

Du constructivisme au naturalisme : enjeux d'une refonte épistémologique de la formation à la collaboration interprofessionnelle en santé

From constructivism to naturalism: challenges of an epistemological rethinking of education for health interprofessional collaboration

La collaboration interprofessionnelle est aujourd'hui devenue un standard des objectifs de la formation des professionnels de la santé. L'intérêt de son enseignement n'est plus, en tant que tel, discuté. Ce sont plutôt les approches (théoriques, méthodologiques) et les expérimentations de dispositifs pédagogiques qui constituent aujourd'hui l'essentiel des productions, plutôt foisonnantes, tel qu'en témoigne la publication de revues (ou de numéros de revues) entièrement dédiées à la question.

Avant d'aborder les aspects pédagogiques, il faut d'abord rappeler que l'émergence d'un besoin de formation à la collaboration interprofessionnelle trouve sa source dans les pratiques cliniques. La complexification des pratiques en santé, qu'elle relève de situations de soins dites complexes mais aussi de conditions nouvelles d'exercice du soin, fait émerger un besoin plus grand d'action collective. Rappelons à cet égard que l'Organisation mondiale de la Santé a précisé, dès 2010, les enjeux de la collaboration interprofessionnelle, en la situant à chacun de ces niveaux : la qualité des soins et une prise en charge holistique, la sécurité du patient mais aussi la lutte contre la pénurie de personnels de santé [1].

Les objectifs pédagogiques de la formation à la collaboration interprofessionnelle s'en trouvent ainsi nécessairement affectés. Il ne s'agit pas uniquement, en effet, d'apprendre à traiter collectivement des situations de soins complexes, mais aussi de veiller au partage des compétences nécessaires au traitement réussi des situations, de manière à pouvoir pallier l'absence de personnes-ressources. Dans cette perspective, on note une évolution significative des propositions en matière de formation à l'interprofessionnalité (*inter-professional education*).

Les approches essentiellement formelles, procédurales, souvent décontextualisées, plutôt inscrites dans le paradigme de l'enseignement et qui se traduisent par une liste « à la Prévert » de savoirs, d'aptitudes et d'attitudes favorisant une action collective en santé – rappelant au

besoin la nécessité d'être parfaitement au niveau attendu de ses compétences propres –, ont fait place progressivement à des orientations plus pragmatiques qui interrogent les conditions de l'agir collectif et qui visent la constitution de communautés interprofessionnelles de pratiques.

Une approche pragmatique de la formation à l'interprofessionnalité : la communauté interprofessionnelle de pratiques

Dans l'espace francophone, on peut notamment faire remonter les premières contributions à cette orientation pragmatique de la collaboration interprofessionnelle aux travaux de Danièle d'Amour, Claude Sicotte et Ron Lévy [2], qui ont proposé une série de facteurs structurants de la collaboration interprofessionnelle. Le niveau micro-actantiel met l'accent sur la relation, la communication, le partage d'un langage commun, mais aussi la confiance et la reconnaissance dans les compétences de l'autre. Le niveau méso-organisationnel porte sur les conditions d'organisation du soin à l'échelle des structures. Il porte l'attention sur les environnements de travail et les conditions requises pour favoriser une action collective (un certain type de management, de gouvernance des services, des ressources à mettre à disposition). Le niveau macro-social, enfin, pointe davantage la structuration sociale des professions, les aspects éducatifs et culturels.

Toute une série de dispositifs ont ainsi vu le jour, essayant d'intégrer tout ou partie de ces leviers de l'interprofessionnalité au sein des enseignements proposés, ces derniers étant très clairement orientés vers les dimensions micro-actantielles de l'agir collectif (communication interpersonnelle, écoute, respect).

À la lecture des propositions, on peut par ailleurs considérer que l'accent a été mis principalement sur le développement de communautés de pratiques

interprofessionnelles de soin, dont on présuppose qu'elles reposent essentiellement sur l'engagement des acteurs et leur volonté de « faire collectif ». Cette notion de collectif est ici clairement appréhendée comme processus d'affiliation et de modes spécifiques d'engagement opérés par les individus, en vue de coopérations ponctuelles visant à traiter des situations-problèmes. Toutes les méthodologies de résolution collective de problèmes y concourent. Sur le fond, on assiste ainsi à ce que Kaufmann et Trom [3] nomment une « désubstantialisation » de la notion même de collectif, qui se traduit par la constitution de collectifs d'individus non pas sur la base d'une mêmeté (supposée) de valeurs, mais sur une base hétérogène, que ce soit en termes de composition de ces collectifs, des compétences dont sont porteurs les individus qui les constituent, ou encore des valeurs qui les animent. Par conséquent, on comprend que le simple rappel des valeurs du « prendre soin » ne constitue pas – ou plus – un dénominateur commun suffisant pour développer un agir collectif.

