[Crise de l'Hôpital et de l'École : quelles incidences pour les personnels de santé et d'éducation ?]



Rapport de recherche du Centre Henri Aigueperse-UNSA Éducation

réalisé par

Yasmina Kébir
Claire Bordas
Denis Adam

UNSA éducation

ires
INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Recherche - Formation Histoire sociale
CENTRE HENRI AIGUEPERSE

[Sommaire]

Introduction :

1ère partie : **État des lieux de deux institutions en situation de crise**

A/ Crise de l'Hôpital et de l'École

B/ Le détour par l'histoire

C/ Mise en évidence des similitudes

D/ Impact sur le sens des métiers

2e partie : **Des métiers en quête d'évolution**

A/ Prise en compte, accueil, accompagnement et communication

B/ Recours à la formation et à la réflexivité

C/ Complémentarités et coopérations des acteurs

D/ Lien avec la recherche et expertises croisées

Conclusion : Besoins de refondation

Introduction

[Des proximités entre l'École et l'Hôpital ?]

« *La société française a beaucoup changé ces 40 dernières années et nombre de ses évolutions ont impacté l'hôpital et ses personnels* ».

Cette affirmation du rapport de février 2019 « *L'hôpital public en crise : origines et propositions* » de l'Académie nationale de médecine pourrait s'appliquer de la même manière à l'École et à ses personnels.

D'autant plus que, si la pandémie actuelle n'est en rien la cause, elle apparaît comme un catalyseur de mise en évidence de la crise qui affecte en France l'Hôpital et l'École, deux des principales institutions publiques en difficulté.

Cette situation n'est effectivement pas nouvelle. Une littérature abondante, tant scientifique que médiatique, rend compte des difficultés que traversent le système de soins hospitaliers et le système scolaire. Plusieurs réformes ont même déjà eu lieu dans les deux secteurs, destinées à résorber les fragilités. Pour autant, face à la covid-19, l'hôpital comme l'école se sont révélés à la peine pour remplir leur mission.

Ce révélateur de la situation sanitaire a également montré des similitudes (manque de moyens, de personnels, bâtiments mal adaptés, équipements insuffisants…) entre les deux institutions, même si le monde scolaire et celui de la santé présentent d'importantes différences.

Au-delà des aspects matériels, c'est peut-être dans l'histoire et la mission de ces institutions qu'il faut chercher à comprendre les déficits et leurs effets sur les personnels, tant dans leurs pratiques professionnelles que dans le sens de leurs métiers.

Ce travail de recherche part d'un premier constat. Celui du syndicat des enseignants de l'UNSA (SE-UNSA) qui s'interrogeait sur le fait que dans les travaux nationaux sur la formation des enseignants, l'exemple de la formation des médecins revenait comme un modèle de référence possible. En questionnant l'usage de cet exemple, de nombreuses similitudes peuvent être mises en avant entre médecins hospitaliers et enseignants. Ces deux métiers sont appelés à évaluer et à poser des diagnostics, à prévoir des suivis et des remédiations, à intervenir, à mesurer les effets de leurs actions. Ils possèdent l'un et l'autre des compétences acquises et des gestes professionnels à la fois répondant à des protocoles et s'adaptant pour l'un aux patients, pour l'autre aux élèves, avec lesquels ils sont censés communiquer.

Ainsi dans un article de 2013, Geneviève Zoïa et Laurent Visier[1] avaient montré que « *médecins et enseignants peuvent être considérés comme des professionnels du fait de leur détention d'un savoir qui relève de l'universel et d'une orientation vers l'intérêt général (Parsons, 1955) fondée sur la valeur émancipatrice (Durkheim, 1925) du programme institutionnel qu'ils portent (Dubet, 2002)* », ils proposent d'identifier « *deux tendances centrifuges communes aux deux métiers, la première que nous qualifierons de* "populationnelle" *(Foucault, 2004) et la seconde d'*"éthique" ». Ils mettent ainsi en évidence que les « *deux secteurs font l'objet d'injonctions relatives aux effets de leur propre travail : fondées sur les statistiques et les évaluations, les recommandations encadrent toujours plus leur activité* » et que d'« *autre part, une exhortation à respecter l'autonomie des publics engage médecins et enseignants à une personnalisation de leur action* ». Ainsi, le malade comme l'apprenant apparaissent à la fois comme des membres d'une population

1 Geneviève Zoïa et Laurent Visier, « *Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?* », Recherche et formation, 72 | 2013, 41-56.

donnée, connue, voire standardisée (celle des malades ou des élèves) et comme des individus singuliers. Cette double dimension conduit les professionnels, au-delà des seuls médecins et enseignants, à agir à la fois de manière normée (le programme, les instructions officielles, les protocoles de soin, …) et leur demande des prises en charge personnalisées dans lesquelles patients ou élèves revendiquent d'êtres acteurs à part entière de la démarche de soin ou d'apprentissage.

En prolongeant cette approche, deux éléments complémentaires viennent renforcer la pertinence de ce rapprochement.

L'Hôpital comme l'École s'inscrivent dans un long héritage qui a façonné leurs missions et leurs modes de fonctionnement. Les différents personnels sont organisés dans une hiérarchie explicite et implicite au service des objectifs définis pour ces institutions. À L'hôpital, il lui est demandé de soigner. L'acte médical y est premier. L'ensemble des personnels non médecin est donc au service du soin. De l'École, il est attendu qu'elle transmette le savoir. L'enseignement y est donc central et les personnels qui ne le font pas directement y contribuent et sont dénommés « *personnels non enseignants* », ce qui est assez révélateur.

Par ailleurs, la perception du soin comme du savoir a largement évolué au cours de ces dernières années, bousculée par exemple par les notions de "*bien-être*" et d'"*apprentissage*", mais aussi par l'élévation du niveau d'étude de la population, la démultiplication des sources d'information, la place du numérique, la revendication de devenir acteur de sa santé et de son éducation…

À partir de ces trois constats, similitudes entre les métiers de médecins et d'enseignants, cadre institutionnel au service d'une mission historique, évolution du contexte sociétal, il nous est apparu pertinent de conduire un travail plus approfondi d'étude du sujet.

Rapidement la référence à des "*crises*" s'est imposée. Impossible d'étudier l'École ou l'Hôpital et passer sous silence les interrogations sur les difficultés vécues par ces deux institutions et leurs personnels.

L'apparition du virus de la Covid-19 et ses conséquences ont rendu cette dimension encore plus prégnante. L'Hôpital est apparu comme n'étant pas préparé à faire face à une telle pandémie. L'École n'était pas adaptée à devoir assurer les apprentissages à distance ou par petits groupes. Dans les deux cas, la question des plus fragiles s'est posée. À quels patients donner priorité lorsque les services hospitaliers sont saturés ? Avec quels élèves enseigner lorsque tous n'ont pas les mêmes possibilités de travailler chez eux, derrière leurs écrans ?

