	28	+ 1
Contrôle	Intermédiaire	30	36	+ 6
Contrôle	Intermédiaire	30	37	+ 7
Contrôle	Intermédiaire	30	38	+ 8
Contrôle	Intermédiaire	29	38	+ 9
Contrôle	Intermédiaire	30	30	0
Test	Élevé	36	39	+ 3
Test	Élevé	36	36	0
Test	Faible	25	36	+ 11
Test	Faible	27	36	+ 9

Parmi les réponses se trouvent quelques individus au profil intéressant parce qu'ils représentent les augmentations de score les plus importantes : quatre personnes du groupe contrôle de niveau intermédiaire⁵¹, une personne du groupe contrôle de niveau élevé et deux personnes du groupe test de niveau faible.

⁵¹ Voir en annexe « Facteurs explicatifs de l'évolution du score d'auto-efficacité », le texte de l'une d'entre-elles qui constitue un exemple de leurs réflexions.

Par la suite, nous avons pu contacter pour un entretien sur le thème de la variation des scores d'auto-efficacité les deux personnes de niveau initial intermédiaire du groupe contrôle qui avaient le plus augmenté leur score. D'un score de 29 ou 30 points, elles avaient obtenu un score final de 38 points sans avoir bénéficié du dispositif d'analyse de l'activité. Il s'agissait de mieux comprendre leur dynamique personnelle et d'aborder les facteurs explicatifs d'une telle progression, progression semblable à celle de quelques individus du groupe test.

Les arguments exprimés par les uns et les autres peuvent être synthétisés autour de quelques axes seulement.

5.3.4.1 L'analyse de l'activité favorise le développement de l'auto-efficacité pour des participants du groupe test

Pour les participants du groupe test, c'est bien le dispositif d'analyse de l'activité, repris sous le terme d' « analyse des pratiques », qui est particulièrement désigné comme la cause de l'évolution des scores, « c'est un moyen pédagogique qui explique la progression et l'augmentation de l'auto-efficacité ». Le lien est évident pour eux :

« L'occasion était offerte d'analyser calmement la situation et en comprendre les enjeux [à l'aide de l'écriture du premier texte] L'autoconfrontation croisée a permis de mieux cerner les différents aspects de la situation, de prendre de la distance. J'en suis sorti réassuré sur ma capacité à produire des écrits, à prendre des décisions, de réfléchir aux situations vécues ».

Même si l'autoconfrontation croisée fait apparaître des prises de position nouvelles de la part du partenaire, lesquelles peuvent « déstabiliser secondairement », « le travail personnel d'analyse de l'activité m'a donné l'occasion de fouiller la démarche et d'en identifier les mécanismes, d'en révéler d'autres enjeux. J'ai été très surpris par la richesse des échanges ». L'effet perçu est clairement une « prise de conscience de ses compétences ».

La formation joue un rôle également, ou plus exactement, les participants du groupe test établissent une relation entre les objectifs de la formation et les effets de l'analyse de l'activité. Tout cela converge, disent-ils, vers la construction d'un « positionnement de directeur, de manager, dont le niveau de responsabilité est élevé [...] Tout ceci participe du changement d'identité professionnelle qui est en train de s'opérer, au fur et à mesure des regroupements à l'ENSP ».

5.3.4.2 L'influence du dispositif de formation reconnue par des participants de haut niveau d'auto-efficacité du groupe contrôle

Les membres du groupe contrôle de niveau d'auto-efficacité élevé, quand ils ont encore augmenté leur score, incriminent le dispositif de formation essentiellement. Une fois le temps d'adaptation à la formation qu'ils jugent incompressible⁵², les directeurs des soins de haut niveau d'auto-efficacité commencent à douter, « la formation m'a déconstruit », « il s'agissait très vite de maîtriser ma part de doute », mais ils se relèvent rapidement et la formation est alors vécue sous l'angle positif de la « prise de recul » et de l'amélioration de leur capacité à agir et à décider. Nous y voyons typiquement l'effet d'un bon niveau d'auto-efficacité qui permet de se relever plus facilement d'épreuves et de difficultés. La résilience est toujours facilitée par un sentiment élevé de compétences. La personne qui a augmenté de six points son score (de 33 à 39 points) remarque que la formation favorise un processus de socialisation professionnelle d'identification à des référents professionnels et que ce facteur a été de nature à augmenter son score d'auto-efficacité.

⁵² Ce qui comprend notamment le fait d'être affecté définitivement sur un poste quand ce n'est pas encore le cas à l'entrée en formation.

5.3.4.3 Une orientation spontanée favorable à l'analyse de l'activité pour des participants de niveau d'auto-efficacité intermédiaire

Enfin, les participants du groupe contrôle de niveau intermédiaire, dont la dynamique nous intéresse particulièrement, évoquent plusieurs facteurs.

Le premier est une démarche de positionnement et de développement des compétences qu'ils ont enclenchée en mobilisant les ressources du dispositif de formation.

« Classé parmi les derniers du concours, j'avais tendance en arrivant à me sous-estimer, mais très vite je perçois que je ne viens pas chercher de nouvelles connaissances mais un positionnement : j'ai compris ! La confiance repart, plus les cours avancent, plus je sais que je sais mais je dois apprendre à me positionner. L'ENSP est un lieu où je dois réfléchir sur mon futur métier. J'arrive à prendre position, maintenant ».

En début de formation, on se jauge par rapport aux autres élèves et aux intervenants et on se réassure dans un second temps. Il sera temps alors d'affirmer sa différence, de ne plus vouloir être conforme. L'idée dominante est qu'après avoir beaucoup pratiqué, « on vient théoriser », ce qui renforce les acquis et les convictions sur son style de management. De fait, ce type de directeur des soins ne vient pas apprendre « comment fonctionne un hôpital ou une direction des soins », ils viennent chercher des modes opératoires pragmatiques pour « faire tourner la mécanique ». Ils repèrent les moments où ces ressources sont disponibles, de « manière informelle, toujours » insistent-ils, et se créent les conditions d'une transmission d'expérience entre élèves ou avec les professionnels qui interviennent en formation. Les intervenants offrent une ouverture à d'autres champs professionnels pour sortir de « la vision micro hospitalière et soignante ».

Ils recherchent les « tours de main qui rassurent et indiquent les pistes que l'on peut emprunter si on le souhaite ». Les directeurs des soins analysent l'offre de formation et ses opportunités. Ils la ressentent comme une « formidable occasion » d'acquérir des compétences et ils s'intéressent particulièrement aux apports sur les outils de pilotage et les méthodes pour une prise de poste réussie à l'issue de la formation. Ils

observent au quotidien la pratique professionnelle d'un directeur des soins, saisissent l'opportunité d'échanges sur les problématiques du monde de la santé. Au-delà des signes évidents, ils veulent repérer tous les signes informels qui donnent toute sa marge de manœuvre au directeur des soins. Les comportements de ces directeurs des soins indiquent qu'ils recherchent de cette manière, pour eux et spontanément, les effets de l'analyse de l'activité et du modelage instructif. Ils construisent des parcours d'autoformation qui combinent analyse réflexive, expérience active de maîtrise et expérience vicariante. D'une façon pragmatique et inventive pour leur usage personnel, ils procèdent au rapprochement des méthodes qui produisent les effets de l'analyse de l'activité et du perfectionnement guidé des compétences. Cheminer de manière proactive dans la formation les rassure, ils estiment que leur niveau d'auto-efficacité augmentera en conséquence.

Le « tuteur de positionnement », que chaque élève rencontre trois fois pendant la formation, est utilisé pour réfléchir sur l'expérience passée, déterminer des objectifs et évaluer de concert les apprentissages (NAGELS M. & POURRIERE J-L., 2006; NAGELS M. & POURRIERE J-L., 2007). Très vite, la relation évolue avec le tuteur et le conflit socio-cognitif, « de nature à favoriser une décentration du sujet par rapport à son propre point de vue initial » produit tous ses effets de réaménagement des représentations (BOURGEOIS É., 1999) : « A la première rencontre avec le tuteur, c'est lui qui fixait les objectifs de formation et de stage, au deuxième, il m'a demandé quels étaient mes objectifs pour la suite ». Le tutorat se révèle être un dispositif qui favorise la structuration de l'identité professionnelle pendant le temps de la formation. Les tuteurs sont perçus comme des mentors, des professionnels de référence mais non pas comme des coaches extérieurs. Une bonne part du processus de socialisation professionnelle repose sur les tuteurs. Il opérationnalise une mission d'ingénierie pédagogique, celle de « didactiser l'invisible », de favoriser la réorganisation cognitive des élèves par le développement des modèles opératifs et des schèmes, de réassurer, et de transmettre leur sens de la responsabilité professionnelle.

Les élèves estiment qu'ils sont « dans l'action », surtout en stage, là où ils ont peu d'occasions de réfléchir et d'analyser parce que l'exécution de l'action reste au centre de leurs préoccupations. Les tuteurs se donnent comme mission de les faire réfléchir sur eux en situation et moins sur les situations elles-mêmes. Ils n'hésitent pas, une fois le diagnostic des capacités de l'élève formulé, à argumenter

fermement, à confronter des représentations de soi en situation de direction stratégique et à négocier des objectifs de formation forcément décalés par rapport aux attentes initiales. Dans ces occasions, les élèves de niveau initial intermédiaire d'auto-efficacité acquièrent visiblement les outils cognitifs pour bénéficier complètement des ressources offertes par les tuteurs ; ils développent leurs compétences dans le cadre d'une véritable autoformation cognitive dans laquelle « l'apprenant peut progresser dans la maîtrise d'une panoplie de plus en plus élargie d'approches et de stratégies, pourvu qu'il puisse bénéficier en temps opportun (c'est-à-dire lorsqu'il est dans sa zone proximale de développement) des interactions sociales nécessaires pour cet apprentissage » (BOURGEOIS É., 2003).

Enfin, un troisième facteur intervient pour expliquer la progression de leur score d'auto-efficacité, celui de leur motivation à l'apprentissage.

L'un d'entre eux affirme qu'il est une « véritable éponge. Je ne peux pas repartir sans prendre quelque chose. Je ne vais pas faire la fine bouche, l'ENSP pour moi c'est important, ça représente quelque chose. Après avoir tant travaillé pour y accéder... On y rencontre des chercheurs, des professionnels intéressants, des personnalités qui poussent à la réflexion. Ça n'arrive pas tous les jours sur les terrains ».

Même si leur vie personnelle et professionnelle a été plutôt satisfaisante, ils n'ont pas toujours une confiance en soi maximale en arrivant à l'ENSP. Ils vont l'acquérir rapidement dès les premières semaines : « ici c'est une prise de confiance et une prise de conscience, ça va ensemble. Je ne suis plus un colosse aux pieds d'argile ». Le rôle de la motivation est reconnue par tous : « Ma motivation est certainement l'élément essentiel, j'ai envie d'évoluer professionnellement et personnellement ». Cette motivation s'accompagne de sensations de plaisir et de satisfaction en formation : « Je trouve du plaisir à travailler en formation, les cours sont intéressants et les travaux demandés sont d'excellents moyens d'analyse, de synthèse ».

Leur motivation épistémique et leur capacité à piloter leurs apprentissages au gré des opportunités a pour conséquence une réassurance notable : « Finalement, j'ai déjà fait aussi bien ». Globalement, la prise de conscience de ces savoirs acquis, toujours en développement et dans une dynamique de réajustement permanent, est venue renforcer ce qu'ils appellent une « estime de soi », quelque peu malmenée,

avant d'entrer en formation. Certains parlent alors de prise de recul mais aussi de « sérénité » dû à l'analyse des situations.

5.4 Un dispositif efficace pour développer l'auto-efficacité

En définitive, les directeurs des soins qui disposent d'un niveau d'auto-efficacité intermédiaire en début de formation se comportent bien d'une manière singulière par rapport aux autres directeurs des soins. Ils disposent d'un certain nombre d'acquis initiaux : leur motivation et leur niveau d'auto-efficacité intermédiaire leur procure une capacité de résilience non négligeable en formation. Ils sont déstabilisés dans les tout premiers temps de la formation mais ils vont vite récupérer. Ils manifestent une orientation forte vers l'analyse réflexive et ils saisissent toutes les opportunités de comparer leurs points de vue, de discuter d'opinions nouvelles pour eux et développer leurs compétences.

Les personnes de niveau d'auto-efficacité plus faible n'ont peut être pas ces acquis préalables et le dispositif d'analyse de l'activité est un moyen efficace pour renforcer leur auto-efficacité et pour déclencher de nouveaux apprentissages en formation et sur les terrains. L'analyse de l'activité se présente comme une véritable opportunité pour les sujets aux scores les plus faibles de s'engager en formation et de créer une dynamique de développement de compétences en formation des directeurs des soins. L'analyse de l'activité contribue à augmenter le niveau d'auto-efficacité pour les directeurs des soins de plus faible niveau pour les deux motifs implicitement contenus par l'énoncé : « l'analyse de l'activité a donné du sens à mon action ». En effet, l'analyse de l'activité a permis de reconstituer l'enchaînement des causes et des conséquences, mais le caractère réflexif de ces analyses a induit une généralisation du modèle opératif du sujet en lui permettant d'acquérir un niveau d'abstraction supplémentaire. De plus, l'individu établit des liens entre cette situation de prise de décision et son expérience de management hospitalier. Ce faisant, il s'attribue ces actes et ces effets, cette expérience devient sienne (RICŒUR P., 1996). Les processus de généralisation (le sens est travaillé par la

reconstitution de l'enchaînement des événements significatifs), d'abstraction, et d'auto-attribution sont vraisemblablement les facteurs du développement de l'auto-efficacité en situation d'analyse de l'activité.

Quant aux personnes de niveau d'auto-efficacité élevé, leur marge de progression est certes plus faible mais ils semblent convaincus qu'ils peuvent faire face à toutes les situations ; la formation ne parvient pas les déstabiliser et ainsi ne leur offre pas une opportunité de se remobiliser. Dans le groupe test et le groupe contrôle, leur score d'auto-efficacité stagne.

Un dispositif d'analyse de l'activité paraît finalement très utile pour les personnes de faible niveau d'auto-efficacité initial. Les personnes de niveau intermédiaire connaîtraient sans doute une progression généralisée s'ils en bénéficiaient : ils disposent visiblement des moyens autonomes d'enclencher des démarches réflexives de même type mais ils ne le font pas tous. En revanche, pour les élèves directeurs des soins d'un bon niveau d'auto-efficacité, le dispositif d'analyse de l'activité ne semble pas agir mais il reste toujours possible de les inclure dans le dispositif, comme les personnes de niveau intermédiaire, pour élargir le nombre de pairs nécessaires aux autoconfrontations croisées.

L'influence de l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité a d'ailleurs de nouveau été confirmée par une étude que nous conduisons actuellement au sein d'un Conseil général, toujours dans le champ de la santé publique mais auprès d'une autre population. Il s'agit de professionnels de la protection maternelle et infantile : médecins, sages-femmes et puéricultrices. L'activité analysée n'est plus la décision, chaque population ayant décidé de retenir une compétence critique, donc spécifique à chaque métier, qui n'est pas liée à une activité de décision même si chacune d'entre elles comporte de nombreux aspects décisionnels.

Comme pour notre recherche, le niveau d'auto-efficacité a été mesuré avant et après les phases d'analyse de l'activité. Le dispositif d'analyse de l'activité s'est déployé dans des conditions tout à fait similaires. Notamment, nous avons fait apparaître les structures conceptuelles pour les trois situations retenues et nous avons pu formaliser les modèles cognitifs et opératifs de chaque participant. Ces modèles ont ensuite été discutés, agrégés et finalement synthétisés par les groupes. L'analyse de l'activité s'est ainsi conclue sur l'appropriation d'un « genre » professionnel constitué sur la base de différents « styles » individuels (CLOT Y., FAÏTA D., 2000). Le genre est constitué par « les obligations auxquelles [les employés] parviennent sans chercher à le faire mais sans pourtant éviter de le faire

ceux qui travaillent, pour arriver à travailler ». Le style est plutôt défini comme « l'affranchissement à l'égard de certaines contraintes génériques du genre » (CLOT Y., 2001). Un individu construit son style quand il s'affranchit de la mémoire interpersonnelle (le genre) et de sa propre mémoire personnelle, se tournant toujours vers l'efficacité de son travail.

Nous constatons que le niveau d'auto-efficacité au travail mesuré à l'aide de la même échelle augmente aussi dans des proportions significatives à l'issue de la phase d'analyse de l'activité.

Tableau 32 Étude PMI 2007 - 2008, évolution des scores d'auto-efficacité

	Médecins	Sages-femmes	Puéricultrices	Ensemble
Score moyen d'auto-efficacité avant analyse de l'activité	26,25	24,67	26,42	26,11
Score moyen d'auto-efficacité après analyse de l'activité	28,00	30,00	28,91	28,89

Le score des sages-femmes est remarquable avec une augmentation de 5,33 points. Elles présentaient le score moyen le plus bas de l'ensemble des groupes professionnels, après analyse de l'activité, elles obtiennent le score moyen le plus élevé. Comme pour notre recherche sur les cadres et les dirigeants de santé publique hospitalière, l'analyse de l'activité semble bénéficier d'abord aux personnes qui ont les plus bas scores d'auto-efficacité. Il est à noter ici que les scores moyens initiaux étaient tous plus bas que les scores observés à l'ENSP : 29,13 points, avec un minimum de 27,47 pour les médecins territoriaux⁵³ et un maximum de 30,61 pour les directeurs des soins.

Comme nous l'avons indiqué lors de l'exposé des choix méthodologiques de la recherche à l'ENSP, nous pourrions conclure avec certaines réserves sur l'existence d'une relation de corrélation, et non de causalité, entre les deux variables analyse de l'activité et auto-efficacité. En effet, la cause de l'augmentation du niveau d'auto-efficacité pour les participants de faible niveau du groupe test semble bien

⁵³ Ceux qui précisément peuvent devenir médecins en PMI à la sortie de l'ENSP.

être l'analyse de l'activité, mais les biais qui ont pu exercer une influence variable et non totalement mesurable peuvent aussi représenter des causes possibles.

Par ailleurs, il serait nécessaire de comprendre plus finement la nature de la cause analyse de l'activité. Les directeurs des soins de niveau intermédiaire n'ont pas bénéficié du dispositif d'analyse de l'activité mais ont abondamment montré qu'ils possédaient des ressources d'analyse réflexive et d'autodirection de la formation de leurs compétences en dehors de tout dispositif expérimental. Certes, la vraie cause semble bien être la capacité de conceptualisation dans l'action des individus, encore faudrait il le démontrer plus rigoureusement. Une hypothèse nouvelle apparaît si l'on admet que la variable analyse de l'activité influence la variable auto-efficacité : il serait nécessaire de disposer déjà d'un certain niveau d'auto-efficacité pour poursuivre son développement de manière autonome sans dispositif expérimental ou pédagogique d'analyse de l'activité.

Synthèse intermédiaire 6

Le dispositif expérimental destiné à établir le rôle de l'analyse de l'activité pour le développement de l'auto-efficacité au travail a largement utilisé les autoconfrontations et la co-explicitation des processus de décision en management hospitalier. Plusieurs résultats sont remarquables. Pendant la période, le niveau d'auto-efficacité de l'ensemble de la promotion a légèrement augmenté, mais les directeurs des soins qui ont bénéficié d'une séquence d'analyse de l'activité ont vu leur niveau d'auto-efficacité augmenter trois fois plus que celui du groupe contrôle. Cette progression est significative et concerne tout particulièrement les sujets du groupe test qui exprimaient une auto-efficacité plus faible, + 8,44 points en moyenne.

Les directeurs des soins de faible niveau initial du groupe contrôle n'augmentent que de 0,82 point. Les directeurs des soins les plus auto-efficaces du groupe test et du groupe contrôle ont un score moyen qui reste stable, voire qui diminue très légèrement de 0,17 point.

Les directeurs des soins au score intermédiaire (groupe contrôle) connaissent une progression sensible de 2,50 points.

Après vérification statistique, nous pouvons conclure que l'analyse de l'activité a eu un effet sur le groupe test et, plus précisément, sur les personnes de faible niveau initial d'auto-efficacité. Nos conclusions resteront toutefois limitées par crainte des effets potentiels des biais entrevus dans le dispositif.