La démultiplication du nombre et du type d'acteurs (soignants, non-soignants) gravitant dans un service de santé, tout comme la transformation du rapport au soin, à la santé, et de son contexte de mise en œuvre, obligent en effet à repenser le socle des valeurs sur lequel se fondent les collectifs de soin (dimension axiologique), les conditions effectives d'un possible agir collectif en fonction des contextes singuliers (dimension pragmatique), mais aussi, plus largement, les finalités et les fondements du soin lui-même (dimensions ontologique et éthique). Sur ce point, la place contemporaine du patient et de ses proches constitue une ligne d'évolution majeure, qui oblige à intégrer ces questionnements et à dépasser les approches centrées sur la communauté interprofessionnelle de soins. En effet, celles-ci sont sans doute restées trop strictement « professionnel-centrées », n'intégrant pas assez la perspective du patient, de ses proches et, plus largement, de la communauté et de l'environnement social et culturel.

Un approfondissement pragmatiste de la formation à l'interprofessionnalité : la communauté de soins

C'est dans cette perspective, et au regard de ce qu'il convient de nommer un approfondissement pragmatiste de ce tournant pragmatique de l'agir collectif, au sens où l'analysent Bidet *et al.* [4], que la question du patient et de son rôle central dans le dispositif d'éducation à l'interprofessionnalité se pose. Les programmes de formation à la collaboration interprofessionnelle « centrée sur » le patient ont vu le jour pour constituer aujourd'hui la majeure partie des contributions. Si l'expression « centrée sur » semble impropre et restrictive compte-tenu de l'implication attendue voire effective du patient (qu'il soit simulé, mentor, ressource ou expert), cette orientation marque incontestablement une inflexion majeure à l'heure d'un renforcement évident de la valeur d'autonomie dans nos sociétés, de la montée en puissance du paradigme du

patient-partenaire (porté principalement à l'origine par des collectifs de patients) et des esquisses de démocratie en santé qui semblent structurer les politiques de santé et les pratiques de soin ou de formation. À travers la figure du patient, c'est donc plus largement une évolution de nature sociale et culturelle qui se fait jour.

Sur le plan pédagogique, il s'agit dès lors de dépasser la logique de constitution d'une communauté interprofessionnelle de pratiques de soin (avec ses règles, ses codes, ses savoirs techniques et scientifiques) au profit d'une communauté de soins incluant le patient et ses proches [5]. Si cette orientation répond aux enjeux éthiques d'un « prendre soin » amené à sortir de sa spirale technoscientifique et technocratique, au profit d'une conception plus autonomiste, inclusive et participative du soin, c'est aussi sur le plan épistémologique que la mutation est significative.

Une telle approche de la collaboration interprofessionnelle envisagée comme constitutive d'une communauté de soins oblige en effet à mieux « reconnaître » le patient (au sens des éthiques de la reconnaissance) et à intégrer ses savoirs expérientiels dans les ressources constitutives de la communauté de soin. Elle redéfinit aussi les contours de la relation de soins elle-même, la rendant dans l'absolu moins asymétrique, et revalorise également l'apport à la communauté de certaines professions jusque-là marginalisées et à qui on déléguait traditionnellement le « sale-boulot » [6]. On retrouve donc ici quelques-uns des présupposés de certaines éthiques centrées sur le souci des autres, communément dénommées, en référence à la locution anglaise, éthiques du *care*, mais aussi des philosophes et sociologues pragmatistes pour lesquels l'action collective se définit comme établissement de significations communes, à travers des coopérations qui s'éprouvent dans le cadre de dispositifs d'expérimentation sociale [7]. L'agir collectif se construit ainsi à partir d'une confrontation d'expériences plurielles et situées, que la démarche réflexive, à travers une variété de méthodes (narrativité, débriefing réflexif, clinique de l'activité, etc.), contribue à transformer en apprentissage situé et contextualisé.