Bien que ces questions demeurent d'actualité, notre recherche ne vise pas directement à les étudier, mais bien à les resituer dans un contexte plus général. Il faut le redire, si elles se sont posées de manière accrue du fait de la situation sanitaire, elles ne nous apparaissent pas comme nouvelles. Elles s'inscrivent dans une réalité plus ancienne et plus profonde. Et c'est celle-ci que nous souhaitons éclairer.

Nous pourrions la traduire en une hypothèse. Elle prendrait alors la forme suivante :

> **Les actuelles crises de l'Hôpital et de l'École ne traduisent-elles pas l'inadaptation des missions de ces institutions anciennes, la nécessité de leur évolution et le**

questionnement sur le sens des métiers des professionnels de la santé et de l'éducation ?

L'Hôpital comme l'École (les majuscules renvoyant ici au terme générique et non à un établissement spécifique) sont pris comme des institutions instituées (Lourau, 1970)[2], c'est-à-dire « *comme une forme sociale établie, fonctionnant de façon régulière et dont on présume qu'elle répond à une demande collective particulière* »[3]. Bien que régulièrement soumises à des réformes, elles conservent une sorte de caractère d'immuabilité renvoyant à leur origine et à leurs missions premières. Les pressions internes comme externes qu'elles subissent les fragilisent donc en tant que structures stables et interrogent leur capacité d'évolution. Leur manque de souplesse, voire leur rigidité, conduisent à ce que les pressions s'exercent plus ou moins directement sur les personnels en poste dans ces institutions, car c'est sur eux que reposent les injonctions paradoxales de faire à la fois "*comme d'habitude*" et "*différemment*", d'être les gardiens de la permanence et de l'évolution, de relier passé immuable et présent incertain. Le titre du tout récent livre de Claude Lelièvre « *L'École d'aujourd'hui à la lumière de l'histoire* »[4] illustre totalement cette approche et un travail similaire pourrait sans aucun doute être conduit par d'autres historien.ne.s sur l'institution hospitalière.

Aux nouveaux rapports au savoir et au soin ainsi qu'aux nouvelles relations avec leurs publics, se sont ajoutées pour l'École comme pour l'Hôpital, les notions d'évaluation et de rentabilité, alors même que l'Éducation et la Santé relèvent par nature de l'utilité sociale. Pour autant, au travers des budgets qui leur sont alloués par la nation et confrontés au phénomène de concurrence provoqué par la présence d'un secteur privé (de clinique et d'établissements scolaires), l'École et l'Hôpital sont sommés de justifier de la pertinence de leurs actes. La taille des établissements, le nombre d'élèves ou de patients, les taux de réussite scolaire ou opératoire peuvent déterminer leur maintien ou leur fermeture (c'est le cas de trop petits hôpitaux ou de maternité ne réalisant pas assez d'accouchements chaque année, c'est aussi le cas de classes uniques ou des petits collèges). De même, ouvertures et fermetures de lits ou de classes relèvent de critères comptables sans liens explicites avec les meilleures conditions d'accueil du public (proximité avec le lieu d'habitation, dimension plus humaine, meilleurs liens avec les familles…).

Si la proximité entre les deux institutions se comprend essentiellement à partir des professionnels qui représentent leur mission principale -le médecin pour l 'Hôpital et l'enseignant pour l'École-, la diversité et la multiplicité des métiers qui exercent dans ces deux structures publiques ne peuvent être ignorées. En effet, inclus dans une double hiérarchie, statutaire et implicite, ces personnels sont encore plus victimes des questions de sens qui pèsent sur leurs missions et leurs actions. Ils sont à la fois dépendants du sens donné à leur structure et de celui donné au métier principal chargé de soigner dans un cas, d'enseigner dans l'autre.

L'analogie entre École et Hôpital ne doit pas faire oublier que la comparaison met également en évidence des différences notables. Ainsi, par exemple, si une majorité des personnels de direction des établissements scolaires sont recrutés chez les enseignant.e.s ou parmi les CPE (conseiller.e. principal.e d'éducation) afin de maintenir un lien pédagogique, le fait que les directeurs d'hôpitaux soient des gestionnaires et non des médecins crée une césure qui fait revendiquer à l'académie de médecine le retour à une « *logique médicale* » de l'Hôpital. La différence essentielle en terme de

2 R. Lourau, L'Analyse institutionnelle, Paris, Éditions de Minuit, 1970.

3 Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., Sociologie des institutions. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.

4 Claude Lelièvre, L'école d'aujourd'hui à la lumière de l'histoire - contre-vérités et surprises, Odile Jacob, mars 2021.

gestion entre les deux structure repose sur la question de la rentabilité de l'acte, qui ne se mesure pas réellement dans l'Éducation et qui sclérose l'Hôpital. De même, les rapports de tutelle entre le ministère de l'Éducation nationale sur les établissements scolaires sont assez différents de celui exercé par le ministère de la Santé, en lien avec les agences régionales de santé (ARS) sur les établissements hospitaliers.

Pour autant, il apparaît que les similitudes et les rapprochements possibles permettent de mener à bien cette étude comparative. Aussi, à partir de la littérature existant sur le sujet, des travaux menés par Yasmina Kébir dans le cadre de sa thèse et de l'expertise syndicale des fédérations UNSA Santé et UNSA Éducation[5], la recherche tend à apporter des éléments de confirmation de l'hypothèse évoquée précédemment.

Dans un premier temps, nous interrogeons la situation de crise rencontrée par ces deux institutions et pas leurs personnels. Resituant les interrogations qui leur sont posées, l'étude cherche à mettre en évidence les problématiques posées et les évolutions déjà apportées. Un détour par l'histoire, permet de mieux appréhender ce qui a conduit à la situation actuelle et de comprendre la structuration des fonctionnements institutionnels, la définition des missions et leur priorisation.

La seconde partie envisage une analyse des évolutions en cours ou souhaitables situant les hiérarchies entre les personnels et leurs rapports avec « *les usagers* » : les patients pour l'hôpital, les élèves pour l'école, les familles dans les deux cas. Elle questionne également les évolutions du sens des métiers et la manière de les accompagner à la fois par la formation et la réflexivité professionnelle.

5 Yasmina Kébir, chargée de recherche au Centre Henri Aigueperse - UNSA Éducation est doctorante à l'Université de Lorraine et travaille plus particulièrement sur les questions de formation des médecins.
Ce travail d'étude ayant été réalisé dans les conditions imposées par la pandémie, de nombreux entretiens et observations de terrain n'ont pas été possibles.