Cherchant à expliquer ces résultats, nous estimons que l'analyse de l'activité est efficace parce qu'elle contribue à générer un processus : de généralisation et de reconstruction de sens, d'augmentation du niveau d'abstraction dans la compréhension des comportements et d'attribution des actes et des résultats à soi-même. Il s'agit vraisemblablement des facteurs du développement de l'auto-efficacité en situation d'analyse de l'activité. Parce que ces facteurs agissent aussi au sein du sous-groupe contrôle de niveau intermédiaire, nous pouvons comprendre l'augmentation, plus modérée, de leurs scores d'auto-efficacité. Ces participants enclenchent spontanément une telle démarche autoformatrice et ils parviennent à des résultats en dehors d'un dispositif expérimental ou institué d'analyse de l'activité.

6 Conclusion : le développement de l'agentivité par la genèse conceptuelle

Nos premières observations étaient très marquées par notre activité d'ingénierie de formation et d'ingénierie pédagogique. Nous constatons que des élèves en formation supérieure professionnelle mettaient en œuvre des stratégies très différentes pour acquérir des compétences professionnelles. Leur engagement en formation était vraisemblablement déterminé par leur rapport au savoir et à leur activité professionnelle. Leur expérience était aussi un facteur qui influençait dans une large mesure leurs parcours de formation. Nous avons été frappé de voir l'appétit de certains d'entre eux qui allaient au-delà des prescriptions du dispositif de formation et de l'utilisation standard des ressources offertes. Pour certains, acquérir les compétences inscrites au plan de formation n'était pas le seul but qui comptait. Ils s'orientaient spontanément vers des objets d'apprentissage difficiles, les compétences critiques, quitte à travailler plus que leurs collègues, à dépenser plus d'énergie et à consommer plus de ressources cognitives. Quelle dynamique pouvait rendre compte de cet engagement particulier en formation ? Le niveau d'auto-efficacité devait jouer un rôle pour guider leurs choix, piloter leurs apprentissages et persévérer face aux difficultés. Sans doute, tous ne développaient pas le même niveau d'auto-efficacité.

Observer plusieurs populations de cadres et dirigeants de la santé publique faisait apparaître des comportements différents, voire opposés, en situation de management et d'organisation de sa propre activité professionnelle. Les directeurs des soins, notamment, renvoyaient une image de forte auto-efficacité. Ils présentaient aussi une caractéristique particulière, celle de valoriser l'analyse réflexive dans leur mode de management. Notre première intuition se doublait d'une autre : la pensée réflexive, l'analyse de ses pratiques semblait s'accompagner régulièrement d'un bon niveau d'auto-efficacité et d'une dynamique de prise de rôles professionnels réussie.

En milieu professionnel, l'auto-efficacité agit sur la prise en charge des rôles professionnels, ceux qui sont formellement prescrits par la hiérarchie et les collègues et fixés en dehors de l'action des novices, mais aussi sur la prise en charge de rôles informels, plus innovants, en relation étroite avec les compétences critiques, qui vont au-delà de la simple adaptation aux exigences du poste occupé. L'auto-efficacité au travail permet de mieux gérer la réalité sociale des situations de travail. Les professionnels de faible efficacité perçue se contenteraient de remplir leur fonction et leur tâche sans implication personnelle forte.

La théorie sociocognitive présente le niveau d'auto-efficacité comme le meilleur prédicteur des comportements et des performances dans bien des domaines de l'activité humaine, travail et formation compris. Si nous appliquons ce postulat à l'acquisition des compétences critiques, nous en déduisons que le développement des compétences critiques doit s'accompagner nécessairement d'un bon niveau d'auto-efficacité. Est-ce le cas pour toutes les populations en formation, pour tous les individus ? Quelles différences pouvons-nous mesurer ? Ces différences de niveau sont-elles corrélées ou causées à l'appartenance à une filière plutôt qu'une autre ? Mais surtout, vu les effets positifs d'un bon niveau sur les stratégies d'apprentissage, pouvons-nous encore renforcer le niveau d'auto-efficacité des élèves de l'EHESP ? Quels sont les modes de construction de l'auto-efficacité et quelle relation l'auto-efficacité entretient-elle avec l'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle et de la conceptualisation dans l'action ?

Nous ne pouvons pas traiter ces questions sans un travail théorique préalable qui a consisté à identifier les apports mais aussi les limites de ces deux ensembles théoriques. Ce travail était nécessaire puisqu'ils se fondent l'un et l'autre sur le même intérêt porté au développement dynamique des individus, là où l'analyse de l'activité, quant à elle, peut se limiter à l'analyse et à la compréhension fine de la performance. Ces théories prétendant expliquer le développement humain à travers le couplage des comportements avec le milieu, couplage médiatisé par les cognitions des individus. A ce titre, nous avons relevé que des dimensions majeures restaient encore peu développées, nous avons alors interrogé les notions de classe de situations et de compétence critique.

La théorie sociocognitive, parce qu'elle propose une vision unifiée de soi est une théorie de portée générale. Théorie de l'agentivité humaine, elle rend compte de la puissance d'agir des individus et des groupes sociaux. L'individu est un agent lorsqu'il s'exprime par des comportements et aussi lorsqu'il réfléchit sur soi et influence son

système neurobiologique. La causalité triadique réciproque du sujet, des comportements et de l'environnement constitue le soubassement conceptuel de la théorie sociocognitive. Elle permet donc d'interpréter l'ensemble des manifestations liées à l'acquisition des compétences professionnelles et de leur développement. Le soi, les cognitions mais aussi les émotions et les phénomènes biologiques, affectent ce qu'Albert BANDURA nomme « les structures de connaissances des compétences » indispensables au guidage de l'action. L'environnement agit sur les conditions sociales d'expression et de validation des compétences individuelles et collectives. Quant aux comportements, complexes, liés à la manifestation des compétences professionnelles dans les situations de travail, ils déterminent, par leur régularité, leur fréquence et leur pertinence par rapport aux besoins, la qualité des actes professionnels. Albert BANDURA note que « le sentiment d'efficacité que les nouveaux manifestent et développent au cours de leur formation professionnelle en début de carrière contribue au succès de ce processus de socialisation ». Il indique également que les compétences critiques, managériales, avec lesquelles le novice gère la réalité sociale des situations de travail sont pour partie dépendantes de l'efficacité personnelle perçue.

De plus, réfléchir en termes d'activité et de capacité à agir oblige à sortir des cadres de pensée monodisciplinaire. Nous y trouvons une transversalité stimulante entre plusieurs champs de recherches mais aussi entre plusieurs champs de pratiques. Entrer par l'activité, c'est se situer dans une clairvoyance compréhensive de la capacité à agir. C'est évidemment tout à fait compatible avec la perspective agentique de l'individu régulant ses comportements dans son milieu professionnel et social (BANDURA A., 2003).

Comprendre l'activité, c'est aussi se donner les moyens d'accompagner le développement cognitif, la genèse conceptuelle du « sujet capable ». Certes, l'activité présente la caractéristique d'être toujours « située » mais son développement même suppose la confrontation à plusieurs situations qui valent pour la diversité mais aussi la régularité de leurs caractéristiques. L'action en situation, les « pratiques », sont inséparables de la cognition, l'activité y rencontre l'auto-efficacité et le développement professionnel, à travers la structuration du champ conceptuel (VERGNAUD G., 1990), apparaît comme le moyen de l'agentivité.

Ceci dit, il apparaît rapidement que la conceptualisation dans l'action n'est pas une théorie de l'agentivité humaine. La prise en compte des facteurs affectifs et conatifs dans l'organisation de l'activité n'est pas ignorée : par exemple, nous avons montré

que le positionnement personnel est un des concepts organisateurs de la structure conceptuelle de la situation de la décision des directeurs des soins. Ce concept organisateur « engagement dans l'action » repose à l'évidence sur les dimensions expérientielles, motivationnelles et affectives mobilisées par les directeurs des soins. Nous admettrons pourtant bien volontiers que les facteurs conatifs et émotionnels cèdent le pas, la plupart du temps, devant les déterminants plus spécifiquement cognitifs. Cette prédominance accordée à l'organisation cognitive de l'activité ne peut pas expliquer totalement comment un individu manifesterait une liberté de choix dans l'activité qui le conduirait à agir, ou à ne pas agir, même et surtout s'il dispose d'un schème, d'un modèle opératif qui lui permettrait d'obtenir la performance visée. L'analyse de l'activité nous fait accéder à l'organisation cognitive de l'activité mais ne donne pas obligatoirement toutes les clés de compréhension d'un sujet agentique qui négocie ses comportements, ses relations affectives et ses actions avec son environnement physique ou social.

A l'inverse, la théorie socio cognitive n'est pas une théorie explicite de l'activité. Elle considère la puissance d'agir des individus et des groupes sociaux dans une perspective développementale. L'individu, ou le groupe, joue un grand rôle dans la prise en charge de son développement, intégrant, par la réflexivité, les facteurs personnels, comportementaux ou environnementaux. Ainsi, la fonction des opérations transformationnelles et productrices est énoncée : orientation et régulation des comportements efficaces, mais leur nature n'est pas détaillée outre mesure. Nous avons vu que la nature de ces opérations devenait explicite si nous considérons des concepts tels que celui de base d'orientation couplée à l'autorégulation de l'activité et à celui de schème. Par exemple, les invariants opératoires, éléments constitutifs du schème, sont plus consistants que la notion de « compétence autorégulatrice qui comprend des compétences génériques » proposée par Albert BANDURA pour expliquer le déclenchement de l'action. Le risque serait pourtant d'en rester à cette notion d'invariants opératoires si présents dans la théorie des champs conceptuels et du schème. Cette théorie représente une évolution de l'approche piagétienne d'inspiration biologique. Gérard VERGNAUD et Michel RÉCOPE, même si leurs apports vont au-delà des concepts piagétiens, se situent dans cette continuité. Une vision plus dynamique des compétences au service du développement professionnel et individuel peut s'inspirer des travaux de la didactique professionnelle, de son évolution conceptuelle et méthodologique proposée par Pierre PASTRÉ, Patrick MAYEN et bien d'autres.

Ainsi, la notion de développement est au cœur de ces théories. Gérard VERGNAUD établit une vision d'abord cognitive du développement. L'accent est mis sur l'organisation de l'activité, cause et conséquence du développement humain. Albert BANDURA situe le développement, c'est-à-dire le renforcement de la capacité d'agentivité, au sein de la causalité triadique réciproque et ses trois facteurs : personne, environnement, comportement. La vue, plus large, intègre résolument ces trois déterminants et indique que l'auto-efficacité est le résultat de l'appropriation et de la transformation cognitive de ces trois facteurs. Pour autant, Albert BANDURA ne traite que très rapidement des causes du développement de l'organisation cognitive de l'activité.

Bien entendu, Gérard VERGNAUD ne méconnaît pas le rôle de l'environnement quand il s'agit d'examiner le lien entre l'organisation invariante de la conduite et le schème. La notion de classe de situations est éclairante à cet égard. Sur un autre plan, la structure conceptuelle de la situation (PASTRÉ P., 2005e) intègre une part de normes et d'attentes sociales pour agir efficacement ; certains jugements pragmatiques que les acteurs portent sur leur activité et les conditions de sa réalisation lors de phases de debriefing, peuvent vraisemblablement être compris selon les normes sociales appropriées par les acteurs.

L'accent mis sur la pensée réflexive apparaît comme un élément commun entre ces apports théoriques. L'analyse de l'activité emprunte des voies différentes mais somme toute assez comparables dans les méthodes et les résultats. Quant à l'auto-efficacité et au schème, s'ils peuvent être localisés tous les deux dans le facteur « Personne » d'Albert BANDURA, ils ne sont pas confondus mais ils apparaissent en étroite relation. Au point que l'hypothèse de la recherche portait sur le développement de l'auto-efficacité par l'analyse de l'activité.

La convergence est possible, au moins sur quelques dimensions. De plus, la notion de compétence critique, qui requiert tout à la fois une forte auto-efficacité pour tenir dans des contextes difficiles et des modèles opératifs suffisamment développés pour réussir là où les autres n'y parviennent pas, représentait pour nous la passerelle entre ces deux univers conceptuels. Le lien entre la conceptualisation dans l'action et la théorie sociocognitive repose ainsi sur une double dimension : l'existence de compétences critiques qui sont autant d'objets d'études partagés et sur la réflexivité -revenir sur soi - caractéristique métacognitive indispensable à la transformation de la pensée en action, au développement des compétences critiques et à l'analyse de l'activité.

La mise en œuvre de cette perspective a été productive. Sur le champ des compétences critiques, espace potentiel de rencontre entre deux grands ensembles théoriques qui ne conversaient pas vraiment jusqu'à présent, nous avons montré qu'il était possible de penser conjointement le rôle des buts et des sous-buts pour déclencher l'action. Les buts, distaux ou proximaux, occupent une fonction plus déterminante que la motivation selon Albert BANDURA, puisqu'ils introduisent chacun un mode de régulation spécifique de l'activité. Par ailleurs, Gérard VERGNAUD énonce que la partie intentionnelle du schème qu'est le but est essentielle dans l'organisation de l'activité. L'accord est patent, le traitement des buts et des sous-buts par l'individu explique comment la pensée se transforme en action.

Mais nous savons aussi comment l'individu autorégule ses comportements. Les fonctions attribuées aux « compétences autorégulatrices » par Albert BANDURA, c'est-à-dire à la composante d'autorégulation intégrée à l'auto-efficacité, sont strictement équivalentes à celle du schème définies par Gérard VERGNAUD : diagnostiquer, exécuter, évaluer l'action en cours pour ajuster les comportements.

Enfin, et ce n'est pas le moindre, nous savons aussi comment rendre l'organisation de l'activité des individus plus efficace et comment développer les compétences critiques : le modelage instructif et le perfectionnement guidé des compétences du côté de la théorie sociocognitive présentent bien des caractéristiques communes, méthodologiquement parlant, avec les autoconfrontations, le debriefing et les activités de simulation, situées au cœur de la didactique professionnelle. Ici, les méthodes sont très précises et viennent opérationnaliser les constructions théoriques. On apprend de soi, des autres et de son activité. La structure de ces méthodes est la même : les problèmes professionnels extraits de situations significatives sont transformés et intégrés dans des progressions didactiques qui mettent en scène des réponses et des compétences de plus en plus complexes. Cette progression didactique privilégie l'usage de la pensée réflexive et de l'autorégulation des comportements.

La rencontre de ces deux théories produit d'abord une hypothèse nouvelle sur l'influence de l'analyse de l'activité sur le développement de l'auto-efficacité. La manière de comprendre et d'organiser le développement de compétences en formation supérieure professionnelle peut être renouvelée d'autant. La didactique professionnelle se structure depuis une quinzaine d'années. Les travaux d'Albert BANDURA sur l'auto-efficacité n'ont été publiés qu'en 2003 en français, ils ont rencontré un intérêt immédiat mais les premières opérationnalisations démarrent à

peine. Quant au lien entre l'analyse de l'activité et l'auto-efficacité au travail, posé avec cette recherche, il montre toute sa capacité à préciser une approche développementale de la compétence, finalement peu connue.

Un niveau élevé d'auto-efficacité peut s'accompagner ou non de la présence de modèles cognitifs et opératifs structurés et pertinents. Pour autant, un niveau élevé d'auto-efficacité et un modèle opératif adapté à la classe de situations, ou une représentation précise de la structure conceptuelle de la situation, ne sont pas des conditions suffisantes au déclenchement de l'action. Un sujet, entendons un sujet « capable » qui agit dans le réel et qui sait développer ses propres ressources, peut toujours s'abstenir d'agir même s'il dispose de toutes les ressources qui lui permettent d'obtenir la performance souhaitée. Il est en capacité de maîtriser les événements qui vont l'affecter, lui et son environnement. Cette capacité à agir repose sur la mobilisation de ressources pour l'action : « instruments subjectifs », compétences ou capacités fonctionnelles. La capacité à agir se double d'un sentiment de puissance, ou d'impuissance, à agir. Le sujet conçoit qu'il lui est effectivement possible d'agir, c'est-à-dire de diriger son action en fonction des conditions externes (les ressources disponibles, les opportunités du milieu, etc.) et des conditions internes, l'état fonctionnel du sujet par exemple. Il va de soi qu'un sujet peut disposer de la capacité mais pas de la puissance à agir puisque cela dépend de son environnement et des relations qu'il va entretenir à autrui.

Le modèle d'analyse proposait ainsi, assez simplement, d'établir une relation entre l'analyse de l'activité et l'auto-efficacité, la cohérence du dispositif empirique se déduisant facilement de la solidité des constructions théoriques mobilisées. Pour les besoins de l'analyse, il est nécessaire de distinguer, pour un même sujet, les modèles cognitif et opératif d'une part, l'auto-efficacité d'autre part. Sur ces deux dimensions, capacité et pouvoir, le « sujet capable », auto-efficace, représente une occasion de développement pour lui-même, potentialité qui s'appuie sur les modèles opératifs. Être capable revient à articuler fortement les facteurs d'invariance et d'adaptation des conduites dans l'activité.

Le champ d'observation de la recherche couvre une population de cadres et dirigeants de la santé publique. Il est majoritairement constitué des élèves présents en formation statutaire en 2006 et 2007. Nous nous sommes entretenus de manière semi-directive, avec des médecins inspecteurs de santé publique et des directeurs des soins, directeurs des soins en formation mais aussi des professionnels confirmés.

L'analyse de contenu thématique qui a suivi a permis d'identifier formellement des compétences critiques. Celles que nous avons repérées signent effectivement l'appartenance à un métier, quand nous les considérons toutes ensemble et non une à une. Avant tout, ce sont des compétences managériales, relationnelles, organisationnelles. Les directeurs des soins présentent la particularité d'y ajouter des compétences d'autoréflexivité et d'analyse de leurs comportements. L'hypothèse, selon laquelle l'acquisition des compétences critiques semblait dépendre du niveau d'auto-efficacité au travail, prenait corps. A cet égard, les médecins inspecteurs de santé publique se déclaraient plutôt faiblement auto-efficaces, à l'opposé des directeurs des soins.

Une mesure de l'auto-efficacité auprès de 697 élèves de l'ENSP a été entreprise, établissant ainsi une série de données inédites. Nous avons obtenu la confirmation statistique de ces observations : les directeurs des soins obtenant les scores les plus élevés sur l'échelle d'auto-efficacité et les médecins inspecteurs de santé publique un score parmi les plus faibles des populations ENSP.

Il restait à comprendre le rôle potentiel joué par l'analyse de l'activité dans le développement de l'auto-efficacité et s'assurer que l'auto-efficacité pouvait encore être augmentée dans le cadre d'un dispositif adapté. Un groupe test a été constitué au sein d'une promotion d'élèves directeurs des soins en 2007, il rassemblait des élèves d'un niveau d'auto-efficacité élevé et des élèves de niveau initial faible. Ils ont bénéficié d'un dispositif d'analyse de l'activité qui s'est appuyé sur une prise de décision managériale dans le cadre des établissements de santé. Il s'agissait d'un dispositif d'autoconfrontation et d'auto-explicitation de l'activité. Le reste de la promotion constituait le groupe contrôle.

Plusieurs résultats sont apparus et ont été validés statistiquement. Les sous-groupes de niveau élevé n'ont pas augmenté leurs scores, voire ont baissé dans une très faible mesure. Proches du maximum de l'échelle, pouvaient-ils encore augmenter leurs score ? Le sous-groupe test de niveau initial faible a connu une augmentation significative de 8,44 points sur une échelle de 30 points, alors que le sous-groupe contrôle augmentait son score de moins d'un point sur la même période. Nous pouvions en déduire que l'analyse de l'activité influence effectivement le développement de l'auto-efficacité, dès lors que le score initial est faible.

En revanche, le sous-groupe contrôle de niveau intermédiaire a amélioré son score de 2,50 points, en dehors de tout dispositif expérimental d'analyse de l'activité. L'analyse montre que les participants inclus dans ce groupe montraient une attitude proactive d'engagement en formation marquée par la recherche spontanée des effets attendus par l'analyse de l'activité. A la différence du sous-groupe test de niveau faible, ces participants disposaient déjà des ressources cognitives liées à un niveau intermédiaire d'auto-efficacité. Ces deux facteurs, engagement en formation et niveau intermédiaire d'auto-efficacité, paraissent liés pour expliquer l'évolution de leur score.