C'est, selon nous, dans cette perspective que l'on peut en partie inscrire la contribution d'Olivia Gross et de ses co-auteurs, qui paraît dans ce numéro du journal [8]. Dans leur étude, ils présentent et discutent le programme EXPAME (pour Expérience-Patient-Mentor) visant le développement d'apprentissages transformationnels, susceptibles – c'est en tout cas leur hypothèse – d'aider les étudiants à reconsidérer leurs idées et attitudes, à partir d'une pédagogie narrative. Les étudiants se réunissent ainsi en groupes pluriprofessionnels en présence d'un patient-mentor et échangent en se référant à leurs expériences vécues. Reprenant les bases et les étapes de l'apprentissage transformationnel de Mezirow et Cranton [9], l'évaluation du dispositif semble attester une réduction de ce que les auteurs nomment l'injustice épistémique, autrement dit une reconnaissance de la parole du patient-mentor, une réflexivité accrue sur le statut de leurs savoirs et un repositionnement (identitaire, professionnel) des

étudiants. L'étude permet finalement de rappeler le rôle majeur que peut jouer la pédagogie narrative dans la formation à l'interprofessionnalité, par la place qu'elle donne à la subjectivité, aux affects, aux émotions, dont les auteurs rappellent à juste titre qu'ils constituent des leviers importants d'apprentissage. La narrativité, très utilisée en éthique et en médecine narrative, tend à humaniser la démarche réflexive qui, à défaut, court le risque de trop exclusivement se centrer sur les aspects formels et les techniques du soin, dans une visée plus adaptative que réellement transformative. L'étude insiste enfin sur la nécessité d'engager cette dynamique critique et réflexive dès la formation initiale, sans attendre « l'après-coup » au nom d'un soi-disant manque d'expérience.

Une autre contribution, rapportée par Jérôme Molle, Marie-Annick Hidoux et Bruno Bellet, porte quant à elle sur l'influence de l'interprofessionnalité sur l'apprentissage du leadership dans le cadre de dispositifs de formation paramédicale recourant à la simulation [10]. L'interprofessionnalité est envisagée ici comme modalité d'apprentissage et de soutien au développement de compétences techniques (*technical skills*) mais aussi non techniques (*non technical skills*). Les auteurs, à travers leur étude, montrent que les pratiques de simulation interprofessionnelle favorisent le développement des capacités cognitives et sociales nécessaires au développement d'une posture de leader, capable de mener les autres en vue d'atteindre des objectifs communs dans des situations spécifiques. Si, comme ils le rappellent, ce rôle est généralement dévolu aux médecins, l'enjeu semble être de pouvoir assurer cette fonction en cas d'absence de ressources médicales. Dans les conditions mises en œuvre pour ce travail, de type expérimental, les résultats accréditent le fait que l'interprofessionnalité pourrait soutenir le développement d'une posture de leadership, l'association des compétences techniques et non techniques mais aussi le transfert des apprentissages, eu égard au dispositif proposé, qui repose sur les fondements de l'apprentissage expérientiel et réflexif de Kolb. L'authenticité recherchée du dispositif favorise par ailleurs un engagement et une motivation plus forte des étudiants, rendant l'apprentissage plus signifiant.

Enfin, la contribution de Joanne Wiesner Conti, Patricia Picchiottino, Robert Doureradjam, Jean-Pierre Bosson et Adeline Paignon porte, quant à elle, sur un programme de formation de formateurs en simulation interprofessionnelle [11]. Leur étude met l'accent sur les conditions d'apprentissage et le besoin de compétences en matière de co-facilitation de cet apprentissage de la collaboration interprofessionnelle. Outre la dimension expérientielle et l'authenticité recherchée des mises en situation, le développement de ces compétences s'avère essentiel pour accompagner la réflexivité nécessaire à l'apprentissage des étudiants. Sans surprise, on constate que c'est par la pratique effective de la facilitation que les formateurs développent les compétences nécessaires à l'animation de session de formation en simulation interprofessionnelle (*learning by doing*). Cette contribution rappelle ainsi la nécessité de repenser les environnements

d'apprentissage et d'en optimiser le caractère capacitant et apprenant. On dépasse l'idée d'une alternance intégrative formelle et cette idée raccourcie que l'expérience, en soi, pourrait être apprenante. Elle demande tout au contraire un travail et donc une (re)configuration des environnements du soin et de la formation [12].

Une approche naturaliste de la formation à l'interprofessionnalité ?