Crise de l'Hôpital et de l'École

1ère partie

[État des lieux de deux institutions en crise]



A/ **Crise de l'Hôpital et de l'École**[6]

La pandémie qui a bouleversé le quotidien de la planète en 2020 a révélé l'ampleur d'inégalités, de dysfonctionnements de notre société mais aussi de la crise que connaissent certaines de nos institutions. L'École comme l'Hôpital étaient en crise avant l'apparition de la Covid-19 et la pandémie a mis en exergue des tensions qui affectaient déjà les systèmes éducatif et hospitalier. L'École et l'Hôpital ont fait l'objet de nombreux articles tentant de dater le début de leur crise respective. Le journal Libération, en novembre 2019[7], propose plusieurs datations de début de crise de l'hôpital (1974, 1989, 1995, 2003, 2007 ?), liées à la réorganisation de l'accueil des patients, à la tarification à l'acte, à la rigueur budgétaire, aux déserts médicaux ou à l'engorgement des urgences. Concernant l'École, Franck Giol dans *L'éducation scolaire en France (1980-2005) : entre crise, recomposition et recherche d'un nouveau modèle éducatif,* date les premières crises du système éducatif des grandes mutations sociales qui ont accompagné ces périodes. La crise du système éducatif et du système hospitalier précède donc largement la naissance de la pandémie. Dans cette première partie, nous examinerons les différentes réformes et crises qu'ont connues l'école et l'hôpital. Nous nous intéresserons à leurs points communs et nous nous interrogerons sur l'une des sources convergentes de la crise de ces institutions : des réformes globales menées sur le système, entraînant une perte de sens des missions vécue par les personnels de l'éducation et de santé.

Nous proposons dans cette première partie d'entamer une réflexion sur les différentes répercussions que les réformes menées à l'École et l'Hôpital peuvent entraîner sur le travail et la pratique professionnelle quotidienne des enseignants et du personnel soignant.

Des réformes régulières du système éducatif qui participent à une tension du corps enseignant

Réformer pour uniformiser et tenter de réduire les inégalités

Develay (1996) définit le concept de crise comme ayant deux origines sémantiques qui sont aussi distinctes que complémentaires : la première fait référence à une phase qualifiée d'aiguë dans l'évolution d'une maladie représentant un moment décisif de ce processus. La seconde quant à elle

6 Cette première sous-partie est une version retravaillée de l'article de Yasmina Kébir publié sur le site du Centre Henri Aigueperse – UNSA Éducation, https://centrehenriaigueperse.com/2021/02/24/crise-de-lecole-et-de-lhopital-impact-sur-les-pratiques-professionnelles/

7 https://www.liberation.fr/france/2019/11/14/de-1974-a-nos-jours-de-quand-date-la-crise-a-l-hopital_1763119/

exprime à la fois un danger et une opportunité. Une ouverture engageant une vision à la fois pessimiste et optimiste signalant la fin de quelque chose et le début d'une autre (Develay, 1996).

À la fin du XXe siècle, les politiques européennes dans le domaine de l'éducation étaient dominées par les restrictions imposées par le principe de subsidiarité. Ce principe permettait aux pays de traduire les orientations européennes en politiques nationales et régionales en fixant des objectifs et des mesures spécifiques. Rappelons que le Traité de Maastricht -1992- exclut explicitement toute harmonisation dans le domaine de l'éducation et de la formation. Cependant, avec la crise des années 1980, pour faire face à la concurrence économique et relancer l'emploi, l'éducation en France a progressivement pris la première place dans l'agenda.

En France, plusieurs réformes institutionnelles ont été lancées entre 1959 et 1975 afin de relever le niveau de l'enseignement et d'unifier les structures du secondaire. Les anciennes filières d'enseignement (avec des filières professionnelles courtes pour certains élèves) ont été supprimées et un programme commun unifié a été rendu obligatoire. En outre, toute sélection de filière a été reportée à la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire (à l'âge de 15 ou 16 ans). Cependant, il a fallu un certain temps (et plusieurs actes ultérieurs) pour que cela soit réellement réalisé, et ce n'est que depuis les années 1980 qu'il est devenu obligatoire pour chaque élève français de suivre la totalité des 4 années du collège. En tout état de cause, ces lois ont produit une première vague d'expansion du nombre d'élèves scolarisés (Duru-Bellat, 2008). Cependant, les fortes inégalités sociales que les sociologues français (comme Pierre Bourdieu) avaient dénoncées dans les années 1960 ne se sont pas annulées, mais plutôt retardées à la fin du collège, lorsque les élèves ont été orientés soit vers le lycée, soit vers des filières professionnelles, de sorte que les inégalités ne se sont déplacées que vers un niveau supérieur.

Ainsi, une deuxième vague de réformes a été mise en œuvre à la fin des années 1980, à nouveau pour relever le niveau moyen d'éducation et tenter de réduire l'écart entre les groupes sociaux. Le moyen le plus simple d'y parvenir était d'élargir l'accès au deuxième cycle de l'enseignement secondaire, ce qui a été fait : la France a connu une expansion spectaculaire de l'éducation depuis les années 1960 et surtout au cours des années 1980. Après une augmentation constante du pourcentage d'une génération passant le "*baccalauréat*", d'environ 5% en 1950 à 28% au début des années 1980, l'objectif politique de « *80% d'une génération passant le baccalauréat* » a alors été fixé, comme l'a proclamé le ministre de l'Éducation nationale de l'époque. Il s'agissait de réduire le nombre de redoublements dans l'enseignement primaire et de supprimer l'orientation précoce vers l'enseignement professionnel, ce qui signifiait, jusqu'au milieu des années 1980, que les élèves les plus "*faibles*" – et donc le plus souvent les élèves de la classe ouvrière – quittaient l'école secondaire à l'âge de 14-15 ans. Ces changements ont réduit la sélectivité dans les carrières scolaires, même si le niveau scolaire des élèves ne s'est pas amélioré de manière significative. Certains auteurs ont même parlé d'une sous-sélection relative des élèves de la classe ouvrière, susceptible d'affecter leur trajectoire scolaire ultérieure (Convert, 2006). On peut ajouter que cette

baisse de la sélectivité dans le parcours scolaire ne s'est pas accompagnée d'échecs plus nombreux au baccalauréat ; à l'inverse, si le pourcentage de succès était de l'ordre de 66% dans les années 1970, il est aujourd'hui de l'ordre de 87%.

Des réformes de la formation enseignante tiraillées entre connaissance disciplinaire et pratique pédagogique

Mis à part ces différentes réformes et ces changements qu'a connu le système solaire en France, plusieurs réformes majeures, au cours des trente dernières années, ont aussi eu comme objet la formation des enseignants. La durée de la formation, son organisation et son contenu ont été revus. Ces réformes ont donné lieu à de nombreux débats et controverses sur le rôle des universités et le rôle des écoles dans la formation des enseignants, l'articulation entre théorie et pratique, l'équilibre entre connaissances et pédagogie, etc. En juillet 1989, une loi importante a été adoptée par le Parlement français : la Loi d'orientation sur l'éducation. Cette dernière énonce les grands principes de l'éducation : l'éducation est la première priorité nationale ; l'éducation doit être « *centrée sur l'élève* » ; chaque enfant doit être l'acteur principal de son orientation ; la communauté éducative, y compris les parents, est responsable de l'éducation, etc. Cette réforme a organisé l'école en « *cycles* » : un « *cycle* » est un ensemble d'années pendant lesquelles les compétences à acquérir sont fixées par un programme national. La nouvelle loi prévoyait (article 17, 8861-8862) la création d'IUFM (Instituts universitaires de formation des maîtres), chargés de la formation professionnelle initiale des enseignants (pour les enseignants du primaire et du secondaire) et de contribuer à la fois à la formation continue des enseignants et à la recherche pédagogique. L'idée principale était de former tous les enseignants dans la même institution universitaire. Les IUFM ont été créés en 1990 et 1991 (un dans chaque académie).