A l'issue de cette recherche, et dans le cadre des limites qui sont les siennes, nous pouvons affirmer que l'analyse de l'activité est un moyen efficace pour développer l'auto-efficacité au travail, lorsqu'elle est de faible niveau initial. Dès que le score d'auto-efficacité atteint un niveau proche du score moyen de référence (30 points), il faudrait vérifier si l'analyse de l'activité contribue dans la même proportion à l'augmentation de l'auto-efficacité. A un niveau intermédiaire, nous avons pu constater que les ressources cognitives motivationnelles et autorégulatrices antérieurement constituées contribuent à l'augmentation du score initial. Nous estimons que le dispositif de formation doit alors présenter une relative ouverture pour que des opportunités d'apprentissage autonome et d'auto-analyse de l'activité se manifestent.

L'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle provoque des effets de genèse conceptuelle et de conceptualisation dans l'action, dont il faudrait sans doute vérifier que cet effet s'applique à tous, quelque soit leur niveau d'auto-efficacité.

Nous retiendrons que si des individus bénéficient d'un dispositif d'analyse de l'activité et voient leurs compétences se développer, et que leur niveau d'auto-efficacité augmente simultanément, ils réunissent tout à la fois la compétence effective et le sentiment de compétence, ressource pour dynamiser leur parcours professionnel.

A l'issue de ce travail, quelles sont les pistes de recherche restant ouvertes ? Au plan de la méthodologie de recherche, le dispositif empirique a permis de valider l'hypothèse de la relation de dépendance entre l'analyse de l'activité et l'auto-efficacité pour une partie de la population test, mais il est possible que la présence

de biais ait pu fausser les résultats et leur interprétation. Pour confirmer la validité de ce travail, il serait nécessaire d'engager une étude randomisée, un traitement attribué de façon aléatoire. Le but de la randomisation est de créer deux groupes de sujets suffisamment comparables pour que les différences observées entre ces groupes de participants soient attribuables uniquement à l'analyse de l'activité. Les conditions de réalisation de l'étude seraient sans doute difficiles à réunir, les élèves de l'ENSP ne constituent pas véritablement un public captif et leur accès a parfois été délicat. L'étude nécessiterait un sérieux travail de préparation et de coordination en amont mais elle reste possible, en tout état de cause.

De nouvelles hypothèses pourraient être testées. Dans le champ du management hospitalier, nous observons que l'essentiel du travail consiste à traiter des tâches discrétionnaires. En effet, la prescription est de plus en plus large, générale et vague. Les buts fixés aux managers, aux directeurs des soins, sont remarquablement flous (par exemple : « garantir la qualité de la prise en charge des patients ») et les critères de réussite ne sont pas toujours formulés précisément. Les directeurs des soins ont donc très régulièrement le choix entre plusieurs stratégies d'action. Ils construisent leurs réponses et leurs actions sans pouvoir appliquer de quelconques démarches stéréotypées et standardisées. Les activités de service dans ce type de contexte requièrent peut-être plus de capacités d'adaptation que de reproduction. Par ailleurs, l'objet de la relation de service, ce sur quoi porte l'activité, n'est jamais perçu de manière identique et uniforme par l'ensemble des protagonistes, ce qui en fait un facteur de complexité supplémentaire pour l'organisation de son activité. Si, dans une première recherche, nous avons incriminé le rôle de l'analyse de l'activité dans la construction de l'auto-efficacité, ici, la relation s'inverse. L'auto-analyse de l'activité dans le cadre d'une relation de service devient une activité critique pour ces dirigeants. Le niveau d'auto-efficacité est-il un facteur qui influence le processus d'analyse de l'activité, et dans quelle mesure ? Cette piste de recherche pourrait contribuer à statuer sur la réciprocity de la relation entre auto-efficacité et analyse de l'activité. Une connaissance plus approfondie de ces deux variables et de leurs relations est utile dès lors que les formations supérieures professionnelles orientent leur ingénierie pédagogique vers le développement de compétences.

Il convient d'être circonspect sur les applications directes et immédiates de cette recherche aux formations organisées par l'EHESP et au-delà par l'enseignement supérieur professionnel. Nous pensons bien entendu aux formations sanitaires et

sociales qui sont soumis à des réformes rapides et fréquentes et dont les concepteurs s'orientent de plus en plus vers des objectifs de formation des compétences. Notre problématique est sans doute plus largement ouverte encore, que l'on pense à la formation des enseignants et plus généralement aux métiers qui mettent en jeu une relation de service. Ils représentent un vaste champ d'investigation, encore à l'heure actuelle. Bien entendu, l'évolution de ces formations prend en compte d'autres logiques, bien au-delà de la recherche elle-même. C'est un élément parmi d'autres et celui-ci est toujours soumis au jugement des professionnels, des concepteurs des formations. A leurs yeux, la recherche doit trouver une utilité pragmatique et rapidement transférable. Néanmoins, ce que nous avons montré ici peut impacter sensiblement les modes de conception et d'action en formation, si l'ingénierie pédagogique décide de s'en saisir.

Dans cette perspective, deux projets légers de recherche devraient démarrer rapidement, toujours avec la filière des directeurs des soins. Le premier va tenter de comprendre la sensibilité de la variable auto-efficacité (en formation) aux événements perçus par les élèves lors de leur parcours à l'ENSP et en stage. Se pose ainsi la question du couplage de l'auto-efficacité et de la résilience en formation. Le deuxième vise à éclairer le processus de tutorat, de reconnaissance des acquis et de positionnement en formation, dont nous supposons qu'il participe directement à la construction de l'auto-efficacité en formation. Les entretiens entre un tuteur et un élève seront filmés et les interactions langagières seront analysées.

Un autre projet de recherche, longitudinal cette fois, pourrait démarrer avec la filière des ingénieurs de génie sanitaire, pendant le temps de leur formation et après leur prise de poste. Nous estimons qu'une plus grande connaissance de la relation entre auto-efficacité et analyse de l'activité ne suffit pas à expliquer totalement la formation des compétences. La structuration de l'organisation de l'activité performante et compétente peut elle être observée au fil du temps ? Nous souhaitons décrire pas à pas et analyser précisément la construction en acte de la compétence. Cette fois, l'analyse de l'activité et l'auto-efficacité sont en position de variables indépendantes et les modèles cognitif et opératif deviennent une variable dépendante. Nous porterions une attention particulière à la place du collectif dans ces processus, puisqu'il se trouve toujours quelqu'un, ou un groupe, pour faciliter les apprentissages en attendant que l'individu puisse faire seul. L'idée est d'examiner les relations d'étayage, de coopération dans le développement des compétences et le rôle de l'auto-efficacité collective des apprenants, des enseignants, des corps

professionnels. La confrontation à l'environnement social est source d'adaptations mais le milieu fournit aussi de très nombreuses ressources matérielles, symboliques, sociales, pour s'adapter et développer des compétences. Puisque la compétence est le produit d'un jugement social porté sur la performance, il est intéressant de prendre aussi en compte la dimension psychosociale dans la formation des compétences, à côté de l'auto-efficacité individuelle et collective.

En conclusion, cette recherche a provoqué plusieurs types d'effets. Nous avons trouvé de nouvelles convergences productives entre les théories et nous avons proposé quelques pistes de discussion des notions de classe de situation et de compétence critique. Nous avons rassemblé des données sur un aspect encore peu connu de la professionnalisation des cadres et dirigeants de la santé publique, l'auto-efficacité constituant à l'évidence un facteur déterminant de leur socialisation professionnelle. Au-delà de ces aspects, et sur un plan plus personnel de l'apprentissage de la recherche par la recherche, nous nous sommes préparé au dialogue entre la communauté des chercheurs et les milieux professionnels de la formation des adultes. Les milieux professionnels de la formation peuvent à tout moment être sollicités par les chercheurs, voire devenir demandeurs de recherches. Même si ces deux mondes s'observent et se vivent peut-être en situation d'interdépendance, la compréhension et la collaboration ne vont jamais de soi. Enfin, l'évolution de notre positionnement de praticien de la formation vers un autre, celui d'apprenti chercheur, s'est accompagnée d'une mise à distance basée sur une évidence : les dysfonctionnements observés ne réclament pas toujours la mise en œuvre immédiate d'un traitement correctif. Le questionnement peut toujours s'enrichir, être étayé par des références multiples, voire pluridisciplinaires. La construction du problème est pour beaucoup dans la résolution éventuelle du même problème.

La santé publique est un champ de pratiques où se croisent des professionnels et des chercheurs de toutes disciplines. C'est avec un plaisir non dissimulé que nous y contribuerons à l'avenir. Les projets d'intelligibilité des pratiques ne manquent pas.

Bibliographie

AGOSTINELLI S., AMIGUES R. (2002). Hypermédias et apprentissages en physique. *Bulletin de l'EPI*, 69.

AJZEN I. (1985). From intentions to actions : a theory of planned behavior. In KUHL J., BECKMAN J., *Action-control : from cognition to behavior*. Heidelberg : Springer.

AJZEN I., FISHBEIN M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.

ALAIN M., PELLETIER L., BOIVIN M. (2000). Les plans de recherche expérimentaux. In VALLERAND R., HESS U. (Dir.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur Itée.

ALBERO B. (2000). *L'autoformation en contexte institutionnel. Du paradigme de l'instruction au paradigme de l'autonomie*. Paris : L'Harmattan.

AMISP. (2002). *Séminaire de l'AMISp « Comment acquérir et maintenir la compétence en santé publique »*. Rennes : Association des médecins inspecteurs de santé publique.

ANSCOMBE E. (2002). *L'intention*. Paris : Gallimard.

ANTOLIN-GLENN P. (2005). *Le développement des compétences à la coopération dans la formation à la prise de décision distribuée hiérarchisée. Le cas de la formation continue à la gestion opérationnelle des officiers supérieurs sapeurs pompiers*. Thèse pour le Doctorat, Université Paris VIII, UFR de psychologie, pratiques cliniques et sociales, Paris.

ASTIER P. (2003). *Rapport sur l'inadéquation perçue par les MISP entre leur formation et leurs compétences à mobiliser*. Rennes : École nationale de la santé publique.

ASTIER P., CONJARD P., DEVIN B., OLRYP P. (2006). *Acquérir et transmettre des compétences. Une étude conduite auprès de 10 entreprises*. Lyon : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

AUBRET J. (2001). La validation des acquis de l'expérience. *Le journal des psychologues*, 192.

BAILLÉ J., RABY F. (2003). Compétence(s) et réalités cognitives. In Actes du colloque international de l'ISERES, *Travail, qualifications, compétences*. Rennes : ISERES.

BANDURA A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84.

BANDURA A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles Mardaga.

BANDURA A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Humanities.

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

BANDURA A. (2004). « J'y arriverai » : le sentiment d'efficacité personnelle. Rencontre avec Albert Bandura. *Sciences Humaines 148* (Contes et récits : pourquoi aimons-nous les histoires ?).

BANDURA A. (2005). Growing centrality of self-regulation in health promotion and disease prevention. *The european health psychologist*, septembre 2005 (1).

BARABANTCHIKOV V. (2007). La question de l'activité dans la psychologie russe. In NOSULENKO V., RABARDEL P., *Rubinstein aujourd'hui. Nouvelles figures de l'activité humaine*. Toulouse : Octarès.

BARBIER J-M., DURAND M. (2003). L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales ? *Recherche et formation*, 42.

BASSET B. (1998). *Le recrutement des médecins de santé publique*. Rennes : ENSP.

BÉGUIN P. (2004). Monde, version des mondes et mondes communs. *Bulletin de Psychologie*, 57 (1).

BELLIER S. (1998). De la motivation des cadres au savoir-être. *Éducation permanente*, 136 (3).

BELLIER S. (1999). La compétence. In CARRÉ P., CASPAR P. (Dir.). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

BENEVISE J-F., LOPEZ A. (2006). *L'utilisation des compétences médicales permettant à l'État d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. Les médecins inspecteurs de la santé publique*. Paris : Inspection générale des affaires sociales.

BERTHOZ A. (2003). *La décision*. Paris : Odile Jacob.

BIGEON C., BLANCHARD S., MARRO C., VOUILLOT F. (2002). Sentiments d'efficacité personnelle : obstacles ou leviers pour l'orientation des filles et des garçons ? In *Actes sur CDROM du 50ème Congrès de l'AIOSP " L'orientation, contraintes et liberté "*. Paris.

BILODEAU R. (2001). La satisfaction d'être dupe. *PHILOSOPHIQUES*, 28 (2).

BOIVIN M., ALAIN M., PELLETIER L. (2000). Les plans de recherche quasi expérimentaux. In VALLERAND R., HESS U. (Dir.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur Itée.

BONNET R., BONNET J. (2005). Les cadres et les dirigeants confrontés à la complexité de leur métier. Quelle formation pour quel parcours de professionnalisation ? In CLÉNET J., POISSON D., *Complexité de la formation et formation à la complexité*. Paris : L'Harmattan.

BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLIER J. (2003). Étudier le travail des cadres. Un bilan de 10 ans d'expérience de recherche. *Les cahiers du GDR Cadres - CNRS*, 6.

BOURGEOIS É. (1999). Interactions sociales et performances cognitives. In CARRÉ P., CASPAR P. (Dir.). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

BOURGEOIS É. (2003). Les styles d'apprentissage en formation : enjeux théoriques, épistémologiques et pratiques. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes*, 2.

BOURGEOIS É. (2006). La motivation à apprendre. In BOURGEOIS É., CHAPELLE G., *Apprendre et faire apprendre*. Paris : PUF.

BOURGEOIS É., GALAND B. (2006). La question de la motivation à apprendre. In GALAND B., BOURGEOIS É., *(Se) motiver à apprendre*. Paris : PUF.

BOURRET P. (2004). La professionnalisation des cadres de santé. In HÉBRARD P., *Formation et professionnalisation des travailleurs sociaux et cadres de santé*. Paris : L'Harmattan.

BRANGIER E., TARQUINIO C. (1998). La compétence : modèles et usages : l'émergence de nouvelles normes sociales. *Connexions*, 70.

BRÉCHAT P-H., SALINES E., SEGOUIN C (Coord.). (2006). *Médecins de santé publique*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique.

BRESSAND M. (2006). *Infirmière. La passion de l'hôpital* Paris : Robert Laffont.

BRUN J., CONNE F. (1998). Équilibres des systèmes didactiques et contrôles internes et externes des sous-systèmes cognitifs le constituant. In CNEIFEI, *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail. Qu'est ce que la pensée ?* Suresnes.

BURLOUD A. (1938). *Principes d'une psychologie des tendances*. Paris : Alcan.

CANGUILHEM G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

CAROLY S. (2002). Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail. *Pistes*, 4 (1).

CARRÉ P. (1998). Motivation, engagement, "conation" : les aspects dynamiques du rapport à la formation. *Éducation permanente*, 136 (3).

CARRÉ P. (2003a). La double dimension de l'apprentissage autodirigé contribution à une théorie du sujet social apprenant. *La Revue canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes*, 17 (1).

CARRÉ P. (2003b). Peut-on optimiser les apprentissages professionnels informels ? . In Séminaire des responsables de formation - IRA Bastia, *L'expérience est-elle formatrice ?* Rennes : Réseau des écoles de service public.

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

CARRÉ P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.

CARRÉ P. (2007). Portée et limites de l'autoformation dans une culture de l'apprenance. *Éducation permanente*.

CARRÉ P., MOISAN A. (Dir.). (2002). *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques*. Paris : L'Harmattan.

CARRÉ P., MOISAN A., POISSON D. (1997). *L'autoformation, psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : PUF.

CARRÉ P. (Dir.). (2001). *De la motivation à la formation*. Paris : L'Harmattan.

CHAMPY-REMOUSSENARD P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes* (8).

CHARLES G. (1979). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui* Paris : Le Centurion.

CLÉMENT J-M. (2001). *1900 - 2000 : la mutation de l'hôpital*. Bordeaux : Les Études hospitalières Éditions.

CLOT Y. (2000). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

CLOT Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Éducation permanente*, 146.

CLOT Y. (2004). Action et connaissance en clinique de l'activité. *@tivités*, 1.

CLOT Y., FAÏTA D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 6.

CLOT Y., FAÏTA D., FERNANDEZ G., SCHELLER L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2.

COLLARD-BOVY O., GALAND B. (2003). Socialisation et attribution causale : le rôle des études universitaires. *Revue des sciences de l'éducation*, 29 (3).

COSNEFROY L. (2005). En amont de la professionnalisation : qu'est-ce qu'une action efficace pour un enseignant ? In WITTORSKI R. (Coord.), *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

COULET J-C, GOSSELIN P. (2002). *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales. Travail commandité par l'École nationale de la santé publique*. Rennes : Université Haute-Bretagne Rennes 2.

Cour des comptes. (2004). *Rapport public annuel 2004 : l'évolution du rôle de la direction générale de la santé*. Paris : Cour des comptes.

CRAHAY M. (2006). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revue française de pédagogie*, 154.

DABI F., PHILIPPOT D., MERCERON A. (2007). *Évaluation de la formation initiale de l'ENSP auprès des anciens élèves. Résultats comparés. Août 2007*. Rennes : IFOP pour ENSP.

DECI E., RYAN M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-York : Plenum Press.

DESJEUX D. (2002). L'innovation entre acteur, structure et situation. In ALTER N. (Dir.), *Les logiques de l'innovation : approche pluridisciplinaire*. Paris : La Découverte.

DESJEUX D. (2004). *Les sciences sociales*. Paris : PUF.

DUBAR C. (1996). La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence. *Sociologie du travail*, 38 (2)..

DUBOIS N. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

DUBOYS FRESNEY C., PERRIN G. (2005). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF.

ENSP. (1996). *Rapport du groupe de travail sur la formation initiale des MISP*. Rennes : ENSP.

ESCORCIA D. (2006). Les composantes métacognitives de la production d'écrits des étudiants en premier cycle. In ENFA, *7e colloque européen sur l'Autoformation - Faciliter les apprentissages autonomes*. Auzeville.

ESCORCIA D. (2007). *Composantes métacognitives et performance à l'écrit : une approche sociocognitive du travail étudiant*. Thèse de Doctorat en Sciences de l'éducation, Nanterre - Paris 10, Sciences de l'éducation, Nanterre.

FABRE M. (2006). Analyse des pratiques et problématisation. *Recherche et formation*, 51 .

FALZON P. (1989). *Ergonomie cognitive du dialogue*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

FALZON P., TEIGER C. (1999). Ergonomie et formation. In CARRÉ P., CASPAR P. (Dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

FLAVELL J., MILLER P., MILLER S. (1993). *Cognitive development*. London : Prentice-Hall international.

FOLLENFANT A., MEYER T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In CARRE P., CHARBONNIER O. (Dir.), *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'Harmattan.

FORQUIN J-C. (2006). La pensée pédagogique, la recherche et les pratiques. In BEILLEROT J., MOSCONI N. (Dir.), *Traité des sciences et pratiques de l'éducation*. Paris : Dunod.

FRANÇOIS P-H., AÏSSANI Y. (2003). Représentations sociales des compétences et processus d'autorégulation des conduites. In GARNIER C., DOISE W., *Les représentations sociales. Balisage du problème d'étude*. Montréal : Éditions nouvelles.

FRANÇOIS P-H., BOTTEMAN A. (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherches et perspectives critiques. *Carriéologie. Revue francophone internationale*, 8 (3-4).

GALAND B. (2005). Reconnaissance au travail et estime de soi. In Institut DEMOS, *L'évolution du travail et l'émergence de la question de la reconnaissance*. Paris.

GALAND B., VANLEDE M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation. Quel rôle joue t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes, Hors série 2004. Autour de l'œuvre d'Albert Bandura*.

GALPERINE P. (1980). Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts In TALYZINA N., *De l'enseignement programmé à la programmation des connaissances*. Lille : Presses Universitaires de Lille.

GAUDIN N. (2005). *Place de la validation dans la conceptualisation, le cas du concept de fonction*. Thèse pour le doctorat, Université Joseph Fourier, Sciences. Technologies. Santé, Grenoble.

GIRARD J-F., MENGUAL E. (1991). *Médecins inspecteurs de santé publique. De l'état du problème et des solutions à y apporter*. Paris : Ministère des affaires sociales.

GOMEZ F. (2004). Le perfectionnement professionnel : essai de construction d'un objet de recherche. *Éducation permanente*, 161.