Ces contributions, qui sont autant d'expérimentations pédagogiques et d'apports aux réflexions sur l'apprentissage de l'interprofessionnalité, ouvrent plus fondamentalement la voie à un renouvellement épistémologique de cet apprentissage. En mettant l'accent sur les situations et les contextes, sur la réflexivité et l'expérience comme modalité d'apprentissage et sur le rôle des environnements, elles ouvrent la voie à une inscription plus naturaliste que strictement constructiviste de la pédagogie de l'interprofessionnalité. Être naturaliste, au sens développé par Dewey [13], c'est être empiriste et expérimentaliste, autrement dit passer les phénomènes au crible de l'expérience et de l'évaluation, tableur sur l'observabilité des choses, notamment celle des opérations et des activités, des relations et des significations. Le naturalisme, c'est aussi l'idée de ne pas dissocier les opérations cognitives des opérations organiques ou existentielles. Autrement dit, le processus d'apprentissage ne vise pas qu'à transformer des schèmes qui seraient désincarnés de leur réalité organique. La place des affects ou des émotions est donc ici fondamentale et justifie pleinement les dispositifs mettant en scène une confrontation d'expériences, dont celle de la rencontre avec le patient dans le cadre d'ateliers narratifs, de dispositifs de simulation interprofessionnelle ou, mieux encore, de dispositifs d'apprentissage en contexte authentique.

Les notions de continuité et de transaction, qui sont au fondement de cette approche naturaliste, constituent également des pistes de réflexion pour penser et fonder une pédagogie de l'interprofessionnalité. Le principe de continuité (que l'on retrouve souvent décliné à travers la notion de continuum expérientiel) traduit l'idée d'une expérience « sans fin », qui doit se réfléchir et s'ajuster continuellement, en intégrant les apprentissages collectifs générés par le processus d'enquête collective mené à cette fin. Pratiquement, il s'agit par exemple d'envisager l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle dans un continuum intégrant formation initiale et continue, expérience vécue en stage et dans les écoles, curriculum formel et caché, apprentissage formel et informel.

L'idée de transaction se réfère, quant à elle, à une interdéfinition et une interdépendance des éléments d'une même totalité. Comme le précise Reck, cité par Quéré [14], « une transaction est un processus situationnel dans lequel chaque élément possède une nature et joue un rôle, non pas intrinsèquement, mais en vertu de son contexte, de son lien à d'autres éléments dont la nature et le rôle sont

pareillement affectés. p. 95 ». Traduction faite, on en vient ici à considérer la formation en santé non pas exclusivement comme un processus individuel de transformation des capacités du sujet dans la réalisation d'une tâche ou d'une activité, à partir d'un référentiel préconstruit de l'agir, visant l'ajustement des acteurs à un monde ordonné, mais comme un processus de transformation sociale. Il s'agit ainsi de s'accorder avec l'environnement (d'où l'idée de transaction), ce qui passe par le partage de croyances, de coutumes, d'un langage commun. Cette conception de l'environnement va bien au-delà de ce qu'en disent nombre de théories actuelles de la cognition distribuée ou de la cognition située, qui – malgré leur insistance sur le couplage dynamique entre l'organisme et l'environnement – considèrent souvent que le rôle de l'environnement (d'apprentissage en ce qui nous concerne ici) est essentiellement de fournir des informations, des contraintes, des stimuli et des affordances (néologisme formé dans le champ de la psychologie, à partir du verbe anglais *to afford* – offrir, permettre, fournir –, pour désigner la capacité de guider ses comportements en percevant ce que l'environnement offre en termes de potentialités d'actions).

Dans une perspective naturaliste, on considérera qu'on n'interagit pas « dans » un environnement mais « au moyen » d'un environnement que l'on contribue à façonner autant qu'il nous affecte. La configuration d'un environnement capacitant et apprenant devient dès lors un enjeu majeur, tout comme l'activité de communication entre l'ensemble des parties-prenantes de cet environnement. Elle permet en effet la coordination des activités par le partage des significations. « *Là où la communication existe, les choses acquièrent une signification qui leur permet également de se doter de représentants, de substituts, de signes, d'implications qui se prêtent infiniment mieux à un traitement à la fois plus stable et plus commode que les événements en leur état initial [...]* » p. 161. » [15].