Un rapport de Daniel Bancel (1989) a fourni les principes fondamentaux sur lesquels la réforme était fondée : donner aux futurs enseignants non seulement une compétence dans une matière, mais aussi une solide préparation professionnelle (Losego, 1999). Le rapport indique qu'il y a trois principaux domaines de compétences nécessaires pour un futur enseignant : la connaissance de l'identité de la matière (connaissances à enseigner, histoire et épistémologie de la discipline, rôle social de la discipline), la connaissance de l'apprentissage et de l'enseignement (didactique et pédagogie), et la connaissance du système éducatif (politique nationale d'éducation, établissement d'enseignement, etc.). Les principaux éléments de la réforme étaient les suivants :

– les enseignants du secondaire doivent bénéficier d'une préparation professionnelle et pédagogique, et non pas seulement d'une formation disciplinaire ;

– les enseignants du primaire devraient être formés dans un contexte universitaire, et non dans des établissements distincts. Ils devraient recevoir une préparation de même qualité (et de même durée) que les enseignants du secondaire (ce qui a conduit à une augmentation de la préparation

d'un an). Et, par conséquent, les enseignants du secondaire et du primaire percevraient alors les mêmes salaires ;
– tous les futurs enseignants (primaire et secondaire) devraient être formés dans le même établissement universitaire. Des IUFM seront créés dans chaque académie et seront chargés de la préparation des enseignants. Ce seront des institutions indépendantes, ne faisant pas partie de l'université, mais ayant un statut très proche des universités, et étant fortement liées aux universités ;
- les IUFM devraient également contribuer à la fois à la formation continue des enseignants et à la recherche pédagogique.

Dès le début, la réforme de la formation des enseignants et la création des IUFM ont donné lieu à d'intenses débats et combats politiques et idéologiques (Le Point, 1991). Un débat politique : le gouvernement a considéré cette réforme comme majeure, dans le cadre de la nouvelle loi d'orientation de l'éducation. Le Premier ministre et le ministre de l'Éducation nationale sont personnellement et fortement impliqués dans la réforme, et s'engagent dans plusieurs discours forts pour la soutenir. Un débat idéologique a aussi émergé suite à cette reforme à travers lesquels les enseignants soutiennent que « *l'enseignement est un art, pas une science* ». Ils se fondent sur le bon sens et le pragmatisme, et dénoncent la pédagogie comme quelque chose de vide et d'inutile, des mots sans véritable contenu. Ils considèrent que la connaissance des matières est la composante essentielle de l'éducation et critiquent les méthodes pédagogiques basées sur la collaboration, les projets, etc. L'un des objectifs de la création des IUFM était d'introduire davantage de pédagogie et de didactique dans la formation des enseignants, en particulier pour les enseignants du secondaire, qui n'étaient formés qu'au contenu de leurs matières. Pédagogie, didactique et psychologie étaient considérés comme des éléments importants du programme de l'IUFM. Mais les Républicains ont déclaré que le renforcement de la pédagogie réduirait les connaissances de la matière, et que cela n'était pas acceptable. Certains philosophes et écrivains ont soutenu ces idées, comme Alain Finkielkraut ou encore Elisabeth Badinter (Le Monde, 1990). D'autre part, des spécialistes de la pédagogie et des sciences de l'éducation comme Philippe Meirieu encourageaient le développement de la recherche pédagogique et soutenaient les IUFM.

Après l'élection présidentielle de 2012, le nouveau gouvernement a décidé d'entamer une nouvelle réforme de la formation des enseignants, et de donner à la formation des enseignants une réelle priorité. Le 1er septembre 2013, 23 ans après leur création, les IUFM ont été supprimés et remplacés par de nouveaux établissements : les ESPE (Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation). Les ESPE sont des écoles internes aux universités, et il y a une ESPE dans chaque académie, ce qui fait 32 ESPE en France (Journal Officiel de la République française 2013). L'ambition principale des ESPE est de proposer une formation professionnalisante de 2 ans, après l'obtention de la licence, menant à un master national : MEEF (Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation). La formation est basée sur le concept de « *formation en alternance* » qui combine des cours académiques et des périodes de pratique dans les écoles.

Ces différentes réformes et changements subis par le système éducatif et le prolongement de la formation initiale et continue des futurs enseignants ont provoqué des tensions croissantes et des remises en question de la définition même du travail enseignant. Les sujets traitant du « *malaise enseignant* » dénoncent ainsi l'extension et l'augmentation des tâches qu'effectuent les enseignants dans leur pratique professionnelle (Maroy, 2006).

École de la confiance, métier en souffrance ?

Dans un article de 2008, Christophe Hélou et Françoise Lantheaume ont pu mettre en exergue l'ensemble des difficultés que rencontrent les enseignants dans leur pratique quotidienne. En effet, ils ont mis en évidence un certain nombre d'éléments qui nous permettent d'avoir une vision objective de ce que peuvent rencontrer les enseignants dans leur métier. Dans un premier temps, ils pointent les différentes difficultés liées à la mobilisation des élèves en classe qui devient de plus en plus compliqué à atteindre. Étant donné que l'aspect d'intéressement de l'élève représente un des aspects fondamentaux de la pratique enseignante (Hélou, Lantheaume, 2005), l'échec causé par la non atteinte de cet objectif représente un échec pour l'enseignant lui-même et pouvant de ce fait entraîner des répercutions aussi bien sur la qualité d'apprentissage des élèves que sur la manière par laquelle la séance pédagogique est vécue par les participants (Hélou & Lantheaume, 2008). Cela entraînerait une obligation ressentie par les enseignants de développer de nouvelles stratégies d'intéressement, ce qui représente une tâche de plus en plus compliquée considérant l'augmentation astronomique du nombre d'élèves dans les classes. Ce qui rend la tâche encore plus difficile, c'est l'incertitude des résultats des efforts fournis par les enseignants en classe. En effet, la mobilisation et l'investissement dont ils font preuve ne sont très souvent pas récompensés entraînant un découragement exprimé par la majorité des enseignants (Hélou & Lantheaume, 2008). Une autre difficulté pour les enseignants concerne la limite étroite entre la sphère professionnelle qui empiète de plus en plus sur la sphère privée. Toutes ces difficultés énoncées ne permettent en aucun cas d'avoir une vision claire et limpide de ce que peut représenter un « *bon* » travail et donc une définition plus difficile à cerner pour l'enseignant. Cela complique la tâche aux enseignants car ces éléments portent atteinte aux deux logiques orientant la pratique enseignante et ayant été identifiées par Van Zanten : une première concerne la conduite et l'acquisition des apprentissages, donc des objectifs à court terme, tandis que l'autre fait référence à des objectifs à plus long terme et qui doivent se conformer au système telle que la démocratisation de la réussite (Van Zanten, 2012).