GOUJU J-L. (2001). *Objectivation de l'organisation de l'action. Contribution à l'intervention didactique en athlétisme*. Doctorat en sciences, Université Paris XI, UFR scientifique d'Orsay, Orsay.

GRÉGOIRE S., BOUFFARD T., CARDINAL L. (2000). Le sentiment d'efficacité personnelle et la transition de carrière. *Revue québécoise de psychologie*, 21 (3).

HOUDE O., MELJAC C. (2000). *L'esprit piagétien. Hommage international à Jean Piaget*. Paris : PUF.

JABOT F. (2006). La politique régionale de santé en Nord Pas-de-Calais. In BRÉCHAT P-H., SALINES E., SEGOUIN C (Coord.), *Médecins de santé publique*. Rennes : Éditions de l'École nationale de la santé publique.

JÉZEGOU A. (2005). *Formations ouvertes. Libertés de choix et autodirection de l'apprenant*. Paris : L'Harmattan.

JONNAERT P. (2006). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles : De Boeck.

KLEIST P. (2006). Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine. Leur signification et leurs racines historiques. *Forum Med Suisse*, 6.

LACOSTE M. (1995). Le langage du "guichet". Accueil et traitement des demandes dans la relation de service. *Connexions*, 1.

LE BOTERF G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Éditions d'organisation.

LECOMTE J. (2004a). Croire à son efficacité augmente ses chances de réussite. *Actualité de la formation permanente*, 189.

LECOMTE J. (2004b). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes*, N° Hors-série Autour de l'œuvre de Bandura.

LEONTIEV A. (1976). *Le développement du psychisme*. Paris : Éditions Sociales.

LEPLAT J. (2001). Compétences et ergonomie. In LEPLAT J., MONTMOLLIN de M., *Les compétences en ergonomie*. Toulouse : Octarès.

LEPLAT J. (2005). Préface. In PASTRÉ P. (Dir.), *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.

LEPLAT J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Pistes*, 8 (1).

LEPLAT J., PAILHOUS J. (1976). Conditions cognitives de l'exercice et de l'acquisition des habiletés sensori-motrices. *Bulletin de psychologie* 24.

LEPLAT J., PAILHOUS J. (1981). L'acquisition des habiletés mentales : la place des techniques. *Le Travail Humain*, 44.

LEPLAT J. (Dir.). (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique* Toulouse : Octarès.

LOMOV B. (1988). La science cognitive et les rapports entre l'esprit et le corps. *Revue internationale des sciences sociales*, 115.

MANDON N. (1990). *Un exemple de description des activités et compétences professionnelles : l'emploi type secrétaire de vente : CÉREQ*. Collection des études N°54. Les analyses du travail, enjeux et formes.

MARTINOT D. (2001). Connaissance de soi et estime de soi : ingrédients pour la réussite scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 27 (3).

MAYEN P. (2000a). Activité réalisée, activité analysée. Dans une formation professionnelle, le travail peut être formateur à condition de... *Initiatives*, 1.

MAYEN P. (2000b). Pour analyser l'activité. Utiliser l'analyse du travail pour la formation des maîtres de stage, des maîtres d'apprentissage et des élèves. *Initiatives*, 1.

MAYEN P. (2002). Le rôle des autres dans le développement de l'expérience. *Éducation permanente*, 151 (2).

MAYEN P. (2004). Caractériser l'accompagnement en VAE. Une contribution de didactique professionnelle. *Éducation Permanente*, 159 (2).

MAYEN P., MAYEUX C. (2003). Expérience et formation. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes* (1).

MERCHERS J. (2000). A-t-on besoin de compétence pour travailler ? *Travailler* (4).

MERCHERS J., PHARO P. (1990). Compétences et connaissances expertes, propriétés publiques et cognitives-pratiques. *Sociétés contemporaines*, 4.

Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004). *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : ENSP.

MINTZBERG H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'organisation.

MINVIELLE Y. (1998). Construire la notion de compétence. *Pour*, 160.

MISPELBLUM-BEYER F. (2003). Encadrer est-ce travailler ? *Les cahiers du GDR Cadres - CNRS*, 6.

MISPELBLUM-BEYER F. (2007). *Encadrer, un métier impossible ?* Paris : Armand Colin.

MUFTI-ALCHAWAFA D., LUENGO V., VADCARD L. (2004). Architecture d'un environnement d'aide à l'apprentissage de la chirurgie orthopédique. In Université technologique de Compiègne, *Conférence des Technologies de l'Information et de la Connaissance dans l'Enseignement Supérieur et l'Industrie, TICE 2004*. Compiègne.

NAGELS M., POURRIERE J-L. (2006). Le positionnement à l'entrée en formation : source d'engagement en formation. In ENFA, *7eme Colloque européen sur l'autoformation. Faciliter les apprentissages autonomes*. Auzeville.

NAGELS M., POURRIERE J-L. (2007). Didactiser l'invisible ? Tutorat et professionnalisation des directeurs des soins en formation à l'École nationale de la santé publique. In AECSE, *Congrès AECSE. Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation*. Strasbourg.

NILLÈS J-J. (2005). L'analyse de la compétence par la méthode des scénarios. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes*, 8.

NIZET J., BOURGOIS É. (2005). *Les mutations des formations d'adultes*. Paris : PUF.

OCHANINE D. (1978). Le rôle des images opératives dans la régulation des activités de travail. *Psychologie et éducation*, 3.

OCHANINE D. (2001, 1966). The operative image of controlled object in "Man - Automatic Machine" systems. In LEPLAT J. (Dir.) 2001., *L'analyse du travail en psychologie ergonomique, Recueil de textes*. Toulouse Octares.

OLM C. (2002). *Les anciens élèves de l'ENSP. Formation initiale et prise de fonction*. Paris : CREDOC.

OLRY P. (2004). Saisir son expérience lors d'une VAE. L'auto-analyse du travail en perspective. *Éducation permanente*, 159 (2).

PACHERIE E. (2005). Problèmes centraux en philosophie de l'action. La dynamique des intentions. Cours de master de sciences cognitives. <http://pacherie.free.fr/COURS/MS/Cogmaster-FCS1.htm>.

PARLIER M. (1998). Les enjeux et les ambivalences de la gestion des compétences. *Connexions*, 70 (2).

PARLIER M., MINET F., WITTE de S. (1994). *La compétence mythe, construction ou réalité ?* Paris : L'Harmattan.

PASTRÉ P. (1997). Didactique professionnelle et développement. *Psychologie française*, 42 (1).

PASTRÉ P. (1999a). L'ingénierie didactique professionnelle. In CARRÉ P., CASPAR P. (Dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

PASTRÉ P. (1999b). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Éducation permanente*, 139 (2).

PASTRÉ P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Éducation permanente*, 138.

PASTRÉ P. (2005a). Analyse d'un apprentissage sur simulateur : des jeunes ingénieurs aux prises avec la conduite de centrales nucléaires. In PASTRÉ P. (Dir.), *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.

PASTRÉ P. (2005b). Apprendre par la résolution de problèmes : le rôle de la simulation. In PASTRÉ P. (Dir.), *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.

PASTRÉ P. (2005c). Dynamique et métamorphoses des compétences professionnelles. *Psychologie du travail et des organisations*, 11 (2).

PASTRÉ P. (2005d). Genèse et identité. In RABARDEL P., PASTRÉ P. (Dir.), *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse : Octarès.

PASTRÉ P. (2005e). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In RABARDEL P., PASTRÉ P. (Dir.), *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse : Octarès.

PASTRÉ P. (2005f). La deuxième vie de la didactique professionnelle. *Éducation Permanente*, 165 (4).

PASTRÉ P. (2007). Champs conceptuels et champs professionnels. In MERRI M., *Activité humaine et conceptualisation. Questions à Gérard Vergnaud*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.

PASTRÉ P. (à paraître). Apprentissage et activité. In PASTRÉ P., LENOIR Y. (Dir.), *Didactique professionnelle, didactique des savoirs professionnels, didactique des disciplines : quelles relations pour une formation à l'enseignement ?* Toulouse : Octarès.

PASTRÉ P., MAYEN P., VERGNAUD G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154.

PASTRÉ P. (Dir.). (2005). *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Toulouse : Octarès.

PELLETIER G. (1999). Management de l'éducation, formation et savoirs d'action. In PELLETIER G. (dir.), *Former les dirigeants de l'éducation. L'apprentissage par l'action*. Bruxelles : De Boeck.

PERRENOUD P. (1995). Des savoirs aux compétences. De quoi parle-t-on en parlant de compétences ? *Pédagogie collégiale*, 9 (1).

PIAGET J. (1967a). *Biologie et connaissance. Essai sur les relations entre les régulations organiques et les processus cognitifs*. Paris : Gallimard.

PIAGET J. (1967b). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Colin.

PIAGET J. (1974). *Réussir et comprendre*. Paris : PUF.

PIAGET J., INHELDER B. (1966). *La Psychologie de L'enfant*. Paris : PUF.

PIEDNOIR F. (1995). *Recrutement des médecins inspecteurs de santé publique*. Paris : Direction générale de la santé, Direction de l'administration générale du personnel et du budget (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville).

PIGUET C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières. Contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. Thèse pour

le doctorat, Université Paris X, Université catholique de Louvain-la-Neuve, Sciences de l'éducation, Nanterre, Louvain-la-Neuve.

PIGUET C., NAGELS M. (2006). Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de la santé en France et en Suisse. In ENFA, *7e colloque européen sur l'Autoformation - Faciliter les apprentissages autonomes*. Auzeville.

PLAISANCE É., VERGNAUD G. (2001). *Les sciences de l'éducation*. Paris : La Découverte.

POUTÉ M., COULET J-C. (2006). Caractérisation de compétences professionnelles selon le niveau d'expérience : les apports d'une modélisation. In Université de Bretagne, *Compétences, emploi et enseignement supérieur. L'enseignement supérieur prépare-t-il à l'emploi ?* Rennes.

PRESTINI-CHRISTOPHE M. (2005). *La décision d'adultes d'entrée(er) en formation : un rapport à l'événement biographique ?* Thèse pour le doctorat, Université Charles de Gaulle, Sciences de l'éducation, Lille.

RABARDEL P. (2005). Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir. In RABARDEL P., PASTRÉ P. (Dir.), *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse : Octarès.

RABARDEL P., PASTRÉ P. (Dir.). (2005). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse : Octarès.

RABARDEL P., SIX B. (1995). Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail. *Éducation permanente*, 123 (2).

RAIMONDEAU J., BRÉCHAT P-H. (2002). Cent ans d'histoire des médecins inspecteurs de santé publique. *Actualité et dossier en santé publique. Revue du Haut comité de la santé publique*, (41).

RAINAUDI C., BRACONNIER M-J. (1996). Une démarche novatrice pour optimiser le climat social : former les collaborateurs à gérer les attentes implicites de leur encadrement par la pratique des normes de jugement. In Institut international de l'Audit Social, *Université d'été 1996*.

RÉCOPÉ M. (1998). La synthèse assimilatrice : pour une théorie de l'organisation de l'action. In CNEIFEI, *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail : qu'est-ce que la pensée ?* Suresnes : Cdrom Ardeco.

RÉCOPÉ M. (2006). *Motivé n'est pas mobilisé. Cahiers pédagogiques*, 441.

RÉCOPÉ M. (2007). Conceptualisation et normativité vitale. L'exemple de la conceptualisation du temps en situation chez les volleyeurs. In MERRI M., *Activité humaine et conceptualisation. Questions à Gérard Vergnaud*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.

RÉCOPÉ M., RIX G., FACHE H., LIEVRE P. (2006). Sensibilité et mobilisation : perspectives d'investigation du sens à l'œuvre en situation de pratique. *Revue EJRIEPS - L'eJournal de la Recherche sur l'Intervention en Éducation Physique et en Sport*, 9 http://www.fcomte.iufm.fr/niveau_deux/recherche/ejrieps/ejournal_fichiers/R%E9cop%E9%20eJ9.pdf.

REVILLOT J.-M., EYMARD C. (2007). L'altérité dans la relation éducative en santé. In *Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation)*. Strasbourg.

RICŒUR P. (1986). *Du texte à l'action*. Paris : Le Seuil.

RICŒUR P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.

RIFFAUD A. (2004). *Un référentiel du cœur des compétences communes aux médecins de santé publique. Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?*. DESS ingénierie de formation, Université de Rouen, Département des sciences de l'éducation, Rouen.

ROBERT G. (2003). *La prévention en matière de santé. Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 novembre 2003*. Paris : Conseil économique et social.

ROGALSKI J. (2004). La didactique professionnelle : une alternative aux approches de « cognition située » et « cognitiviste » en psychologie des acquisitions. *@ctivités*, 1 (2). <http://www.activites.org/v1n2/Rogalski.pdf>

RUFF J., GUIRRIEC J. (1987). La section des médecins. In MASSÉ L., *Histoire de l'enseignement à l'ENSP. Tome 1 : jusqu'en 1976*. Rennes : ENSP.

SAMURÇAY R., RABARDEL P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions. In SAMURÇAY R., PASTRÉ P. (Dir.), *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès.

SAMURÇAY R., PASTRE P. (1998). L'ergonomie et la didactique. L'émergence d'un nouveau champ de recherche : didactique professionnelle. In Société d'ergonomie de langue française, *Deuxièmes journées Recherches et ergonomie*. Toulouse.

SAVOYANT A. (1979). Éléments d'un cadre de l'analyse de l'activité : quelques concepts essentiels de la psychologie soviétique. *Cahiers de Psychologie*, 22 (1-2).

SAVOYANT A. (1995). Guidage de l'activité et développement des compétences dans une entreprise d'insertion. *Éducation Permanente*, 123 (2).

SAVOYANT A. (1998). Compétence, performance et activité. In CNEIFEI, *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail. Qu'est ce que la pensée ?* Suresnes.

SAVOYANT A. (2005). *La professionnalisation des personnels infirmiers*. Marseille : EQUAL - TRANSFERS.

SAVOYANT A. (2006). Tâche, activité et formation des actions de travail. *Éducation Permanente*, 166.

SCHWARZER R. (1997). French adaptation of the general self-efficacy scale. 2006(25 juin 2006). <http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm>.

SCHWARZER R. (2000). Self-efficacy raw data. (15 juin 2006). http://web.fu-berlin.de/gesund/gesu_engl/world_zip.htm.

SCHWARZER R. (2005). Everything you always wanted to know about the self-efficacy scale but were afraid to ask. (15 juin 2006). http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/faq_gse_220405.pdf.

SCHWARZER R., JERUSALEM M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In WEINMAN J., WRIGHT S., JOHNSTON M., *Measures in health psychology : a user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor : NFER - NELSON.

SCHWARZER R., SCHOLZ U. (2000). Cross-cultural assesment of coping ressources : the general perceived self-efficacy scale. In *Health psychology and culture*. Tokyo : Asian congress of health psychology.

SCHYNS B., VON COLLANI G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 - 2, 219-241.

SÉNÉCAL J. (1987). De 1961 à 1965 : création de l'École nationale de la santé publique à Rennes. In MASSÉ L., *Histoire de l'enseignement à l'ENSP. Tome 1 : jusqu'en 1976*. Rennes : ENSP.

SIFFERLEN B. (2006). *Indicateurs d'activité : quelle utilisation pour le directeur des soins en institut de formation en soins infirmiers ?* Rennes : Mémoire de l'École nationale de la santé publique.

SIMON L., TARDIF N. (2006). Le sentiment d'efficacité personnelle à la base du développement des compétences. *Le point en administration scolaire*, 9 (1).

SIMONIAN S. (2003). L'incitateur andragogique. Pour une meilleure compréhension des enjeux dans les formations adultes et les formations en ligne. *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes* (3).

SIX-TOUCHARD B. (1998). Développement de la compétence tutorale par l'auto-analyse du travail. *Éducation permanente*, 135.

SIX-TOUCHARD B., CARLIN N. (2003). Impacts de l'auto-analyse sur les opérateurs et leur travail. In S. d. E. d. L. Française, *XXXVIIIème Congrès de la SELF*. Paris.

STROHL H., DAB W., GENOU J., SERFATI A. (1988). *Médecins inspecteurs : rôle et formation. Rapport n°1 de la Commission santé publique*. Paris : Commission santé publique.

STROOBANTS M. (1993). *Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*. Bruxelles : Éditions de l'université de Bruxelles.

TALYZINA N. (1980). *De l'enseignement programmé à la programmation des connaissances*. Lille : Presses Universitaires de Lille.

TANGUY L. (1996). Les usages sociaux de la notion de compétence. *Sciences humaines*, 12.

TARDIF J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.

TERSSAC G. de, MAGGI B. (1996). Autonomie et conception. In TERSSAC G. de, FRIEDBERG E., *Coopération et conception*. Toulouse : Octarès.

THEUREAU J. (1997). L'utilisation des simulateurs de salle de contrôle de réacteur nucléaire et de cockpit d'avion à des fins autres que de formation : présentation et discussion des tendances actuelles. In BÉGUIN P, WEILL-FASSINA A., *De la simulation des situations à la situation de simulation*. Toulouse : Octarès.

THILLET P. (2005). Ingénieur de formation : un métier en action. In LEGUY P., BRÉMAUD L., MORIN J., PINEAU G., *Se former à l'ingénierie de formation*. Paris : L'Harmattan.

TOURMEN C., MAYEN P. (2007). Qu'est-ce que diriger ? L'analyse de l'activité d'un directeur d'hôpital par la didactique professionnelle. In *Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation)*. Strasbourg.

TOURVILLE Y. (2006). Les transformations organisationnelles des dix dernières années dans le secteur de la santé et la manifestation des compétences relationnelles des infirmières vieillissantes. In *8e édition du colloque annuel des étudiant.e.s de cycles supérieurs du CRISES*. Université Concordia.

ULMANN A-L. (2007). Un dirigeant en prise de poste. In *Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation)*. Strasbourg.

VALLERAND R., BLANCHARD C. (1998). Éducation permanente et motivation : contribution du modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque. *Éducation permanente*, 136 (3).

VALLERAND R., THILL E. (Dir.). (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Paris : Vigot.

VALOT C. (2001). Rôles de la métacognition dans la gestion des environnements dynamiques. *Psychologie française*, 46.

VAN LEDE M., PHILIPPOT P., GALAND B. (2006). Croire en soi : le rôle de la mémoire autobiographique dans la construction du sentiment d'efficacité. In GALAND B., BOURGEOIS É. (Dir.), *(Se) motiver à apprendre*. Paris : PUF.

VANDENBERGHE M. (2002). *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*. Paris L'Harmattan.

VANLEDE M., PHILIPPOT P., GALAND B. (2006). Croire en soi : le rôle de la mémoire autobiographique dans la construction du sentiment d'efficacité. In GALAND B., BOURGEOIS É. (Dir.), *(Se) motiver à apprendre*. Paris : PUF.

VARELA F. (1989). *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*. Paris : Seuil.

VARELA F. (1999). Quatre phares pour l'avenir des sciences cognitives. *Théorie Littérature Enseignement*, 17 (Dynamique et cognition : nouvelles approches).

VERDIER P. (1998). Métacognition : comment des CP s'apprennent à lire en aidant des GS à maîtriser la langue écrite. In CNEIFEI, *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail. Qu'est ce que la pensée ?* Suresnes.

VERGNAUD G. (1981). Jean Piaget. Quels enseignements pour la didactique ? *Revue française de pédagogie*, 57.

VERGNAUD G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie française*, 30 (3 - 4).

VERGNAUD G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en didactique des mathématiques*, 10 (2/3).

VERGNAUD G. (1992). Qu'est-ce que la didactique ? En quoi peut-elle intéresser la formation des adultes peu qualifiés ? *Éducation permanente*, 111.

VERGNAUD G. (1995). Évolution du travail et formation des compétences. *Le Monde* (20 décembre).

VERGNAUD G. (1998a). Au fond de l'action, la conceptualisation. In BARBIER J.M., (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF.

VERGNAUD G. (1998b). Qu'est ce que la pensée ? In CNEIFEI, *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail. Qu'est ce que la pensée ?* Suresnes.

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

VERGNAUD G. (2001). La certification, un enjeu pour l'avenir ? In Club ETMT et ECRIN en association avec le CÉREQ, *Quels fondements pour la certification professionnelle ? Un autre regard pour certifier*. Marseille : CRDP.