La question, pour conclure et peut-être en guise d'agenda de travail, devient celle du pilotage d'un possible dispositif d'apprentissage de l'interprofessionnalité inscrit dans une perspective naturaliste, en accord avec l'environnement social, et de son inscription au sein des curriculums en santé. Les réflexions consacrées à la gouvernance réflexive et collective des dispositifs d'apprentissage permettent en partie d'y réfléchir [16,17]. Elles insistent sur le caractère expérimentaliste et contextuel de l'apprentissage, à travers, par exemple, des démarches de *design* (entendu comme processus de conception et comme dispositif conçu), de *codesign* ou de *design* capacitaire, et plaident aussi pour une évaluation incluant l'ensemble des parties prenantes (*stakeholders*) de la communauté de soins, à l'instar des développements consacrés à l'évaluation de type conjoncturel (*responsive evaluation*) » [18,19]. Contrairement aux évaluations inscrites dans des modèles formalistes, ce type d'évaluation se concentre sur l'examen du processus éducatif plutôt que sur des résultats prédéfinis du processus (évaluation des produits, des impacts, des effets). Dans la littérature, les résultats d'une

évaluation conjoncturelle sont perçus comme ayant davantage de pertinence par rapport aux préoccupations et aux problèmes des parties prenantes, et donc plus susceptibles d'être mis en œuvre. La réalisation d'une évaluation qui réponde aux besoins de ces groupes garantira que les informations issues de cette évaluation soient significatives et plus appropriées lorsque l'évaluation vise l'amélioration (et donc la pérennisation) du programme. C'est aussi et surtout envisager le développement des curriculums en santé, et donc des pratiques évaluatives afférentes, dans la perspective d'une démocratie en santé qui reste pleinement à construire.

Grégory AIGUIER* 

Centre d'éthique médicale, EA 7446 « Ethics »,
Université Catholique de Lille, Lille, France

*Mailto: gregory.aiguier@univ-catholille.fr

Références

1. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO, 2010.
2. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* 1999;17:67-94.
3. Kaufmann L, Trom D (eds.). Qu'est-ce qu'un collectif? Du commun à la politique. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2010.
4. Bidet A, Bidet M, Chave F. Au-delà de l'intelligibilité mutuelle: l'activité collective comme transaction. Un apport du pragmatisme illustré par trois cas. *Activités* 2013 [On-line]. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/activites.632>.
5. Hester MD. Community as healing: Pragmatist ethics in medical encounters. Lanham: Rowman and Littlefield Publishers, 2001.
6. Rothier Bautzer E. L'écologie des groupes professionnels. L'exemple idéal-typique du secteur sanitaire. *Revue Éducation, Santé, Sociétés* 2009;4:101-13.
7. Dorf M, Sabel C. De la constitution de l'expérimentalisme démocratique. *Cahiers philosophiques* 2009;119:110-8.
8. Gross O, Azogui-Levy S, Bourdon O, Foucaut A-M, Margat A, Lartigue C, Lassale S, Ruelle Y, Wagner A, Gagnayre R. Apprendre en inter-professionnalité à partir de l'expérience de patients-mentors. *Pédagogie Médicale* 2023. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022034>.
9. Mezirow J and Associates (eds.). Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
10. Molle J, Hidoux M-A, Bellet B. Influence de l'interprofessionnalité sur l'apprentissage du leadership dans le cadre de dispositifs de formation paramédicale recourant à la simulation. Étude LEADERSHIP. *Pédagogie Médicale* 2023. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022037>.
11. Wiesner Conti J, Picchiottino P, Doureradjam R, Bosson J-P, Paignon A. Programme de formation de formateur en simulation interprofessionnelle. *Pédagogie Médicale* 2023. <https://doi.org/10.1051/pmed/2022035>.
12. Fernagu-Oudet S, Cartaut S (sous la direction de). Environnements d'apprentissage et design capacitant: enjeux pour l'enseignement et la formation en contexte de crise. *Revue Phronesis* 2022;11(4):1-132.

13. Dewey J. Logique. Théorie de l'enquête. Paris : PUF, 1993 (éd. originale 1938).
14. Quéré L. Le naturalisme social de Dewey et Mead. *Intellectica* 2013;60:91-114.
15. Quéré L. L'environnement comme partenaire. In : Barbier J-M, Durand M (eds.). Sujets, activités, environnements. Approches transverses. Paris : PUF, 2006.
16. Aiguier G, Poirette S, Pélissier M. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *J Int Bioethique Ethique Sci* 2016;27:91-112.
17. Brabant C. Introduction à la gouvernance réflexive. Essai de cadre théorique pour une recherche en gouvernance de l'éducation. *Les Carnets du Centre de philosophie du droit* 2009;140 [On-line]. Disponible sur : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25672>.
18. Abma TA, Widdershoven GAM. Sharing stories: Narrative and dialogue in responsive nursing evaluation. *Evaluation and the Health Professions* 2005;28:90-109.
19. Curran V, Christopher J, Lemire F, Collins A, Barrett B. Application of a responsive evaluation approach in medical education. *Med Educ* 2003;37:256-66.