L'un des plus grands bouleversements de l'Éducation depuis que l'École est devenue obligatoire et gratuite au XIXe siècle tourne autour de l'école de la confiance – ramener la confiance dans les écoles. « *De la maternelle à l'université, nous sommes en train de tout changer* », a déclaré le président Emmanuel Macron. Ces changements permettent en effet de restructurer le système de la maternelle au collège. Les changements permettront de garantir que tous les élèves bénéficient des mêmes chances, indépendamment de leur classe sociale ou de leur milieu. Cette loi n° 2019-

791 du 26 juillet 2019 avait un ensemble d'objectifs bien précis : de transmettre les savoirs fondamentaux, de préparer les élèves à leur avenir, de rassembler autour de l'école. Ces grands changements, et ceux depuis 1980, de la société ont des conséquences considérables pour les écoles et vont modifier de manière drastique la profession d'enseignant. La loi pour une école de la confiance impose aux enseignants de suivre des formations continues tout en exerçant leur métier ce qui a déjà été rédigé de manière plus globalisante au niveau de la loi Sapin stipulant que « l*a formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale. Elle vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle.* ». Ces formations devront être adaptées aux besoins de chaque professionnel enseignant et participer à leur développement professionnel et personnel, ce qui peut donner lieu à une certification ou un diplôme valorisant et valorisable tout en prenant en compte les spécificités de l'exercice réalisé. En effet, les parcours de formation seront de cette manière individualisés, tout en prenant en considération les savoirs et les savoir-faire acquis en formation initiale, l'étudiant pourra choisir et sélectionner, selon certaines modalités, les formations qui seront le plus en adéquation avec son profil, ses besoins, ses attentes et de son contexte socio-professionnel.

> « *Outre la transmission des connaissances, la Nation fixe comme mission première à l'école de faire partager aux élèves les valeurs de la République. Le service public de l'éducation fait acquérir à tous les élèves le respect de l'égale dignité des êtres humains, de la liberté de conscience et de la laïcité. Par son organisation et ses méthodes, comme par la formation des maîtres qui y enseignent, il favorise la coopération entre les élèves. Dans l'exercice de leurs fonctions, les personnels mettent en œuvre ces valeurs.* » (Article L111-1 du Code de l'Éducation).

L'enseignant se retrouve indubitablement au centre d'un croisement le confrontant à des forces qui, dans la majeure partie des cas, sont en opposition : cadres institutionnels, les normes de la société, sa propre éthique et ses valeurs ainsi que les besoins des apprenants qui se diversifient complexifiant de plus en plus leur travail au fil des années. Cela pourrait représenter un des facteurs expliquant les résultats statistiques d'une étude réalisée par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) relevant que 53% des enseignants estiment vivre leur métier difficilement contre seulement 37% en 2011. Cela s'explique en partie par le fait que, dans le contexte économique et social dans lequel nous sommes actuellement, l'enseignant se retrouve à jongler entre plusieurs casquettes qu'il n'a pas forcément choisies d'incarner : pédagogue, psychologue, éducateur, didacticien et ce dans des classes de plus en plus hétérogènes et aux effectifs de plus en plus élevés. Comme le stipule la loi sur l'École de la confiance de 2019 : « *L'engagement et l'exemplarité des personnels de l'Éducation nationale confortent leur autorité dans la classe et l'établissement et contribuent au lien de confiance qui unissent les élèves et leur famille au service public de l'éducation. Ce lien implique le respect des élèves et de leur famille à l'égard des professeurs, de l'ensemble des personnels et de l'institution scolaire* ».

Professionnalisation des enseignants, élément facilitateur de l'entrée dans le métier ?

Cette situation met en exergue le côté relationnel que doit prendre en charge un enseignant et qui finalement fait partie intégrante de sa pratique professionnelle quotidienne mais traduit aussi une aggravation et une complexification de la situation de l'enseignant dans les établissements éducatifs. Ce qui, selon le gouvernement français, permettrait en partie de répondre à ces contraintes concernant la préprofessionnalisation des enseignants. À l'issue des différentes réformes de l'Éducation nationale que le système français subit depuis une dizaine d'années, le ministère propose la mise en place d'un dispositif qu'il qualifie d'ambitieux. En effet, le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse propose à ceux qui se destinent au métier d'enseignant « *une meilleure formation initiale et des parcours plus attractifs pour entrer dans le métier* ». Pour y parvenir, il a mis en place un nouveau dispositif de préprofessionnalisation ayant pris effet à la rentrée 2019 ce qui permettra une entrée progressive dans le métier de professeur.

Les objectifs de cette préprofessionnalisation sont aussi ambitieux que pertinents. Dans un premier temps, ce serait de permettre aux personnes qui le souhaitent une entrée progressive dans le métier de professeur tout en ayant un accompagnement personnalisé et une prise de responsabilité adaptée. Ces premiers pas dans le contexte professionnel se fera progressivement, pouvant aller d'interventions ponctuelles sur des séquences pédagogiques sous la responsabilité du professeur-tuteur jusqu'à une prise en charge de séquences pédagogiques complètes en passant par une participation à l'aide aux leçons et aux devoirs dans le cadre du dispositif « *devoirs faits* ». Deuxièmement, cela permettrait d'augmenter l'attractivité, d'attirer un plus grand nombre d'étudiants en ouvrant plus tôt l'accès à l'expérience du métier d'enseignant tout en accompagnant financièrement les étudiants en leur donnant la possibilité d'avoir un contrat spécifique d'assistant en éducation, d'une durée de 3 ans, dans un établissement scolaire, leur permettant de sécuriser leur parcours jusqu'au concours de recrutement. Cette démarche compte se développer de manière à atteindre dès la rentrée 2020 près de 3000 étudiants qui intégreraient ce dispositif de préprofessionnalisation.

Crise de l'Hôpital : un système protecteur menacé par la rigueur budgétaire et les évolutions démographiques

Un système de santé de conception sociale et redistributive

Le secteur de la santé est un exemple de l'intervention de l'État, à la fois omniprésente et limitée. La politique de santé, tout comme le logement, la sécurité sociale et la politique d'éducation, fait partie de la politique sociale, qui est et restera toujours un domaine très stratégique. Elle a été

définie comme « *un processus politique pour la reproduction de la main-d'œuvre et des citoyens* » (Jobert, 1985). Ainsi, la santé de la population, et par conséquent les actions visant à la maintenir ou à l'améliorer, ont une influence particulière sur la force économique d'un pays. En même temps, la santé est devenue un domaine très technique dans lequel l'État s'appuie dans une large mesure sur la compétence des médecins, notamment en raison de la grande difficulté technique d'évaluer la pertinence de toute action.