VERGNAUD G. (2002a). La conceptualisation, clef de voûte des rapports entre pratique et théorie. In Direction générale de l'Enseignement scolaire. Actes de l'Université d'Automne, *Analyse de pratiques et professionnalité des enseignants*. Paris.

VERGNAUD G. (2002b). Piaget visité par la didactique. *Intellectica*, 2 (33).

VERGNAUD G. (2006). Une approche cognitive des compétences et de l'activité. In Université de Bretagne, *Compétences, emploi et enseignement supérieur. L'enseignement supérieur prépare-t-il à l'emploi ?* Rennes.

VERGNAUD G., RÉCOPÉ M. (2000). De Revault d'Allonnes à une théorie du schème aujourd'hui. *Psychologie française*, 45 - 1.

VERNET J. (2005). Vers un renforcement du sentiment de compétence en formation d'adultes. In Université catholique de l'ouest - Bretagne sud, *Colloque international "Quelle idée de l'Homme pour le Pédagogue ?"* Arradon.

VEYNE P. (1996). *Comment on écrit l'histoire*. Paris : Seuil.

VIAL M. (2000). La recherche en sciences de l'éducation et la santé. *Spirale - Revue de Recherches en Éducation*, 25.

VINATIER I. (2002). La construction de l'identité professionnelle en acte dans la relation de service. *Éducation permanente*, 151 (2).

VINATIER I. (2006). Des dispositifs de « co-explicitation » : Un travail de conceptualisation de son activité par l'enseignant, le formateur. In ENFA, *7e colloque européen sur l'Autoformation - Faciliter les apprentissages autonomes*. Auzeville.

VYGOTSKI L. (1997). *Pensée et langage*. Paris : La Dispute.

WEINBERG A. (1993). Le kaléidoscope de la décision. *Sciences humaines, Hors série n°2* (6-9).

WITTGENSTEIN L. (2004). *Recherches philosophiques*. Paris : Gallimard.

WITTORSKI R. (2005). La contribution de l'analyse des pratiques à la professionnalisation des enseignants. In WITTORSKI R. (Coord.), *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

ZARIFIAN P. (1988). L'émergence du modèle de la compétence In STANKIEWICK F. (Dir.), *Les stratégies d'entreprises face aux ressources humaines : l'après-taylorisme*. Paris : Éditions Économica.

ZARIFIAN P. (2001). *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, . Paris : Liaisons.

ZIMMERMAN B. (2000). *Des apprenants autonomes. Autorégulation des apprentissages*. Bruxelles : De Boeck.

ZIMMERMAN B. (2002). Efficacité perçue et autorégulation des apprentissages durant les études : une vision cyclique. In CARRÉ P., MOISAN A. (Dir.), *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques*. Paris : L'Harmattan.

Tables

Synthèses intermédiaires

Synthèse intermédiaire 1	20
Synthèse intermédiaire 2	53
Synthèse intermédiaire 3	87
Synthèse intermédiaire 4	143
Synthèse intermédiaire 5	181
Synthèse intermédiaire 6	236

Graphiques

Graphique 1	Élèves ayant rencontré des difficultés lors de la prise de fonction	140
Graphique 2	Pourcentage d'élèves ayant le sentiment d'assumer les différentes dimensions du poste.....	141
Graphique 3	Scores d'auto-efficacité générale (Source Ralf SCHWARZER).....	149
Graphique 4	Distribution des élèves par classes d'âge.....	156
Graphique 5	Moyenne d'âge par filière	157
Graphique 6	Nombre d'élèves par filière	157
Graphique 7	Indépendance de l'âge et de l'auto-efficacité	164

Graphique 8	Indépendance de l'auto-efficacité et de la durée de l'expérience en santé publique.....	165
Graphique 9	Rapprochement du niveau d'étude et du score d'auto-efficacité.....	168
Graphique 10	Distribution des scores d'auto-efficacité répartis en classes	173
Graphique 11	Distribution des scores moyens d'auto-efficacité par filière	177
Graphique 12	Scores minimum et maximum d'auto-efficacité par filière.....	179
Graphique 13	Prise de fonction et auto-efficacité.....	180
Graphique 14	Écarts entre la structure conceptuelle de la situation et les modèles opératifs.....	198
Graphique 15	Évolution des scores du groupe test.....	210
Graphique 16	Évolution des scores du groupe contrôle	211
Graphique 17	Comparaison des évolutions des scores du groupe test répartis en classes	212
Graphique 18	Comparaison des évolutions des scores du groupe contrôle répartis en classes	213

Tableaux

Tableau 1	Des formes de la connaissance aux modèles du sujet (PASTRÉ P., à paraître)	46
Tableau 2	Les phases cycliques de l'autorégulation (ZIMMERMAN B., 2002)....	69
Tableau 3	Profils comparés des médecins inspecteurs et des directeurs des soins un an après la formation	139
Tableau 4	Échelle d'efficacité au travail	146
Tableau 5	Échelle d'efficacité générale	147
Tableau 6	Mesures de tendance centrale (Source : Ralf SCHWARZER)	149

Tableau 7	Présentation de la population enquêtée	154
Tableau 8	La répartition par sexe.....	155
Tableau 9	Distribution des âges rapportée à l'ensemble de l'ENSP.....	156
Tableau 10	La durée de l'expérience en santé	158
Tableau 11	Rapprochement de l'âge et de la durée de l'expérience professionnelle	159
Tableau 12	Le niveau d'étude préalable à l'entrée en formation.....	161
Tableau 13	Niveau d'étude par filière	162
Tableau 14	Dépendance de la variable sexe et auto-efficacité.....	166
Tableau 15	Dépendance de la variable du niveau d'étude et de l'auto-efficacité.....	167
Tableau 16	Comparaison du niveau de complexité de la fonction et de l'auto-efficacité.....	169
Tableau 17	La mesure de tendance centrale d'auto-efficacité à l'ENSP	172
Tableau 18	Les scores d'auto-efficacité répartis en classes.....	172
Tableau 19	Fréquence des réponses aux dix items de l'échelle	174
Tableau 20	Scores moyens d'auto-efficacité obtenus par les promotions.....	176
Tableau 21	Scores d'auto-efficacité par filière	178
Tableau 22	Présentation de l'échantillon rapporté à l'ensemble de la promotion DS 2007.....	186
Tableau 23	Présentation des groupes selon leur niveau initial d'auto-efficacité.....	187
Tableau 24	Jugements pragmatiques retenus par le groupe test concernant la décision des directeurs des soins	206
Tableau 25	Évolution des scores individuels d'auto-efficacité.....	208
Tableau 26	Le niveau d'auto-efficacité de son partenaire n'influe pas sur son propre niveau.....	214
Tableau 27	Évolution du score d'auto-efficacité par groupe avant et après l'analyse de l'activité.....	216

Tableau 28	Comparaison de la mesure de tendance centrale avant et après l'analyse de l'activité	217
Tableau 29	Évolution des scores d'auto-efficacité par sous-groupes.....	218
Tableau 30	Présentation des situations retenues par les participants du groupe test.....	223
Tableau 31	Quinze réponses individuelles reçues lors des investigations complémentaires.....	226
Tableau 32	Étude PMI 2007 - 2008, évolution des scores d'auto-efficacité	234

Schémas

Schéma 1	La causalité triadique réciproque (BANDURA A., 2003)	9
Schéma 2	La compétence, du cognitif au social.....	51
Schéma 3	La motivation et continuum d'autodétermination (d'après DECI et RYAN).....	58
Schéma 4	Trois opérations : orientation, exécution, contrôle (GALPERINE P., 1980)	65
Schéma 5	Les sous-processus de l'apprentissage vicariant (BANDURA A., 2003).....	74
Schéma 6	Le développement de compétence vu par la théorie sociocognitive	83
Schéma 7	Le développement de compétences vu par la didactique professionnelle	83
Schéma 8	Du modelage instructif au transfert de compétences	85
Schéma 9	L'analyse de l'activité par les autoconfrontations.....	86
Schéma 10	Vers un modèle de la formation des compétences critiques	88
Schéma 11	La structure conceptuelle de la décision pour les directeurs des soins.....	196

Annexes

Annexe I	Le questionnaire de mesure d'auto-efficacité au travail
Annexe II	Les filières professionnelles formées à l'ENSP
Annexe III	Les directeurs des soins, des dirigeants hospitaliers
Annexe IV	La fonction des directeurs des soins
Annexe V	Exemple d'un texte produit pour une élève directeur des soins en vue de l'analyse d'une décision
Annexe VI	Exemple d'une reconstruction de l'intrigue
Annexe VII	Les jugements pragmatiques des directeurs des soins sur l'activité de décision
Annexe VIII	Comparaison des scores individuels d'auto-efficacité avant et après la phase d'analyse de l'activité
Annexe IX	Résultats du test de Wilcoxon
Annexe X	Facteurs explicatifs de l'évolution du score d'auto-efficacité

Annexe I. Le questionnaire de mesure d'auto-efficacité

Variables descriptives

Filière ou fonction :

Votre promotion :

Dans une optique de validation des outils, vous serez peut-être amené(e) à remplir une seconde fois ce questionnaire à la fin de votre formation, si votre calendrier le permet. Pour pouvoir comparer les questionnaires terme à terme, nous vous demandons donc d'indiquer un code personnel d'anonymat : les 4 derniers chiffres de votre numéro de téléphone portable (ou à défaut de votre poste fixe).

Quatre derniers numéros de votre téléphone portable (à défaut de votre poste fixe)

Vous êtes :

Une femme Un homme

Votre âge :

 ans

Votre diplôme le plus élevé :

Certificat d'Études Primaires BEPC
 CAP, BEP ou équivalent Baccalauréat ou équivalent
 Licence ou maîtrise Grande école, DESS, DEA, Doctorat

Nombre d'années de votre expérience professionnelle en santé :

 ans

Estimez le niveau de complexité de la fonction que vous occupez ou que vous vous préparez à occuper :

Pas du tout complexe Pas vraiment complexe
 Plutôt complexe Tout à fait complexe

Ce questionnaire se présente sous la forme d'affirmations avec lesquelles vous serez plus ou moins d'accord. Pour chacune des affirmations, indiquez votre degré d'accord en cochant la case correspondante. Le temps n'est pas limité pour répondre. Cependant, essayez de ne pas rester trop longtemps sur une question car c'est votre réponse la plus spontanée qui nous intéresse. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Diriez-vous

Dans mon travail, je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles si je m'en donne la peine

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Si quelqu'un me fait obstacle dans le cadre de mon travail, je peux trouver un moyen pour obtenir ce que je veux

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Il est facile pour moi de maintenir mes intentions et d'accomplir mes objectifs professionnels

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Dans le cadre de mon travail, j'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux événements inattendus

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations professionnelles inattendues

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Je peux résoudre la plupart de mes problèmes professionnels si je fais les efforts nécessaires

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Je reste calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés professionnelles car je peux me reposer sur ma capacité à maîtriser les problèmes

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Lorsque je suis confronté(e) à un problème dans mon travail, je peux habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Si j'ai un problème professionnel, je sais toujours quoi faire

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Quoiqu'il arrive au travail, je sais généralement faire face

- Pas d'accord du tout Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Annexe II. Les filières professionnelles formées à l'ENSP

(Extraits du site web de l'ENSP : <http://www.ensp.fr/>)

Directeur d'établissement social (DES)

La nature de la fonction est différente selon que le directeur est chef d'établissement ou directeur adjoint au sein d'une équipe de direction.

- En tant que chef d'un établissement doté de la personnalité morale, il est le représentant légal de celui-ci. Il met en œuvre le projet d'établissement et coordonne l'exécution (ou la réalisation) des délibérations du conseil d'administration. Il a la responsabilité des actions éducatives et sociales conduites par l'établissement. Il est ordonnateur des dépenses et procède à la nomination du personnel.
- Lorsque l'établissement n'est pas doté de la personnalité morale, le directeur exerce ses fonctions par délégation de l'autorité compétente de la personne publique de rattachement.
- Les directeurs adjoints exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur chef d'établissement, dans le cadre des délégations qui leurs sont confiées.

Directeur d'établissement sanitaire et social (DESS)

- Il peut être chef d'établissement des hôpitaux de moins de 250 lits ne comportant pas de services de chirurgie, d'obstétrique ou d'hospitalisation sous contrainte.
- Il peut être directeur adjoint dans l'ensemble des établissements publics de santé ou d'hébergement pour personnes âgées. Il exerce sous la responsabilité du chef d'établissement dans le cadre des délégations qui leur sont confiées, ses attributions se situant dans les domaines gériatriques.

En tant que chef d'établissement, le DESS est le représentant légal de celui-ci, responsable de la bonne marche de l'établissement dont il assure la gestion administrative et financière. Il met en œuvre le projet d'établissement et coordonne la mise en œuvre des délibérations du conseil d'administration. Il est ordonnateur des dépenses et procède à la nomination du personnel.

Ingénieur d'études sanitaires (IGS)

L'ingénieur d'études sanitaires est un expert technique référent dans un ou plusieurs domaines d'intervention pour la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement.

Cadre A de la fonction publique, il est placé sous la responsabilité d'un ingénieur du génie sanitaire et exerce des fonctions d'encadrement dans un service santé - environnement du Ministère chargé de la santé.

Il est affecté dans un département (Direction Départementale des affaires Sanitaires et sociales), une région (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) ou au Ministère chargé de la Santé.

C'est un expert technique référent dans un ou plusieurs domaines d'intervention pour la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement.

Il a en charge l'exercice de certaines missions qui incombent aux services santé - environnement.

Ces domaines sont : l'eau, l'air, l'habitat, les déchets, les sols, qu'ils soient liés au milieu naturel ou aux activités humaines, agricoles ou industrielles.

La référence à la mission de service public de l'administration sanitaire est très présente.

Son champ d'action est très marqué par le caractère intersectoriel des politiques publiques.

Ingénieur du génie sanitaire (IES)

Après sa formation, l'ingénieur du génie sanitaire exerce ses fonctions dans le secteur public (État, collectivités locales, établissements publics) et dans le secteur privé (entreprises, sociétés de conseils, de service ou d'expertise).

Ayant pour vocation de protéger la santé de l'homme grâce à la maîtrise de ses milieux de vie, l'ingénieur du génie sanitaire exerce un métier, à l'expertise élargie, en :

- Maîtrise de méthodologies pour l'analyse et la gestion des risques environnementaux pour la santé afin de construire et exploiter des systèmes de surveillance, pour pouvoir caractériser et mettre en relation une situation environnementale et son impact sur l'État de santé de la population.

- Utilisation des connaissances et savoir-faire d'ordre scientifique, technique, technologique et de procédure pour définir, argumenter, mettre en place et évaluer les politiques, les programmes et actions de prévention ou de correction des situations présentant des risques sanitaires pour la population.

Ces compétences viennent bien sûr en complément de celles développées dans le domaine de spécialité de l'école d'origine des ingénieurs : agroalimentaire, sécurité alimentaire, chimie, science des sols, traitement des eaux... Il s'agit d'un métier à l'expertise élargie qui s'appuie sur des éléments des deux cultures de santé publique et de management.

- Connaissance des organisations, des politiques et des rôles des acteurs en santé publique.
- Appréhension des dimensions politiques, juridiques, économiques et sociologiques. Celle-ci permet à l'ingénieur de génie sanitaire le pilotage d'actions dans une perception globale des enjeux.

Les interventions de l'ingénieur de génie sanitaire se situent donc au croisement des domaines de la santé et de l'environnement.

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS)

Les fonctions des IASS peuvent être fort variées selon les champs d'activité sur lesquels ils se trouvent. Au cours de sa carrière, le IASS peut exercer plusieurs métiers selon qu'il intervient sur un domaine de compétences ou un autre.

Les DDASS et DRASS ont quatre grands domaines d'intervention :

- La santé publique qui englobe :
 - l'offre de soins : planification des établissements de santé, allocation des ressources, et contrôle de ces établissements
 - la politique régionale de santé : observation, recueil et analyse de données, programmes régionaux de santé, actions en faveur de publics spécifiques
 - la santé et l'environnement : contrôle de la qualité des eaux, hygiène alimentaire, bruit, assainissement...
- La cohésion sociale :
 - l'insertion sociale, l'intégration et la lutte contre les exclusions : actions en faveur des jeunes, des familles, des plus démunis

- les politiques en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées ainsi que la planification et l'allocation de ressources aux structures concourant à leur mise en œuvre.
- la protection sociale :
 - contrôle et évaluation des organismes de sécurité sociale
 - contentieux de la sécurité sociale
- la gestion des ressources et de l'information :
 - ressources humaines, budgétaires et logistiques
 - l'information : systèmes d'information, statistiques, communication

Médecin de l'éducation nationale (MEN)

Les médecins exercent leur activité dans les secteurs médico-scolaires des inspections académiques.

Chaque secteur regroupe des écoles primaires, des collèges (qui recrutent dans ces mêmes écoles), et des lycées d'enseignement général ou professionnel. Un même secteur peut regrouper de 6 à 10 000 élèves environ, en fonction de ses particularités.

Un médecin peut donc accompagner les mêmes élèves de l'entrée en cours préparatoire à la sortie de l'enseignement secondaire.

Médecin inspecteur de santé publique (MISP)

Ils sont principalement affectés dans les services relevant du Ministre chargé de la santé (Directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales, administration centrale, agences régionales de l'hospitalisation, agences nationales de veille ou de sécurité sanitaire), mais peuvent aussi travailler dans d'autres cadres (autres ministères - Affaires Étrangères, Éducation Nationale, collectivités ...).

Les médecins inspecteurs de santé publique peuvent donc être amenés à exercer des métiers variés, allant de missions techniques spécialisées (surveillance épidémiologique, biotox...) à des emplois de direction (directeur départemental, régional ...) en passant par des fonctions de management, de projet ou de programmes (politiques régionales de santé...).

Les missions :

- Ils participent à la conception, la mise en œuvre, l'exécution et l'évaluation de la politique de santé publique.
- Ils interviennent dans le contrôle de cette politique, notamment par le biais de leur pouvoir d'inspection.
- Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé.
- Ils peuvent être associés à l'enseignement, la formation et la recherche en santé publique.
- Dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles.

Pharmacien inspecteur de santé publique (PHISP)

Le pharmacien inspecteur de santé publique est un fonctionnaire d'État qui exerce des missions de type "régalien" (missions effectuées au nom de l'État qui engagent ce dernier et qui ne peuvent pas être déléguées à une entité autre que l'État lui-même).

95% des pharmaciens inspecteurs exercent leurs missions dans les services déconcentrés de l'État (DRASS) où ils sont conseillers techniques auprès des préfets ou dans les divers services de l'Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

Les pharmaciens inspecteurs peuvent également assumer des tâches administratives et réglementaires lorsqu'ils travaillent dans les services du ministère ayant en charge la santé : préparation de textes réglementaires, représentation de la France dans des instances internationales...

Son métier se décline dans tous les pays membres de l'Union Européenne car il y a une directive européenne qui fait obligation aux états membres d'assurer la sécurité sanitaire tout le long de la chaîne du médicament, depuis son autorisation de mise sur le marché et sa production au stade industriel jusqu'à sa dispensation aux malades.

Le métier de pharmacien inspecteur concerne donc tous les "maillons" de la chaîne du médicament.

Toutefois les pharmaciens inspecteurs ne s'occupent pas que des médicaments à usage humain, ils interviennent également vis-à-vis de nombreux autres produits : produits

cosmétiques, médicaments à usage vétérinaire (inspection partagée avec les vétérinaires inspecteurs), dispositifs médicaux, réactifs de laboratoire, etc.

Parmi les différents fonctionnaires d'État concernés par les questions de sécurité sanitaire et la démarche d'inspection, les pharmaciens inspecteurs sont ceux qui sont les plus concernés par la démarche d'inspection "sur le terrain" (environ 50% du temps de travail).

Les pharmaciens inspecteurs de l'AFSSAPS peuvent également effectuer des inspections dans des pays hors de l'Union européenne lorsque ceux-ci souhaitent exporter vers la France.

Directeur d'hôpital (DH)

Le directeur d'hôpital (DH) exerce ses fonctions dans les établissements publics de santé de plus de 250 lits (exception faite d'établissements de plus petite taille disposant de lits de chirurgie ou de psychiatrie).

La fonction est différente selon que le DH est chef d'établissement ou directeur adjoint au sein d'une équipe de direction.