Dans le cadre du système de santé français, les soins sont dispensés dans différents types d'établissements : cabinets privés pour les soins non hospitaliers, établissements de soins pour les soins hospitaliers, sanitaires et sociaux, et établissements d'hébergement pour les clients « *vulnérables* » âgés ou handicapés. Il repose sur la liberté de choix du patient et du résident : chaque patient est libre de choisir son médecin traitant, son spécialiste en accès direct, son établissement de santé ou son établissement d'hébergement, qu'il soit public ou privé.

Cette conception sociale de la santé en France se prolonge par un système d'assurance maladie qui repose sur une philosophie de redistribution visant à faire correspondre les contributions financières des ménages à leur capacité de paiement et à garantir aux personnes à faibles revenus l'accès à une couverture de bonne qualité.

Les réformes introduites à la fin des années 1990 visaient à améliorer la qualité et à contenir les coûts. Cependant, ces deux objectifs ont souvent été confondus dans l'esprit des médecins en exercice. Certains auteurs affirment même que l'accent mis sur la maîtrise des coûts a eu un impact négatif direct sur la mise en œuvre des lignes directrices. Par exemple, le Plan Juppé stipulait que les médecins devaient être soumis à des sanctions collectives s'ils dépassaient le budget approuvé par le Parlement. Cette politique a finalement été considérée comme anticonstitutionnelle et a été révoquée, mais les efforts déployés pour évaluer et réglementer la qualité et les coûts ont perdu de leur crédibilité au cours du processus.

Historiquement, le système français d'assurance et de prestation de soins de santé est un système qui implique des institutions publiques, des groupes à but non lucratif mais aussi des organismes du secteur privé. Au cours des dernières décennies, la réglementation gouvernementale a joué un rôle croissant dans le système français sans toutefois le centraliser. D'une part, les acteurs locaux conservent une grande autonomie : les professionnels de santé ont une grande liberté de travail et participent à la gouvernance des hôpitaux et des autres établissements de santé. Les patients, de leur côté, ont la liberté de choisir leur mode d'accès au système de santé. Ensuite, la diversité institutionnelle est maintenue et la coordination locale entre les prestataires et les payeurs reste insuffisante. Aujourd'hui, le renforcement de l'État dans sa supervision du système de santé prend des formes complexes, voire hybrides. Il repose sur l'introduction de règles gouvernementales issues des techniques de gestion des entreprises et sur ce que l'on appelle la nouvelle gestion publique (Benamouzig & Besançon, 2007). Elle promeut également des programmes de prévention

visant à rendre les individus plus responsables de la gestion de leurs soins et des risques pour leur santé, comme pour les cas de tabagisme (Nathanson, 2007), d'alcoolisme (Berlivet, 2000) ou encore d'obésité (Etilé, 2013).

Malgré les nombreuses faiblesses de l'organisation du système de santé français, le niveau toujours élevé des investissements, l'encouragement continu à l'innovation médicale et la persistance d'une densité relativement élevée de professionnels de santé convergent pour donner à la France une note plutôt favorable en comparaison internationale. Selon les enquêtes d'opinion coordonnées par Eurostat, la perception des Français sur l'accessibilité aux soins se situe entre les pays les plus pessimistes et ceux qui estiment leur situation la plus avantageuse. Contrairement à la situation qui prévaut dans l'ensemble de l'Europe, le sort des moins favorisés, selon ces enquêtes, ne s'est pas aggravé pendant les années les plus difficiles de la crise.

Des conditions de travail des personnels de santé en forte dégradation

Ce qui a accompagné les crises subies par le système français sont les évolutions que connaît la population française en elle-même, aussi bien au niveau démographique que perceptuel par rapport à ce qui est conçu en matière de soins et de prise en charge. En effet, le pays connaît une augmentation importante de l'espérance de vie parallèlement à un taux de recours aux soins ne cessant de croître. Certaines études démontrent que les Français ont des attentes différentes par rapport au processus et à la finalité des soins, si dans les décennies qui précèdent, les démarches de prise en charge médicale étaient entamées pour des raisons curatives, de nos jours ces démarches sont de plus en plus préventives car les Français accordent de plus en plus d'intérêt au bien-être de leur corps (Béraud, 2002).

En France, les professionnels de la santé se plaignent de plus en plus de leur insatisfaction quant à leurs conditions de travail, de la charge de travail importante, du statut inférieur des travailleurs de la santé (en particulier les infirmières), de la montée du consumérisme médical et des contraintes administratives et juridiques qui pèsent sur la pratique. Beaucoup font également état de sentiments d'insécurité quant à leur avenir aussi bien personnel que professionnel (Rechel et al., 2006). Les facteurs qui y contribuent sont le vieillissement de la population des professions de santé, la charge de morbidité croissante liée au vieillissement de la population et les changements apportés au système de sécurité sociale (Mission démographie des professions de santé 2002). En effet, la pénurie de personnel infirmier par exemple, est un problème mondial dans tous les pays et il est reconnu que la satisfaction professionnelle est liée au maintien du personnel. En France, les dernières réformes hospitalières sont en train de modifier le rôle des gestionnaires de santé qui ont un rôle important sur la satisfaction professionnelle des infirmières (Randon, 2012). La mise en place de nouveaux systèmes de gestion a conduit à de plus en plus de prédicteurs de tensions, de contradictions et de paradoxes (Detchessahar & Grevin, 2009).

L'un des principaux problèmes auxquels est confronté le système de santé français est l'interface entre le privé et le public. La continuité des soins en souffre car, par exemple, un patient atteint d'un cancer peut être opéré dans le secteur public, subir sa chimiothérapie dans un hôpital du secteur privé, mais recevoir une radiothérapie dans un autre hôpital (Mission démographie des professions de santé 2002). Cela représente un enjeu mais aussi une limite au système de santé français aussi bien pour les professionnels de santé, qui se retrouvent confrontés à de telles problématiques inhérentes à l'organisation entre privé et public mais aussi pour les patients en besoin et en demande de soins qui se retrouvent à faire un va-et-vient entre ces deux entités sans qu'il n'y ait la communication et la coopération nécessaires pour garantir la meilleure prise en charge et transmission possibles.