- Dans le premier cas, le DH est le représentant légal de l'établissement. Il met en œuvre le projet d'établissement, voté par le conseil d'administration et assure le règlement des affaires générales de l'hôpital.
- Les chefs d'établissement représentent environ un cinquième du corps des directeurs d'hôpitaux.
- Dans le second cas, les directeurs d'hôpitaux sont, en tant qu'adjoints du chef d'établissement, à la tête de directions fonctionnelles relatives aux affaires générales, juridiques et médicales, finances et analyse de gestion, ressources humaines, services économiques, logistiques et techniques, système d'information, communication et à la qualité notamment. Ils constituent les quatre cinquièmes du corps.

Directeur des soins (DS)

Le directeur des soins exerce ses fonctions au sein des établissements publics de santé.

Les directeurs des soins appartiennent à trois filières :

- la filière infirmière
- la filière rééducation
- la filière médico-technique

Ils peuvent être chargés, selon leur filière :

- de la coordination générale des activités de soins
- de la direction du service de soins infirmiers
- de la direction des activités de rééducation
- de la direction des activités médico-techniques
- de la direction d'un institut de formation (professions paramédicales ou cadres de santé)
- de fonctions de conseiller technique ou pédagogique à l'échelon régional ou national

Ils sont membres de l'équipe de direction.

Attaché d'administration hospitalière (AAH)

Dans leurs fonctions, les attachés d'administration hospitalière sont placés sous l'autorité du chef d'établissement. Ils participent à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prises dans les domaines administratif, financier, sanitaire et social. Ils peuvent se voir confier des responsabilités, notamment dans les domaines des achats et des marchés publics, de la gestion financière et du contrôle de gestion. Ils peuvent assurer la direction d'un bureau ou d'un service.

Conseiller technique en travail social (CTTS)

Le conseiller technique en travail social exerce ses fonctions dans les services centraux et déconcentrés des ministères chargés de la santé et des affaires sociales : les Directions

Régionales (DRASS) et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Les CTTS sont, par leur position statutaire, les conseillers techniques de service social et les conseillers techniques en éducation spécialisée. Titulaire d'un diplôme en travail social, ayant acquis une expérience professionnelle en intervention sociale auprès des populations, les CTTS ont un rôle d'encadrement et de coordination de l'activité des assistants de service social. Ils ont vocation à assurer des fonctions transversales de responsabilité et être appelés à animer des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la responsabilité d'un service ou d'une démarche de projet. Leurs principales fonctions relèvent de l'observation et de la veille sociales, de l'animation et de la mise en réseau de professionnels ainsi que de la conduite et de l'évaluation de programmes et de dispositifs. L'exercice de ces fonctions repose sur une double compétence de management et d'expertise sociale.

Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO)

Travaillant au sein des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) a un rôle de conseil et d'appui technique auprès des services de l'inspection du travail. Il veille à l'application de la législation de l'hygiène du travail, de la protection de la santé des travailleurs sur le lieu de travail. Des nouvelles missions dans le champ de la santé publique leur ont été confiées ce qui a conduit à leur demande de formation à l'école.

La totalité des effectifs des MIRTMO suivra une formation de 8 semaines à l'école, commune avec la formation des médecins inspecteurs de santé publique à 80 %.

Médecin territorial (MT)

Un métier encore émergent.

Appartenant à un cadre d'emploi médico-social de catégorie A, le corps des médecins territoriaux est de constitution récente puisque les statuts et missions ont été définis par le décret n°92-851 du 28 août 1992. Il comprend les grades de médecin de 2ème classe, médecin de 1ère classe et médecin hors classe. Aujourd'hui, près de 10000 médecins exercent leurs activités dans les collectivités territoriales et établissements territoriaux,

répartis entre les conseils généraux (63%), les communes (33%) et les centres de gestion (2%).

Une grande diversité de fonctions

Direction de service, activités cliniques et de contrôle, animation d'équipe, conseil et expertise, mise en œuvre et évaluation des politiques de santé, les missions des médecins territoriaux se caractérisent par une grande diversité. Outre leurs compétences médicales reconnues, ces activités exigent d'acquérir des compétences nouvelles de management, de conduite de projet lié à la santé publique, de constitution de réseaux professionnels, ainsi qu'une connaissance de tous les acteurs de la santé permettant aux médecins d'inscrire leur action dans une dimension territoriale. Certains d'entre eux occupent une place bien identifiée au sein des collectivités (médecin de PMI, médecin du travail). D'autres exercent une activité dite émergente, souvent liée à des missions transversales d'expertise et de conduite de projet.

Annexe III. Les directeurs des soins, des dirigeants hospitaliers

La recherche a été conduite en santé publique et auprès d'une population de cadres dirigeants en milieu hospitalier : les directeurs des soins. Les cadres et dirigeants, d'une manière générale, ont peu fait l'objet d'études en sociologie du travail ou en sciences de l'éducation. Nous noterons néanmoins les travaux récents sur l'encadrement, y compris en milieu sanitaire et social (BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLIER J., 2003; MISPELBLOM-BEYER F., 2003; MISPELBLOM-BEYER F., 2007), ou la recherche en cours sur l'activité des dirigeants menée dans le cadre d'un programme de recherche coordonné conjointement par la Maison de la recherche sur les pratiques professionnelles (MRPP, CNAM) et l'ENSP pour le compte du Réseau des écoles de services public (TOURMEN C. & MAYEN P., 2007; ULMANN A-L., 2007). Ces recherches montrent à l'évidence que la logique des métiers de l'encadrement est très profondément différente de la logique des métiers de direction, les cadres, auxquels les « dirigeants font confiance » sont « entre le marteau et l'enclume » pour reprendre les formules de Frederik MISPELBLOM-BEYER. Cette position n'est pas non plus de nature à leur procurer la hauteur de vue et le sens global de l'organisation, typique des dirigeants, seuls à voir affluer toute l'information. Bien entendu, des cadres ont parfois un rôle de direction, c'est le cas des directeurs des soins en milieu hospitalier. A l'inverse, des directeurs, responsables de directions fonctionnelles, passent plus de temps en encadrement de collaborateurs qu'en conception et en décisions stratégiques. Les directeurs des soins sont finalement représentatifs de ces cadres supérieurs ou directeurs investis de lourdes responsabilités, aux champs d'activité étendus comme nous le verrons *infra* et soumis à des exigences de maintien du système tout en étant appelés quotidiennement à faire évoluer l'organisation des établissements hospitaliers.

Si la recherche porte spécifiquement sur la formation supérieure professionnelle des cadres et dirigeants de la santé publique et plus précisément sur les directeurs des soins¹, c'est aussi parce que leurs conditions d'exercice professionnel requièrent un niveau élevé d'auto-efficacité.

¹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Premièrement, les directeurs des soins peuvent être chargés, dans les établissements publics de santé, de la coordination générale des activités de soins, de la direction du service de soins infirmiers, de la direction des activités de rééducation, de la direction des activités médico-techniques, de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales, ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé. Un positionnement professionnel efficace des directeurs des soins, c'est-à-dire orienté vers la qualité de la prise en charge, requiert des compétences professionnelles de très haut niveau :

« C'est aussi parce que l'évolution des métiers paramédicaux se fait vers une autonomie et donc une responsabilité accrue des professionnels de santé, que l'on assiste aujourd'hui à une évolution rapide du niveau de responsabilité des directeurs d'écoles paramédicales [...] tant sur le plan pédagogique, qu'administratif ou financier. L'exercice de la responsabilité est une problématique centrale de la compétence mise en œuvre par les directeurs d'écoles paramédicales » (COULET J-C. & GOSSELIN P., 2002).

Deuxièmement, le champ d'intervention de la santé publique s'est complexifié ces deux dernières décennies en France et ailleurs.

D'après une définition de 1920 restée célèbre, la santé publique se définit ainsi : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les actes coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé » (FASSIN D., 2005).

Les déterminants de la santé publique, qu'ils soient politiques, sociaux, épidémiologiques, environnementaux ou démographiques obligent à des rénovations des systèmes de soins et de leur gouvernance (PIGUET C. & NAGELS M., 2006).

Albert BANDURA, s'intéressant au rôle de l'autorégulation dans la promotion de la santé, note que « *current health practices focus heavily on the medical supply side. The escalating pressure on health systems is to reduce, ration, and delay health services to contain health costs. The days for the supply-side health system are limited, however* » (BANDURA A., 2005). L'apparition de maladies liées au style de vie et au vieillissement

ainsi que le développement de nouvelles technologies nécessitent un renforcement des compétences dans une multitude de situations qui requièrent une expertise managériale ou en santé environnementale. De nouveaux besoins de santé se sont fait jour. Le patient n'est plus un « usager » passif (REVILLOT J-M. & EYMARD C., 2007). Il souhaite agir pour ses propres soins et exige des prestations de meilleure qualité. Il veut aussi être informé sur les risques liés aux investigations et aux soins mis en œuvre. C'est pourquoi, la compréhension des leviers de la professionnalisation des dirigeants de la santé publique vise à améliorer le niveau de santé de la population par une meilleure efficacité des services (PIGUET C., 2008). De fait, la gestion des risques représente un axe qui se renforce d'années en années au sein des politiques de santé publique. Les hôpitaux ont d'ailleurs tendance à associer gestion des risques et assurance qualité interne et externe.

Troisièmement, le contexte de réformes hospitalières fréquentes nécessite des adaptations à un terrain instable et le développement de compétences professionnelles idoines. Il en est ainsi pour la gestion partagée des « pôles d'activité ». Le « Plan Hôpital 2007. Un pacte de modernité avec l'hospitalisation » a été lancé le 20 novembre 2002 par M. J-F. MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

« La réforme hospitalière vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement : moderniser les structures hospitalières en accordant davantage de confiance à la capacité de décision de leurs responsables, desserrer le carcan des règles d'achats publics pour accélérer les investissements et simplifier la gestion, redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, mais aussi leur fournir les moyens de leur développement, disposer de davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes, tels sont les axes retenus de cette réforme »².

Le « Plan Hôpital 2007 » prône une gestion déconcentrée, au plus près des ressources et des contraintes du terrain. Les activités médicales se regroupent dans des pôles d'activité qu'il convient de gérer en respectant le principe de subsidiarité. « Depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970, les pouvoirs publics n'ont cessé de restructurer le

² Extrait du site web du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

paysage hospitalier, soit en encourageant les complémentarités, soit en incitant aux regroupements. Il y aurait une inadaptation de l'offre de soins hospitaliers, eu égard aux évolutions des techniques médicales »(CLÉMENT J-M., 2001).

Les directeurs des soins sont ainsi de plus en plus confrontés à la culture du résultat en milieu hospitalier. Relevons tout de même que c'est l'ensemble des professions hospitalières qui est impacté par ce mouvement et par les conséquences de ces réformes. Elles s'articulent autour de trois axes essentiels : excellence médicale, viabilité et rentabilité économique des établissements de santé, reconnaissance du patient comme un acteur déterminant de la réussite du processus de soins³.

Quatrièmement, la complexité du métier augmente avec la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance hospitalière » en France mais aussi partout en Europe. Les directeurs des soins sont membres de l'équipe dirigeante mais ils doivent conquérir leur place dans le *top management*. Leur positionnement professionnel est impacté par la mise en œuvre de la contractualisation interne de chaque pôle d'activité⁴. La gestion administrée de l'hôpital public, qui prévalait traditionnellement, laisse la place à une gestion qui se veut dynamique et autonome. Les directeurs des soins sont des acteurs importants de l'innovation et du changement organisationnel des composantes médicales, soignantes et administratives. La « nouvelle gouvernance » hospitalière met l'accent sur leur compétence à se situer en tant que dirigeant, à prendre des décisions adaptées à un contexte donné, à participer à l'élaboration des projets de l'hôpital, et/ou de l'institut de formation, à diriger et à gérer les services de soins ou les instituts de formation et enfin à animer les équipes d'encadrement.

Cinquièmement, les directeurs des soins en réussissant le concours de la fonction publique hospitalière s'inscrivent dans une dynamique de promotion sociale importante. Le corps de directeur des soins est constitué, selon la formation d'origine, de cadres issus de la filière infirmière, de la filière de rééducation ou de la filière médico-technique. L'expérience préalable, tant dans le soin que dans le management de services de soins ou la formation

³ CNRS (2003). Action Spécifique 63 Gestion Hospitalier Coopérante. *Rapport final décembre*, Département STIC.

⁴ Voir l'article L6146-1 du code la santé publique. « Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles ».

paramédicale joue un rôle majeur dans leur positionnement professionnel. Certains ont été agent des services hospitaliers (ASH) et le revendiquent⁵. Ils se sont constitué un ensemble diversifié de compétences professionnelles au service de leurs missions, principalement : coordination générale des activités de soins, direction du service de soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques, direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de cadres de santé.

Sixièmement, les scores moyens d'auto-efficacité des directeurs des soins sont les plus élevés de toutes les filières de formation de l'ENSP comme nous le verrons au chapitre qui détaille les résultats de la mesure de l'auto-efficacité auprès des promotions formées à l'ENSP. Il peut être intéressant d'analyser les caractéristiques d'une population qui n'est pas obligatoirement en difficulté, au vu des critères d'analyse. Rien n'oblige à se concentrer sur des populations dont le score moyen d'auto-efficacité serait faible. Il existe, de ce point de vue, une différence considérable avec d'autres populations telles que les médecins de santé publique, eux aussi en formation à l'ENSP.

⁵ La page d'accueil du site web <http://www.infirmier-general.com/> se conclue ainsi : « Patrick MOULIN, Directeur des Soins, ancien ASH et fier de l'avoir été... »

Annexe IV. La fonction de directeurs des soins

Le corps des infirmiers généraux, directeurs des soins depuis 2002, apparaît pour la première fois dans la fonction publique hospitalière en 1975. Dès ce moment, l'infirmier général devient un des principaux collaborateurs du directeur d'établissement en ce qui concerne la gestion des activités de soins. Une formation à l'École nationale de la santé publique est rendue obligatoire depuis 1978.

Cette formation s'organise autour du développement des compétences attendues dans l'exercice de la fonction.

1. La fonction de directeur des soins

La fonction de directeurs des soins s'appuie sur l'émergence de leur place toute particulière dans l'organisation hospitalière.

1.1. Place des directeurs des soins dans l'organisation hospitalière.

La fonction d'infirmier général a vu ses prérogatives développées en 1989⁶ et a fait l'objet d'une consécration légale avec la réforme hospitalière de 1991⁷. Dans son article L. 714-26 puis L. 6146-9 le Code de la santé publique précise : « Dans chaque établissement, la direction du service de soins infirmier est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction ».

A partir de 1991, les infirmiers généraux sont donc reconnus comme membre de l'équipe de direction ; placés sous l'autorité du directeur d'établissement, ils occupent une

⁶ Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

direction fonctionnelle : la direction du service de soins infirmiers. Leurs prérogatives ne s'exercent néanmoins que sur l'encadrement des personnels infirmiers.

Depuis 2002⁸, la création du corps des directeurs des soins marque le point d'aboutissement de cette évolution statutaire. Si ce corps reste classé dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière, s'il comporte deux grades (2ème et 1ère classe) et si l'exercice des fonctions continue à s'exercer dans un établissement public de santé dirigé par un directeur d'hôpital, il est désormais accessible aux cadres des filières médico-technique et de rééducation. Cette évolution s'inscrit dans la continuité, après la réforme de la formation des cadres en 1995. Cette ouverture vise à mettre fin aux difficultés de coordination parfois observées entre les services de soins et les services médico-techniques et de rééducation, mais aussi à offrir une possibilité de déroulement de carrière aux cadres issus de ces filières.

1.2. Missions du directeur des soins

Nommé par le directeur d'établissement, il peut être chargé⁹ :

- de la coordination générale des activités de soins ou de la direction du service des soins infirmiers ou de la direction des activités de rééducation ou de la direction des activités médico-techniques,
- de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé,
- de fonction de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national,
- de missions et d'études ou de coordination d'études.

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

⁹ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 3

Il reste plus particulièrement chargé, en matière de direction des activités de soins¹⁰ :

- de l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins,
- de la conception et la mise en œuvre du projet de soins dans le cadre du projet d'établissement,
- de l'organisation et à l'évolution des services, en liaison avec le corps médical,
- de la gestion des personnels des activités de soins, dont ils proposent l'affectation,
- de l'élaboration des programmes de formation,
- du développement de la recherche et à l'évaluation des pratiques.

Dans le cadre de ses missions, il élabore un rapport annuel d'activité des services de soins intégré, chaque année, au rapport d'activité de l'établissement et présenté aux différentes instances.

En matière de direction d'institut de formation, il est responsable¹¹ :

- de l'organisation et la mise en œuvre de la formation initiale et continue, tant au plan théorique que pratique,
- de la conception et la mise en œuvre du projet pédagogique en tenant compte des orientations prises au plan local, régional et national,
- de la gestion administrative et financière de l'institut, en relation avec les directions concernées,
- de l'animation de l'équipe de formateurs et du fonctionnement général de l'institut,
- du contrôle des études,
- de la recherche en soins et en pédagogie

¹⁰ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 4

¹¹ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 5

Dans le cadre de ses missions, il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation et à la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant ces formations.

Malgré le souci d'une meilleure coordination dans le fonctionnement des établissements hospitaliers, il faut noter une forme de parallélisme entre la direction des activités de soins et celle des activités de formation ; l'accès uniformisé au grade de directeur des soins et la formation commune au sein de l'École nationale de la santé publique devrait néanmoins permettre une plus grande complémentarité entre ces secteurs.

2. La formation des directeurs des soins

La formation des directeurs des soins se déroule à l'École nationale de la santé publique après nomination dans le grade.

2.1. L'accès au grade de directeur des soins

Les directeurs des soins sont recrutés par concours, organisé au plan national depuis 1995. Ce concours sur épreuve est ouvert, depuis 2002¹², aux cadres paramédicaux (infirmiers, de rééducation, médico-techniques) appartenant à ces filières depuis 10 ans, dont 5 ans dans le grade de cadre, tant au plan externe qu'interne.

Les places offertes au concours sont publiées par voie d'arrêté après publication des emplois vacants au Journal officiel de la République Française¹³. La publication indique la filière à laquelle les intéressés doivent appartenir ; pour les instituts de formation, les candidats doivent être titulaires du diplôme d'État correspondant à la formation dispensée¹⁴.

¹² Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 9

¹³ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 22

¹⁴ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 14

A l'issue de ce concours les candidats admis sont classés par ordre de mérite, ils choisissent leur affectation sur la listes des postes offerts, sont nommés stagiaires dans le grade par le directeur d'établissement avant d'entamer leur formation ; le stage comportant un cycle de formation de neuf mois, ainsi qu'un stage pratique de trois mois¹⁵.

Enfin, la titularisation reste prononcée par le chef d'établissement, mais ce après validation du cycle de formation par le directeur de École nationale de la santé publique¹⁶.

2.2. La formation des directeurs des soins

Elle se déroule à École nationale de la santé publique et a pour ambition de permettre au stagiaire :

- de se situer comme dirigeant,
- de prendre des décisions adaptées à un contexte donné,
- de participer à l'élaboration des projets de l'établissement,
- de diriger et de gérer les activités de soins, les instituts de formation.

Le dispositif de formation repose sur deux principes directeurs : un principe de professionnalisation, un principe de personnalisation.

Le principe de professionnalisation a pour objet de faciliter d'une part l'identification aux normes et valeurs du groupe professionnel de référence, d'autre part l'acquisition des connaissances nécessaires à l'exercice de la fonction. L'alternance des temps de formation entre École et le terrain est le pivot de cette formation. Revisité pour la promotion 2003-2004, le cursus de formation s'organise autour de trois pôles :

- gérer les activités de soins,
- être membre de l'équipe de direction,
- se situer comme dirigeant.

¹⁵ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 14

¹⁶ Décret n° 2002-550, op. cit., Art. 16

Le principe de personnalisation a pour objet de rechercher et de développer un dispositif qui permette, d'une part d'apporter des réponses individualisées à des attentes et des besoins de formation identifiés, d'autre part de prendre en compte les connaissances et les expériences antérieures des formés.

Les enseignements sont regroupés en modules obligatoires et optionnels ; ces derniers permettent au stagiaire de choisir en fonction de ses acquis et de son projet. Ce projet reste bien évidemment accompagné et validé par le responsable de la filière de formation professionnelle.

La demande concernant ces enseignements est adressé par la filière aux départements pédagogiques de École ; ces enseignements sont sous la responsabilité d'enseignants qui les assurent ou font appel à des intervenants extérieurs.

Les stages en milieu professionnel (dix semaines) restent un volet essentiel de l'alternance ; ils permettent à l'élève :

- d'acquérir, en situation, une connaissance de l'hôpital ou de l'institut de formation,
- de développer une culture et des compétences professionnelles dans les différents champs d'activité du métier,
- de tester ses capacités personnelles aux fonctions de direction.

L'École fixe les objectifs généraux et les situations auxquelles tout élève doit être confronté au cours des trois périodes :

- pour le premier stage avec la découverte de la fonction qui sera exercée,
- pour le deuxième stage avec la dimension managériale de cette fonction,
- pour le troisième stage avec la découverte de la fonction qui ne sera pas exercée.

Une session interprofessionnelle réunissant les écoles de service public permet à des futurs cadres d'aborder en commun des problèmes qu'ils auront à traiter dans leur fonction future. La réflexion commune permet de mieux cerner les contraintes et les logiques d'action de chacun.

Un module interprofessionnel du management du système de santé permet à chacun, à l'occasion d'un travail collectif réunissant des professionnels des différentes filières formés à École :

- d'identifier et de s'approprier le problème de santé publique soumis à l'étude,
- de repérer les différents acteurs impliqués,
- de préciser et de recueillir l'information nécessaire au traitement du problème posé,
- de traiter cette information en la restituant dans son contexte.

A l'issue la formation, un jury présidé par le directeur de l'École nationale de la santé publique ou son représentant valide le cycle de formation en vue de la titularisation ; ce jury attribue à chaque stagiaire une appréciation et une note globale à partir des différentes évaluations :

- stages,
- enseignements,
- séminaire interprofessionnel,
- mémoire individuel.

Pendant vingt-cinq ans la formation des infirmiers généraux, puis des directeurs de soins, a su s'adapter à l'évolution de cette fonction en particulier, et du monde de la santé en général. Dans un souci de professionnalisation et de personnalisation des cursus, dans le cadre de sa transformation, l'École nationale de la santé publique souhaite également pouvoir proposer aux directeurs des soins en formation la possibilité de valider, parallèlement à la formation statutaire, une formation universitaire de type « master ».

Jean-Louis POURRIERE

Responsable de la filière de formation

des directeurs des soins

École nationale de la santé publique

Annexe V. Exemple d'un texte produit pour une élève directeurs des soins en vue de l'analyse d'une décision

Lieu :

Centre Hospitalier Universitaire (3400 lits)

Pôle de psychiatrie :

- 560 lits et places
- 490 infirmiers
- 35 cadres de santé (45% femmes, 55% d'hommes)
- 8 cadres supérieurs de santé (1 femme et 7 hommes)

Contexte :

Les cadres et cadres supérieurs de santé du pôle de psychiatrie sont issus du « séraïl » c'est à dire que le système fonctionne par cooptation pour gravir l'échelle sociale. On est infirmier, puis cadre de santé, puis cadre supérieur de santé, puis directeur des soins (toujours un homme) dans le pôle de psychiatrie.

Durant, les vingt dernières années, le directeur des soins était « choisi » par l'équipe d'encadrement et les psychiatres. Les règles informelles étaient partagées, le rôle attendu du directeur des soins sans ambiguïté.

En juin, le directeur général me nomme directeur des soins sur ce pôle. Je n'y ai jamais travaillé mais je suis connue par une partie de l'encadrement par :

- ma place de formateur en IFCS
- les missions d'audit réalisées sur ce pôle comme dans les autres services de l'établissement.

Connaissant quelque peu l'histoire de ce pôle, je sais que je suis « attendue » sur ma connaissance de la spécificité de la prise en charge en psychiatrie. Je sais aussi que ma nomination rompt avec le symbole du recrutement des DS depuis plusieurs années.

Situation :

J'ai pris mes fonctions depuis un mois. J'ai rencontré individuellement une majorité des interlocuteurs du pôle (chef de service, cadre supérieur). J'ai déjà pris des décisions en

matière de recrutement, d'affectation de personnel et ai lancé un projet d'évaluation du personnel infirmier.

Je réalise la première réunion de cadres supérieurs, instance que je souhaite mensuelle.

La réunion est programmée quinze jours avant avec un ordre du jour.

Le jour de la réunion prévue à 14H30, j'arrive 5 minutes à l'avance. A ma grande surprise, sept cadres sur huit sont déjà installés autour de la table. Seules restent, une place pour le cadre supérieur manquant et une place pour le directeur des soins en bout de table.

Je décide de prendre la place dédiée au cadre supérieur. Les cadres supérieurs présents échangent des regards mais ne font pas de commentaire. Le cadre sup. qui arrive ensuite prend la place en bout de table.

La réunion se déroule sereinement en respectant l'ordre du jour.

Pourquoi avoir décidé de ne pas prendre la place qui m'avait été attribuée et qui symboliquement me désignait comme le chef (qui préside en bout de table) ?

Cette décision a été prise rapidement dans le but, je pense, de rompre avec les rites institués dans ce pôle avec ce groupe d'acteurs.

Plusieurs éléments ont participé à cette décision :

- Ma connaissance de l'histoire du pôle et du fonctionnement des cadres supérieurs de santé liée aux rencontres individuelles programmées auparavant
- Mes connaissances théoriques sur le concept de groupe et d'individu : les différences entre fonction, rôle dans un groupe. Je souhaitais de manière symbolique communiquer que mon rôle de DS serait pour une part ce qu'ils en attendent mais aussi ce que je veux y mettre
- L'expérience antérieure dans d'autres fonctions d'encadrement et de formateur : les rencontres face à un groupe pour un cadre seul sont à gérer dans les contextes variables. La dynamique du groupe est un facteur essentiel dans le déroulement des rencontres.
- L'analyse rapide que la mise en scène était très calculée et que mon attitude était testée par le groupe (les échanges de regard ont conforté cette analyse).
- L'intuition que cette première réunion marquerait un mode de relation et de communication pour les coopérations et collaborations futures.

Annexe VI. Exemple d'une reconstruction de l'intrigue

Présentation de la situation

En tant que directeur des soins, un mois après la prise de poste en psychiatrie, je convoque la première réunion de cadres supérieurs. En début de réunion, je décide de prendre la place dédiée au cadre supérieur.

Intrigue

But :

Faire reconsidérer les modes de relations professionnelles pour échapper à la stéréotypie ordinaire, bousculer les rapports de rivalité parmi les cadres supérieurs et reconstruire des collaborations.

Étape 1

La réunion est programmée quinze jours avant avec un ordre du jour incluant un point sur les modes de communication dans l'équipe.

La première réunion était voulue par le directeur des soins et était attendue par les cadres supérieurs.

Cinq minutes avant l'heure prévue de la réunion, sept cadres sur huit sont déjà installés autour de la table. Seules restent, une place pour le cadre supérieur manquant et une place pour le directeur des soins en bout de table.

Étape 2

Entrée dans la salle accompagnée du sentiment d'être particulièrement attendu.

Décision immédiate de ne pas occuper la place symboliquement réservée au directeur des soins. Pour autant, le rôle occupé en réunion était bien celui d'un directeur des soins.

Concepts organisateurs et indicateurs

Exercer sa fonction de directeur des soins suppose de situer ses rôles au sein d'un système continu d'attentes de rôles déployé par les cadres supérieurs.

- Rôles attendus par les cadres supérieurs auxquels se sont conformés les directeurs des soins qui ont occupé la fonction précédemment.
- Incertitude générée par l'arrivée d'un nouveau directeur des soins.
- Interactions au plan symbolique de l'identité professionnelle.
- Mise en scène délibérée de l'organisation spatiale de la réunion.

Dans le secteur psychiatrie, la culture d'établissement et de métier est prégnante. Elle règle fortement les comportements sociaux et professionnels. Les équipes interrogent systématiquement la capacité du directeur des soins venant d'un autre milieu à comprendre les logiques professionnelles de la psychiatrie.

- Sentiment des équipes d'être compris malgré un implicite fort et généralisé sur les raisons ordinaires d'agir.
- Représentations de la spécificité de la prise en charge en psychiatrie.

On se pose en s'opposant. Les ruptures de ton, les ruptures de rôles, provoquent parfois des effets bénéfiques de remobilisation des équipes.

- Caractéristiques des relations entretenues dans le groupe et leur écart vis-à-vis des relations entretenues en face-à-face.

Modèle opératif

La situation se caractérise par une mise en scène délibérée afin d'obtenir une conformité du directeur des soins à des rôles prescrits antérieurement. Parce que la situation paraissait organisée, il fallait introduire une rupture. La tactique de management (adaptation des modes de communication dans l'équipe de cadres supérieurs) est orientée vers le but de professionnalisation de l'équipe

La décision repose sur des savoirs académiques tels que la dynamique des groupes restreints et sur des savoirs expérimentiels sur les rapports de rivalité et d'opposition en milieu psychiatrique.

Annexe VII. Les jugements pragmatiques des directeurs des soins sur l'activité de décision

Jugements pragmatiques exprimés dans des contextes spécifiques et reclassés selon la fonction choisie (direction d'un institut de formation paramédicale ou gestion de services de soins) et le type de concepts organisateurs de la décision.

Directeurs des soins, option « Formation »

Dimension organisationnelle et méthodologique

- Face à des problèmes constatés, la réactivité de la décision est requise. Que l'organisation soit remise en cause est secondaire.
- Décider, c'est gérer le tempo.
- D'une manière générale, des réponses doivent être apportées aux problèmes. Il est indispensable de décider.

Dimension managériale

- Les décisions peuvent avoir des conséquences sur le travail d'équipe et la cohésion du groupe.
- En prenant des décisions, on contribue à définir un cadre de travail et à le faire respecter.
- Évaluer est un exercice de rigueur, il faut manager la professionnalisation des correcteurs et préserver la cohésion du groupe.
- La participation au travail d'équipe suppose la prise en compte de l'intérêt général avant son intérêt particulier.
- Assumer les responsabilités de manager d'une équipe s'accompagne d'une attitude responsable vis-à-vis de sa hiérarchie et d'une prise en compte des obligations de travail.
- Les tensions sont de nature à entraver la collaboration au sein de l'équipe.

Dimension stratégique

- Certaines décisions impactent le niveau institutionnel et sont à mettre en relation avec la politique conduite par les instances.
- La crédibilité de l'encadrement suppose que les comportements inadaptés d'un agent soient contrôlés.

Dimension d'engagement personnel

- Les affects orientent la prise de décision et contrebalancent l'analyse rationnelle de la situation.
- Le professionnel du soin, que reste le formateur, oriente son action vers un objectif de socialisation professionnelle.
- Gérer la précipitation, et non l'urgence, inhérente à ces situations de réclamation d'étudiants pour ne pas se tromper. Ne pas répondre dans la précipitation.

Directeurs des soins, option « Gestion des soins »

Dimension organisationnelle et méthodologique

- Il est nécessaire de construire un argumentaire rationnel pour convaincre du bien fondé de la décision à prendre.
- La rationalisation de l'organisation et la recherche de son efficience sont prioritaires.
- Réorganiser un service, c'est envisager les répercussions sur l'activité des autres services.
- Les décisions se prennent en fonction du respect du cadre légal et réglementaire.
- Un projet en partenariat nécessite d'être piloté pour faire expliciter les vécus, les références, les modes d'organisation et réajuster la conduite du projet lui-même.
- La qualité des soins dépend notamment de la quantité de personnel disponible pour assurer les soins.
- La qualité des soins dépend des modes d'organisation qu'il faut donc analyser et optimiser.
- Pour négocier, il faut croire que les partenaires peuvent parvenir à un accord.
- Quand les ressources d'un service sont limitées, il est possible de faire appel à d'autres services, les plus proches puis les plus lointains.

Dimension managériale

- Exercer sa fonction de directeur des soins suppose de situer ses rôles au sein d'un système continu d'attentes de rôles déployé par les cadres supérieurs.
- On se pose en s'opposant. Les ruptures de ton, les ruptures de rôles, provoquent parfois des effets bénéfiques de remobilisation des équipes.
- Un climat de confiance est à préserver pour ne pas mettre en danger les membres de l'équipe.
- Il existe une adéquation entre le respect de l'organisation du travail et la responsabilité professionnelle des cadres.
- Le directeur des soins doit veiller à l'équité et, si besoin, rétablir la satisfaction au travail.
- L'encadrement face aux équipes se trouve pris dans une logique du don et du contre don. Apporter des ressources pour obtenir quelque chose en retour plus tard.
- Le choix de la décision est fonction de la dynamique actuelle de l'équipe soignante et de la « personnalité » du médecin.
- Pour occuper une position légitime en tant que décideur, il n'est pas nécessaire d'être en position hiérarchique vis-à-vis des agents. Une relation fonctionnelle peut suffire.

Dimension stratégique

- Être reconnu comme appartenant à la communauté des décideurs doit être testé au préalable.
- Le maintien de la paix sociale est un objectif à considérer lors d'une réorganisation d'un service.
- Au plan stratégique, la restructuration d'un service s'accompagne d'une perspective d'amélioration du service rendu.
- Le directeur des soins gagne à être reconnu dans son positionnement, cela peut l'aider à résoudre des conflits
- Un positionnement reconnu (statut et réseaux d'influence) donne les moyens d'agir et de décider.

Dimension d'engagement personnel

- Les buts personnels (positionnement au sein de l'équipe, reconnaissance de son travail, etc.) sont déterminants à l'égal des buts organisationnels ou institutionnels.
- La décision se prend seul. Pour cela, on peut avoir besoin de soutien institutionnel ou personnel.
- Des divergences de position dans une équipe peuvent exister. Si les divergences de valeurs ou de modes d'organisation sont inconciliables alors un positionnement en retrait peut apparaître comme une stratégie "économique" pour lutter contre l'usure professionnelle.
- Le registre des affects oriente la prise de décision.
- La dynamique de l'équipe et le cadre légal et réglementaire sont à considérer à l'aune de ses propres valeurs managériales.
- La convergence entre les pratiques managériales de la direction et des cadres et de ses propres représentations est nécessaire pour prendre de bonnes décisions.

Annexe VIII. Comparaison des scores individuels d'auto-efficacité avant et après la phase d'analyse de l'activité

Scores individuels pour chaque élève de la promotion Directeurs des soins 2007, classés par groupe et par ordre croissant de score d'auto-efficacité initial.

Groupe	Code d'anonymat	Début de 1ere période	Fin de 1ere période	Évolution	Différence
Test	3539	24	40	16	+
Test	4973	24	33	9	+
Test	1195	25	36	11	+
Test	2295	25	25	0	=
Test	0231	26	38	12	+
Test	6448	26	24	-2	-
Test	1068	27	38	11	+
Test	1451	27	37	10	+
Test	5676	27	36	9	+
Test	3541	35	33	-2	-
Test	0563	36	37	1	+
Test	1219	36	39	3	+
Test	6035	36	34	-2	-
Test	7738	36	36	0	=
Test	2138	37	38	1	+
Test	2142	38	37	-1	-
Test	3405	38	35	-3	-
Test	9823	38	38	0	=
Contrôle	6267	24	26	2	+

Groupe	Code d'anonymat	Début de 1ere période	Fin de 1ere période	Évolution	Différence
Contrôle	0270	27	28	1	+
Contrôle	3701	27	25	-2	-
Contrôle	4790	27	26	-1	-
Contrôle	6173	27	26	-1	-
Contrôle	9665	27	28	1	+
Contrôle	4551	28	28	0	=
Contrôle	5070	28	27	-1	-
Contrôle	5309	28	34	6	+
Contrôle	6107	28	30	2	+
Contrôle	6927	28	30	2	+
Contrôle	1659	29	27	-2	-
Contrôle	2194	29	25	-4	-
Contrôle	2880	29	31	2	+
Contrôle	2907	29	30	1	+
Contrôle	3652	29	32	3	+
Contrôle	5693	29	38	9	+
Contrôle	0214	30	31	1	+
Contrôle	0417	30	30	0	=
Contrôle	2090	30	35	5	+
Contrôle	2957	30	30	0	=
Contrôle	3171	30	37	7	+
Contrôle	3849	30	29	-1	-
Contrôle	3892	30	33	3	+
Contrôle	8752	30	38	8	+
Contrôle	9014	30	30	0	=
Contrôle	9540	30	36	6	+

Groupe	Code d'anonymat	Début de 1ere période	Fin de 1ere période	Évolution	Différence
Contrôle	9738	30	31	1	+
Contrôle	0163	31	37	6	+
Contrôle	0453	31	32	1	+
Contrôle	1210	31	33	2	+
Contrôle	1929	31	37	6	+
Contrôle	3589	31	32	1	+
Contrôle	2178	32	30	-2	-
Contrôle	4794	32	33	1	+
Contrôle	9878	32	37	5	+
Contrôle	3113	33	31	-2	-
Contrôle	3846	33	30	-3	-
Contrôle	4770	33	39	6	+
Contrôle	7631	33	30	-3	-
Contrôle	8769	33	36	3	+
Contrôle	9625	33	29	-4	-
Contrôle	0000	34	33	-1	-
Contrôle	1677	34	37	3	+
Contrôle	1728	34	35	1	+
Contrôle	4606	34	34	0	=
Contrôle	5911	35	27	-8	-
Contrôle	7761	35	38	3	+

Annexe IX. Résultats du test de Wilcoxon

Groupe Test

Groupe	Code	Score début	Score final	Diff.	Niveau début	Niveau fin	Diff.	val. abs (d)	Rang
Test	3405	38	35	-3	Élevé	Élevé	-3	3	7à8 7,5
Test	6448	26	24	-2	Faible	Faible	-2	2	4à6 5
Test	3541	35	33	-2	Élevé	Faible	-2	2	4à6 5
Test	6035	36	34	-2	Élevé	Faible	-2	2	4à6 5
Test	2142	38	37	-1	Élevé	Élevé	-1	1	1à3 2
Test	2295	25	25	0	Faible	Faible	0	0	0 24,5
Test	7738	36	36	0	Élevé	Élevé	0	0	0
Test	9823	38	38	0	Élevé	Élevé	0	0	0
Test	0563	36	37	1	Élevé	Élevé	1	1	1à3 2
Test	2138	37	38	1	Élevé	Élevé	1	1	1à3 2
Test	1219	36	39	3	Élevé	Élevé	3	3	7à8 7,5
Test	4973	24	33	9	Faible	Élevé	9	9	9à10 9,5
Test	5676	27	36	9	Faible	Élevé	9	9	9à10 9,5
Test	1451	27	37	10	Faible	Élevé	10	10	11 11
Test	1195	25	36	11	Faible	Élevé	11	11	12à13 12,5
Test	1068	27	38	11	Faible	Élevé	11	11	12à13 12,5
Test	0231	26	38	12	Faible	Élevé	12	12	14 14
Test	3539	24	40	16	Faible	Élevé	16	16	15 15

Somme D+ 95,5

H0 : La période n'a pas eu d'effet

Somme D- 24,5

H1 : La période a produit un effet

N non nulle 15

Si $T_c = \min(D+, D-) < T$ théorique, rejet de H0

alpha 5%

T théorique= 30

N=15

Rejet de H0 : Effet produit par la période de formation

Groupe contrôle (Ensemble des 3 sous-groupes : niveau d'auto-efficacité faible, intermédiaire, élevé)