Une autre problématique rencontrée par le système de soins français concerne le rapport offre/demande. En effet, au cours des 30 dernières années, le nombre de travailleurs de la santé en France a augmenté mais cette tendance devrait maintenant s'inverser au cours des 30 prochaines années (Rechel et al., 2006). Cette diminution des effectifs prévus dans le secteur de la santé intervient à un moment où les facteurs démographiques tels que le vieillissement affecteront à la fois l'offre de santé, les professionnels et la demande de soins de santé. En outre, l'impact de l'UE, la directive sur le temps de travail et la modification des schémas de travail en faveur d'un nombre réduit de travailleurs peuvent contribuer à menacer la qualité des soins et le fonctionnement des hôpitaux dans tout le pays. Le plan hôpital 2007 qui a été proposé par le gouvernement français ne résout pas entièrement la question de savoir comment le système de santé va faire face à l'augmentation de la demande et à la diminution de l'offre. Les impacts de cette situation sont apparus plus tôt que prévu avec la situation sanitaire dans laquelle nous nous retrouvons actuellement. La gestion de l'expansion du virus Covid-19 a pu mettre en exergue ces lacunes et ce rapport non équilibré entre l'offre et la demande de soins. Pour cause, la COVID-19 a mis l'accent sur le secteur des soins de santé de manière disproportionnée et en particulier sur les hôpitaux et donc sur le personnel hospitalier.

Ces différents changements que subit le secteur hospitalier combinés au vieillissement du personnel soignant revoient à ce que Molinié et Volkoff (2006) appellent des astreintes nocives (Cambois, 2009). Ces dernières, en se référant aux études épistémologiques, sont de trois ordres : le décalage des horaires de travail, une dépense et des efforts physiques importants ainsi que l'exposition à un environnement professionnel toxique (Lasfargues, 2005). Cette augmentation des contraintes temporelles, physiques et organisationnelles contribuent à l'augmentation du rythme de travail pour les salariés du secteur entraînant à une altération de la perception qu'ils peuvent avoir pour leur propre profession faisant naître un sentiment que la qualité de travail ne cesse de se dégrader au cours du temps.

B/ Un détour par l'histoire

Il ne s'agit pas ici de dresser le tableau exhaustif des histoires relatives respectivement à l'hôpital et à l'école, d'autant qu'elles sont longues et complexes l'une comme l'autre et qu'elles ont été déjà largement documentées. Pourtant, il est nécessaire de préciser de quelles institutions il s'agit et comment, par quelques touches, elles se sont construites et ont évolué. En effet, le système hospitalier et le système scolaire d'aujourd'hui sont nourris de leurs héritages. Même si des distances ont été prises avec leur création originelle, celles-ci demeurent le point d'entrée dans la compréhension des fonctionnements, des missions, des blocages et des dynamiques actuels. Les grandes réformes qui ont eu lieu dans ces deux domaines participent également de leurs structurations modernes comme des attendus envers leurs personnels.

De l'hospitalité à l'hôpital

C'est à la charité évangélique et donc à la pratique de la vertu chrétienne d'"*hospitalité*" que l'on doit l'apparition de l'hôpital « *en tant qu'institution* »[8] chargé de porter secours aux pauvres, aux malades, aux vieillards, jusqu'aux chrétiens persécutés. Même si avec Marc Gentili, il faut préciser qu' « *il est difficile de définir la période de l'Histoire où des hommes ont créé des institutions, des abris à destination de ceux qui avaient besoin de soins, de protection ou simplement d'un accompagnement au terme de leur vie* »[9]. Il est vraisemblable que les Romains possédaient dès l'Antiquité un service de médecine accompagnant leurs armées et que de véritables hôpitaux furent développés dans l'empire Byzantin, mais avec le Moyen Âge, c'est autour des monastères que se développent, d'abord en Orient chrétien dans l'Europe occidentale, les "*maisons de charité".* On y exerce semble-t-il autant l'accueil que les soins dans la mesure des connaissances médicales de l'époque. À partir de 1080, les ordres hospitaliers (à la fois militaires et religieux) sont créés dans le but de défendre les pèlerins chrétiens. Et en Occident, à la fin du Moyen Âge de nombreuses villes possèdent des hôpitaux dénommés "*Hôtel-Dieu*" ou "*Maison-Dieu*", car toujours liés à l'Église et financés par les dons des riches fidèles. Si le terme de vieux français *ospital* fait référence à l'hospitalité contenu dans le mot latin *hospitalia* c'est davantage pour désigner « *l'accueil des malades, des indigents et des mourants* » que celui des étrangers, tant pauvreté et handicap vont alors de pair comme l'indique le nom de la « *maison des pauvres aveugles de Paris* », créée par Saint Louis vers 1260 (et qui deviendra l'hôpital du Quinze-Vingts en référence à la manière de compter alors les capacités d'accueil quinze salles de vingt patients chacune) et rare exemple pour l'époque, « *si l'on excepte les léproseries plus anciennes, d'hôpital dédié à une seule pathologie* »[10].

Ce rapprochement entre maladie et indigence se prolonge, comme le précise Marc Gentili, sous la Royauté avec « *un renforcement progressif et centralisé du contrôle sociétal* » qui place le système

8 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün. « *Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne* », Les Tribunes de la santé, vol. no 3, no. 2, 2004, pp. 19-28.

9 Gentili, Marc. « *Éléments pour une histoire de l'Hôpital* », Hegel, vol. 2, no. 2, 2017, pp. 147-151.

10 Ibidem

hospitalier dans la dépendance conflictuelle de « *trois forces principales d'inégale puissance : le Roi, l'Église et les municipalités »*. Pierre-Louis Laget et Françoise Salaün complètent en rappelant la création d'une « *administration spéciale pour cette distribution des secours* », tout d'abord initiée dans quelques grandes métropoles comme « *l'Aumône générale à Lyon (1531-1534), le Bureau des pauvres valides à Rouen (1534 ou 1535), le Grand Bureau des pauvres à Paris (1544) »* [11] puis développée par d'autres villes françaises. Cette organisation urbaine « *alors que dans les campagnes les structures traditionnelles d'assistance tendent à s'étioler »* [12], multiplie l'afflux de mendiants et de vagabonds dans les villes dont les autorités créent des maisons destinées à les regrouper et à les enfermer et dénommées « *hôpital* » comme celui "*de la Charité*" à Lyon ou l'hôpital général de Paris « *avec des établissements distincts pour les hommes (Bicêtre), les femmes et les filles (La Salpêtrière) et les garçons (La Pitié)* ». Ce dispositif est étendu « *par le pouvoir royal à toutes les villes du royaume par la déclaration du 14 juin 1662* »[13].

Ainsi durant toute cette période allant du Moyen Âge au XVIIIe siècle, l'hôpital est à la fois le lieu des soins et de l'assistance aux mourants, et celui dans lequel sont enfermé.e.s les marginales et marginaux : « *vagabonds, prostituées et ceux que l'on appelait fous* »[14], et est souvent désigné comme étant "*l'hospice*".