Promo	Groupe	Score début	Niveau début	Score final	Diff.	val. abs (d)	Rang
n° 805 : 27	Contrôle	35	Élevé	27	-8	8	41 à42 41,5
n° 828 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	25	-4	4	31 à32 31,5
n° 810:27	Contrôle	33	Élevé	29	-4	4	31à32 31,5
n° 767 : 27	Contrôle	33	Élevé	30	-3	3	24à30 27
n° 775 : 27	Contrôle	33	Élevé	30	-3	3	24à30 27
n° 795 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	27	-2	2	15à23 19
n° 778 : 27	Contrôle	32	Élevé	30	-2	2	15à23 19
n° 764 : 27	Contrôle	33	Élevé	31	-2	2	15à23 19
n° 811:27	Contrôle	27	Faible	25	-2	2	15à23 7,5
n° 825 : 27	Contrôle	34	Élevé	33	-1	1	1à14 7,5
n° 793 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	29	-1	1	1à14 7,5
n° 808 : 27	Contrôle	27	Faible	26	-1	1	1à14 7,5
n° 809 : 27	Contrôle	28	Faible	27	-1	1	1à14 7,5
n° 824 : 27	Contrôle	27	Faible	26	-1	1	1à14 7,5
n° 802 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0	0
n° 789 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0	0
n° 790 : 27	Contrôle	28	Faible	28	0	0	0
n° 816:27	Contrôle	34	Élevé	34	0	0	0
n° 779 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0	0
n° 831 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	31	1	1	1à14 7,5
n° 797 : 27	Contrôle	27	Faible	28	1	1	1à14 7,5
n° 791 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	32	1	1	1à14 7,5
n° 818:27	Contrôle	34	Élevé	35	1	1	1à14 7,5
n° 821 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	30	1	1	1à14 7,5
n° 826 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	32	1	1	1à14 7,5
n° 820 : 27	Contrôle	32	Élevé	33	1	1	1à14 7,5
n° 806 : 27	Contrôle	27	Faible	28	1	1	1à14 7,5
n° 812:27	Contrôle	30	Intermédiaire	31	1	1	1à14 7,5

Promo	Groupe	Score début	Niveau début	Score final	Diff.	val. abs (d)	Rang
n° 788 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	33	2	2	15à23 19
n° 829 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	31	2	2	15à23 19
n° 765 : 27	Contrôle	28	Faible	30	2	2	15à23 19
n° 777 : 27	Contrôle	24	Faible	26	2	2	15à23 19
n° 801 : 27	Contrôle	28	Faible	30	2	2	15à23 19
n° 780 : 27	Contrôle	34	Élevé	37	3	3	24à30 27
n° 766 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	32	3	3	24à30 27
n° 784 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	33	3	3	24à30 27
n° 787 : 27	Contrôle	35	Élevé	38	3	3	24à30 27
n° 768 : 27	Contrôle	33	Élevé	36	3	3	24à30 27
n° 770 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	35	5	5	33à34 33,5
n° 817: 27	Contrôle	32	Élevé	37	5	5	33à34 33,5
n° 774 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	37	6	6	35à39 37
n° 796 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	37	6	6	35à39 37
n° 823 : 27	Contrôle	33	Élevé	39	6	6	35à39 37
n° 776 : 27	Contrôle	28	Faible	34	6	6	35à39 37
n° 827 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	36	6	6	35à39 37
n° 798 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	37	7	7	40 40
n° 785 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	38	8	8	41 à42 41,5
n° 803 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	38	9	9	43 43
							Somme D+ 674
							Somme D- 272

H0 : distribution des scores du début = à celle des score fin N 43

H1 : la distribution des scores fin est plus élevée que celle du début (effet analyse de l'activité)

Si $T_c = \min(D+, D-) < T$ théorique, rejet de H0

Alpha 5% T théorique = 336

On peut rejeter H0, influence de la période de formation

Groupe contrôle (2 sous-groupes : niveau d'auto-efficacité faible et élevé, niveau intermédiaire écarté)

Promo	Groupe	Score début	Niveau début	Score final	Diff.	val. abs (d)	Rang
n° 805 : 27	Contrôle	35	Élevé	27	-8	8	24
n° 810:27	Contrôle	33	Élevé	29	-4	4	20
n° 767 : 27	Contrôle	33	Élevé	30	-3	3	15à19
n° 775 : 27	Contrôle	33	Élevé	30	-3	3	15à19
n° 764 : 27	Contrôle	33	Élevé	31	-2	2	9à14
n° 778 : 27	Contrôle	32	Élevé	30	-2	2	9à14
n° 811:27	Contrôle	27	Faible	25	-2	2	9à14
n° 808 : 27	Contrôle	27	Faible	26	-1	1	1à8
n° 809 : 27	Contrôle	28	Faible	27	-1	1	1à8
n° 824 : 27	Contrôle	27	Faible	26	-1	1	1à8
n° 825 : 27	Contrôle	34	Élevé	33	-1	1	1à8
n° 790 : 27	Contrôle	28	Faible	28	0	0	
n° 816:27	Contrôle	34	Élevé	34	0	0	
n° 797 : 27	Contrôle	27	Faible	28	1	1	1à8
n° 806 : 27	Contrôle	27	Faible	28	1	1	1à8
n° 818:27	Contrôle	34	Élevé	35	1	1	1à8
n° 820 : 27	Contrôle	32	Élevé	33	1	1	1à8
n° 765 : 27	Contrôle	28	Faible	30	2	2	9à14
n° 777 : 27	Contrôle	24	Faible	26	2	2	9à14
n° 801 : 27	Contrôle	28	Faible	30	2	2	9à14
n° 768 : 27	Contrôle	33	Élevé	36	3	3	15à19
n° 780 : 27	Contrôle	34	Élevé	37	3	3	15à19

Promo	Groupe	Score début	Niveau début	Score final	Diff.	val. abs (d)	Rang	
n° 787 : 27	Contrôle	35	Élevé	38	3	3	15à19 17	
n° 817: 27	Contrôle	32	Élevé	37	5	5	21 21	
n° 776 : 27	Contrôle	28	Faible	34	6	6	22à23 22,5	
n° 823 : 27	Contrôle	33	Élevé	39	6	6	22à23 22,5	
							Somme D+	169,5
							Somme D-	130,5
							N	24

H0 : la période n'a pas d'effet

H1 : la période produit un effet

Si $T_c = \min(D+, D-) < T$ théorique, rejet de H0

Alpha 5% T théorique = 91

Pas de rejet de H0

Groupe contrôle (sous-groupe niveau auto-efficacité intermédiaire)

Promo	Groupe	Score début	Niveau début	Score final	Diff.	val. abs (d)	Rang	
n° 828 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	25	-4	4	12	12
n° 795 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	27	-2	2	7à9	8
n° 793 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	29	-1	1	1à6	3,5
n° 802 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0		
n° 789 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0		
n° 779 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	30	0	0		
n° 831 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	31	1	1	1à6	3,5
n° 791 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	32	1	1	1à6	3,5
n° 821 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	30	1	1	1à6	3,5
n° 826 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	32	1	1	1à6	3,5
n° 812:27	Contrôle	30	Intermédiaire	31	1	1	1à6	3,5
n° 788 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	33	2	2	7à9	8
n° 829 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	31	2	2	7à9	8
n° 766 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	32	3	3	10à11	10,5
n° 784 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	33	3	3	10à11	10,5
n° 770 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	35	5	5	13	13
n° 774 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	37	6	6	14à16	15
n° 796 : 27	Contrôle	31	Intermédiaire	37	6	6	14à16	15
n° 827 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	36	6	6	14à16	15
n° 798 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	37	7	7	17	17
n° 785 : 27	Contrôle	30	Intermédiaire	38	8	8	18	18
n° 803 : 27	Contrôle	29	Intermédiaire	38	9	9	19	19

Somme D+ 166,5

H0 : distribution des scores du début = à celle des score fin

Somme D- 23,5

H1 : la distribution des scores fin est plus élevée que celle du début (effet analyse de l'activité)

Si $T_c = \min(D+, D-) < T$ théorique, rejet de H0

N = 19 Alpha : 5% T théorique = 53 **Rejet de H0 : influence de la période de formation**

Critical Values of the Wilcoxon Signed Ranks Test (Extraits)

n	One-Tailed Test	
	$\alpha = .05$	$\alpha = .01$
5	0	--
6	2	--
7	3	0
8	5	1
9	8	3
10	10	5
11	13	7
12	17	9
13	21	12
14	25	15
15	30	19
16	35	23
17	41	27
18	47	32
19	53	37
20	60	43
21	67	49
22	75	55
23	83	62
24	91	69
25	100	76
26	110	84
27	119	92
28	130	101
29	140	110
30	151	120
31	163	130
32	175	140
33	187	151
34	200	162
35	213	173
36	227	185
37	241	198
38	256	211
39	271	224
40	286	238
41	302	252
42	319	266
43	336	281

Annexe X. Facteurs explicatifs de l'évolution du score d'auto-efficacité

Texte écrit par une élève Directeur des soins à notre demande lors des investigations complémentaires. Son score initial était de 30 points et score final de 38 points.

Pour expliquer cette évolution, je fais le lien avec mon autobiographie professionnelle avant d'entrer à l'ENSP, aujourd'hui mon vécu de la formation et mon devenir professionnel en tant que directeur des soins.

1. Mon autobiographie professionnelle avant d'entrer à l'ENSP :

Je ne ferai pas ici l'historique de mon parcours professionnel. Cependant, au cours de 2006, je me suis beaucoup interrogée à savoir si je voulais devenir directeur des soins, pourquoi ? Et comment ?

Depuis trois ans, j'étais en poste en tant que faisant fonction de directeur des soins. J'avais accepté ce poste à la demande du directeur général. J'étais arrivée à un moment de maturité professionnelle riche d'une expérience professionnelle diversifiée dans le domaine de la gestion et de la formation pour adultes. Par ailleurs, j'avais pu tester mes capacités d'adaptation dans le cadre de mobilités professionnelles. Ceci m'a amené à côtoyer des directeurs des soins aux profils différents me permettant de construire ma représentation de la fonction.

Si la première année, j'ai pu exercer la fonction en toute autonomie, travailler en collaboration avec tous les membres de l'équipe de direction et mener à bien des restructurations importantes, il n'en a pas été de même les deux années suivantes. En effet, dans un contexte de changement de directeur général et de centralisation des prises de décisions, je me suis retrouvé devoir appliquer des décisions pour lesquelles je n'avais pas été impliquée.

A titre d'exemple. A mon retour de congés annuels, un chef de bureau me demande où Mme X, cadre de santé, nouvellement embauchée, est affectée à son arrivée dans dix jours ? Je ne suis pas informée de cette arrivée. Je téléphone au coordonnateur général des soins qui dit avoir oublié de m'informer, n'avoir pas prévenu le chef de service et qu'il

m'appartient de le faire. J'ai donc rencontré en urgence un chef de service pour lui annoncer que son cadre partait à l'IFSI et qu'un nouveau cadre arriverait dans dix jours.

Ce type de pratique allait à rencontre de mes valeurs et de mes pratiques professionnelles développées jusque-là, en termes de collaboration, de coopération, de concertation, malgré un contexte institutionnel complexe et contraint.

Par ailleurs, l'absence de concertation au sein de la direction des soins et l'écart entre un discours managérial et la pratique ne me permettait plus d'adhérer à la politique institutionnelle de la coordination des soins. En conséquence, en perte totale de sens, j'ai perdu confiance, doutait de mes capacités professionnelles de plus en plus et je me suis interrogée sur la fonction de directeur des soins. Devais-je persister dans cette voie ? D'autant plus, que deux années de suite, j'avais échoué à l'écrit au concours.

Je me suis inscrite en préparation du concours à l'ENSP. La première rencontre avec le responsable de la formation des directeurs des soins a été déterminante. Il a présenté la formation directeur des soins et a dit ceci (je reprends exactement ses propos) : « Pour ceux, qui sont en poste de faisant fonction directeur des soins et qui ont échoué au concours, posez vous la question, pourquoi on vous charge t'on la « barque » ? Et à qui cela sert-il ? ». Cela a fait écho et j'ai trouvé des réponses...

Par ailleurs, désireuse de ne pas me tromper de projet professionnel, j'ai travaillé sur la base d'un document autobiographique permettant de s'interroger sur son passé, son présent et son devenir. J'avais utilisé celui-ci au cours de la formation cadre de santé. Travailler par écrit m'a permis de reprendre confiance en moi, de me réassurer sur les pratiques managériales que je souhaitais développer en tant que directeur des soins. Aussi, j'ai pris la décision de me présenter une dernière fois au concours, décidée à m'affirmer telle que je suis. J'ai utilisé ce document pour préparer le grand oral.

2. Aujourd'hui, mon vécu de la formation

J'aime à dire que je suis en « dedans » et en « dehors » de l'ENSP. Je suis arrivée à l'école sans a priori, heureuse d'être là, consciente que c'est une réelle opportunité pour « poser » les choses, prendre du recul par rapport à ma pratique professionnelle. J'ai pris le parti d'être ouverte, d'observer, de communiquer, de me laisser surprendre, d'être en lien avec la promotion, les intervenants, le responsable de filière, les tuteurs de positionnement et de stages.

. La promotion

C'est l'apprentissage de la diversité, prendre en compte les différences, le partage d'expériences (le profil type directeur des soins n'existe pas). C'est être d'accord ou pas d'accord avec des propos et/ou des comportements. C'est faire le lien entre la théorie et la pratique du « jeu des acteurs».

. Les intervenants

C'est avoir la possibilité de s'ouvrir à d'autres champs professionnels, sortir de notre vision « micro hospitalière» et soignante. C'est entendre un autre discours sur le monde de la santé, nous confronter à notre pratique professionnelle.

. Le responsable de filière, les tuteurs de positionnement et de stages

C'est observer au quotidien la pratique professionnelle d'un directeur des soins, saisir l'opportunité d'échanges sur les problématiques du monde de la santé qui se posent au directeur des soins. C'est au-delà des signes formels, repérer tous les signes informels qui donnent toute sa légitimité au directeur des soins.

Aussi, depuis le début de la formation, j'opère un « va et vient » permanent entre ce que je peux repérer dans le cadre de la formation selon un vieux schéma, en terme de savoir, savoir faire, savoir être, et ma pratique professionnelle antérieure et ce que je peux retenir ou réinvestir pour mon devenir en tant que directeur des soins.

. Le savoir

J'ai pris conscience que j'ai acquis des connaissances pendant la préparation au concours mais aussi dans le cadre de mon expérience professionnelle, de manière plus autodidacte que ce soit dans le domaine de la gestion ou de la formation ou dans le cadre d'actions de formation continue. En fonction, des problématiques à traiter, je me suis toujours attachée à faire des recherches (documentaires ou internet), à prendre l'avis ou des renseignements auprès de professionnels expérimentés et/ou m'appuyer sur des personnes ressources ou experts.

. Le savoir-faire

Par comparaison, dans le cadre des analyses des pratiques réflexives, des ateliers, des échanges avec des professionnels, j'ai pu mesurer que j'ai acquis un certain savoir faire. Cependant, je pense qu'en termes de marge de progrès, il me paraît important de savoir-faire faire.

. Le savoir-être

Les travaux de groupe, les exercices de présentation orale, le module de communication, permettent de s'approprier, de développer, de tester des capacités relationnelles, en matière d'écoute, de négociation. L'observation en stage permet de relever les signes formels et informels en matière de communication favorisant la prévention et/ou la régulation de tous dysfonctionnements.

Globalement, la prise de conscience de ces savoirs acquis, toujours en développement et dans une dynamique de réajustement permanent, est venue renforcer une « estime de soi » (quelque peu malmenée, avant d'entrer en formation).

Aussi, estime de soi - confiance en soi - affirmation de soi sont intimement liées et s'auto-alimentent.

Une confiance en moi retrouvée me permet de m'affirmer peut être plus, tout au moins d'affirmer mes convictions.

En conséquence, j'envisage mon devenir professionnel en tant que directeur des soins avec une certaine sérénité, avec une « force tranquille », une détermination et une certaine mesure. Le doute persiste toujours et permet de s'interroger, sachant que rien n'est définitivement acquis.

3. Mon devenir professionnel en tant que directeur des soins

Mes propos ici sont d'autant plus affirmés après la richesse des échanges que j'ai pu avoir avec mon tuteur de stage en mars.

J'ai pu prendre la mesure de la notion «du management porteur de sens ». Comment le discours se décline en actes et en comportement ? Il se décline à travers le contenu (à savoir le repérage de l'objet à faire évoluer, quoi, qui, où ?), le sens (les finalités, pourquoi ?), le processus (la recherche de solutions, comment ?).

Il s'appuie sur une dimension managériale (positionner la prise en charge du patient au cœur des processus), sur une dimension culturelle (adapter sa communication en fonction des différents professionnels, en fonction de leur culture), sur une dimension pédagogique (faire comprendre les enjeux de toutes décisions et/ou orientations).

Par ailleurs, au cours de ce stage, nous avons travaillé sur un projet de validation des projets individuels de formation. Dans ce cadre, nous avons créé des grilles d'auto-analyse permettant à tout agent désireux de s'engager dans un projet de formation de s'interroger sur son autobiographie personnelle.

Pour conclure, je ne sais pas si je suis plus efficace en référence à la définition de l'auto-efficacité. J'ai sûrement retrouvé du sens à mes actes et ma motivation s'est décuplée. Je suis convaincue d'avoir pris la bonne orientation professionnelle. Lors du deuxième test, j'ai répondu beaucoup plus spontanément, sans m'attarder sur les questions. Il est vrai qu'à la lecture de votre mail, j'ai cru à une erreur, que ce n'était pas mes résultats. Ma progression me paraît quelque peu excessive (+8 points) et m'interroge.

Je m'interroge toujours sur mes capacités d'autant plus lorsque je dois rendre des projets de mémoire, note de situation, devoir de socio... etc. Mais, cela a sûrement un rapport avec l'ÉCOLE (bien avant l'ENSP)...

Est-ce à dire que mon axe de progrès pourrait être : Confiance en soi + écriture spontanée = efficacité accrue ? L'avenir me le dira. Je suis sûre que j'ai une marge de progression certaine.

Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité. Contribution à une théorie agentique de la formation des compétences critiques des cadres et dirigeants de la santé publique.

L'objet de cette recherche est de mesurer la contribution de l'analyse de l'activité au développement de l'auto-efficacité au travail. Notre population est constituée de cadres et de dirigeants de la santé publique en formation à l'École des hautes études en santé publique. La problématique vise à articuler la notion de compétences critiques, compétences si difficiles à acquérir, avec la théorie sociocognitive et la théorie de la conceptualisation dans l'action. La convergence sur quelques objets essentiels de ces deux ensembles théoriques est un premier résultat : l'analyse de l'activité et l'agentivité contribuent explicitement à un modèle de la formation des compétences critiques. Trois séries de données sont constituées. La première identifie des compétences critiques dans le champ du management de la santé publique. La seconde est issue de la mesure du niveau d'auto-efficacité de 697 élèves de l'ÉHESP. La troisième montre qu'un dispositif d'analyse d'une activité de décision managériale contribue à l'augmentation de l'auto-efficacité. Ce résultat est particulièrement significatif pour les personnes qui disposaient d'un faible niveau initial d'auto-efficacité. Les analyses indiquent que dans tous les cas d'augmentation de l'auto-efficacité, que les individus aient bénéficié ou non d'un dispositif institué ou non, l'analyse de l'activité, ou l'auto-analyse de l'activité, est le facteur le plus déterminant. Ainsi, cette recherche renforce l'hypothèse suivant laquelle l'analyse de l'activité et l'agentivité constituent deux conditions majeures à la formation des compétences critiques, c'est-à-dire de l'adaptation performante de l'homme à son environnement professionnel.

Mots-clés : Compétence critique, auto-efficacité, analyse de l'activité, formation supérieure professionnelle, cadres et dirigeants de la santé publique.

Activity analysis and the development of self-efficacy. A contribution to an agentic theory for the development of critical competencies in public health executives and managers.

The aim of this research was to measure the contribution of activity analysis to the development of self-efficacy in the workplace. Our population was comprised of public health executives and managers in training at the French School of Public Health. The research question focused on how to articulate the notion of critical competencies, notoriously difficult to acquire, with cognitive theory and the theory of conceptualization in action. These different but complementary theoretical approaches lead to the idea that activity analysis and agency may contribute explicitly to establishing a model of critical competencies training. Three sources of information data have been exploited. The first characterizes critical competencies in the field of public health management. The second results from measures of the level of job-related self efficacy (697 trainees from the EHESP). The third demonstrates how a system of activity analysis pertaining to managerial decision-making contributes to an increase in self efficacy. This result is particularly significant for those trainees with an initially low level of self efficacy. These results indicate that in all cases in which an increase in self efficacy has occurred, irrespective of whether the individuals concerned have benefited or not from established modes of training, activity analysis or self-conducted activity analysis has been the most determining factor in promoting an increase in self efficacy. Thus, this research strengthens the hypothesis that activity analysis and agency represent two major conditions for the formation of critical competencies, i.e. of effective adaptation of the professional to his work environment.

Keywords: Critical competencies, self-efficacy, activity analysis, executive training, public health management executives and managers.