Ce n'est finalement qu'à la fin du XVIIIe siècle, fort de l'esprit des Lumières et après les désastres causés par la Révolution, que les hôpitaux deviennent des lieux « *d'enseignement clinique disposant souvent de locaux d'anatomie à l'usage des étudiants et des médecins » (Gentili, 2017)*. C'est au moins le cas dans les villes universitaires. Progressivement de centre d'accueil et d'enfermement, l'hôpital « *se convertit en un lieu de production et de transmission du savoir médical,* [avec] *le développement de pratiques d'observation et d'enseignement au lit du malade* »[15]. La médecine d'hôpital s'impose et transforme en profondeur l'institution hospitalière, la charité fait place à la science.

En 1859, l'infirmière britannique Florence Nightingale publie son ouvrage « *Notes on Hospitals* » ; elle s'inspire du récent hôpital parisien Lariboisière pour fixer les grands principes susceptibles de régir la construction des hôpitaux, alors même que l'institution hospitalière britannique est en pointe dans ce domaine. Elle contribue aussi à définir le rôle de l'infirmière moderne, « *tant en salle d'opération qu'au chevet du malade* »[16].

« *En France, la séparation de l'Église et de l'État en 1905 ne concerne pas simplement le monde scolaire,* constate Marc Gentili[17] *mais aussi celui de la Santé* » avec la redistribution des fonds des congrégations religieuses pour « *la création et l'entretien d'établissements privés* ».

---

11 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün, article déjà cité
12 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün, article déjà cité
13 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün, article déjà cité
14 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün, article déjà cité
15 Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün, article déjà cité
16 Guillaume, Pierre. « *L'hôpital dans la France du XXe siècle. Christian CHEVANDIER, Paris, Perrin, 2009, 490 p. 25 €, ISBN : 978-2-262-02634-9* », Revue d'histoire de la protection sociale, vol. 3, no. 1, 2010, pp. 144-146.
17 Gentili, Marc. Article déjà cité

Paradoxalement, les différents conflits du XXe siècle, dont les deux guerres mondiales, apportent de très nombreuses améliorations médicales à l'hôpital dont la gestion publique est renforcée. Cette période voit aussi le développement des mutuelles et des assurances sociales puis la création de la Sécurité sociale initiée par le Conseil national de la Résistance. « *Les métiers hospitaliers poursuivent leur spécialisation ; et une d'entre elles, l'anesthésie-réanimation voit le jour peu après 1945* »[18].

La réforme de décembre 1958, portée par Robert Debré et « *inspirée des États-Unis, institue les Centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux de recherche, adossés à des Facultés de Médecine et réunissant praticiens et universitaires* »[19].

Ce rapide parcours dans l'histoire hospitalière fait apparaître une « *continuité des missions de l'hôpital, lieu d'accueil de populations rendues vulnérables par la maladie ou par leur place dans la société (populations âgées, handicapées, etc.) »*[20]. Dans cette dimension, l'hôpital est à la fois révélateur des problèmes et des défaillances sociaux de nos sociétés et témoin des progrès de la médecine permettant une amélioration de l'état de santé de la population. Après l'influence de la sphère religieuse et les effets des guerres, la question de la gestion de l'hôpital est aujourd'hui centrale à la fois dans ses coûts que dans ses modes de gouvernance.

Mais les réformes de ces dernières années ne peuvent être analysées sous le seul angle économique. Gérard Vincent rappelle que les tentations d'adaptation de l'hôpital aux mutations de la société en font « *non seulement un acteur du système de soins mais également une institution à la portée symbolique forte, ainsi qu'un véritable laboratoire de la réforme du secteur public* […] *touchant tant au financement, à l'organisation interne, aux relations de l'hôpital avec ses partenaires qu'à la sécurité sanitaire, à l'accès aux soins et aux droits des usagers »*[21]. Ces réformes, et plus globalement la situation actuelle de l'hôpital, interrogent également les évolutions professionnelles, nous y reviendrons.

Cette "*idée folle*"de l'École

Évidemment la création de l'École n'est pas le fait de Charlemagne. Et là aussi, c'est certainement sous l'Antiquité qu'il faut aller trouver les origines, peut-être mythiques, de systèmes de transmission et d'enseignement, au départ limité vraisemblablement au système d'écriture.

Paradoxalement par rapport à ce que l'on peut percevoir aujourd'hui (et au risque de l'anachronisme), la *scolaire* philosophique renvoie au loisir et s'adresse donc à ceux qui ont du temps libre pour réfléchir et suivre l'enseignement d'un "*maître*".

---

18 Gentili, Marc. Article déjà cité
19 Gentili, Marc. Article déjà cité
20 Chauveau, Sophie. « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 33, no. 4, 2011, pp. 81-89.
21 Vincent, Gérard. « *Les réformes hospitalières* », Revue française d'administration publique, vol. no113, no. 1, 2005, pp. 49-63.

Avec la fin de l'Empire romain, à l'enseignement des sept « *arts libéraux* », le *trivium* - grammaire, rhétorique, dialectique et le *quadrivium* - arithmétique, géométrie, astronomie, musique qui visent à former les élites politiques et administratives, se substitue progressivement et en plusieurs étapes, une école médiévale occidentale, à domination religieuse, qui a pour mission d'enseigner la vérité chrétienne. Cette école va donc concerner tout d'abord les futurs clercs. Elle se situe, selon la volonté cette fois de Charlemagne[22], dans l'entourage des monastères avant que le concile de Vaison, en 529, incite les évêques à bâtir des écoles rattachées aux cathédrales ainsi qu'aux principales églises de leur diocèse. Il s'agit là d'un indice « *de la volonté de l'Église à reprendre en main le système scolaire laissé à l'abandon par les autorités laïques* »[23]. L'enseignement est assuré par des *magister,* mot latin qui signifie "*maîtres*", issus des clercs ayant terminé leurs études et ayant obtenu la "*licence d'enseigner*".

Le deuxième élément structurant l'éducation durant le Moyen Âge est la création des universités.

Il faut attendre les XVe et XVIe siècles pour que l'école ne soit plus réservée aux seuls clercs et s'organise pour accueillir les garçons par classe d'âge devenant à la fois un lieu d'enseignement et un mode de surveillance, alors que la notion d'enfance émerge comme le montre Philippe Ariès[24] et qu'il nomme « *l'invention de l'enfance* ».

Si ce sont les enfants des bourgeois qui les premiers fréquentent cette école, ceux des familles pauvres et de l'aristocratie y viendront progressivement.

La Renaissance est également marquée par la création et le développement des collèges jésuites qui eux concernent davantage les garçons des familles bourgeoises et aristocratiques.

Par son ordonnance du 13 décembre 1698, le roi Louis XIV oblige les parents à envoyer dans les écoles paroissiales, dites "*petites écoles*", leurs enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans, pour y recevoir un enseignement de base : le "*lire, écrire, compter*". Ces petites écoles, sont surtout présentes dans les villes où l'instruction se fait en français alors que dans les campagnes, c'est le latin des livres de prières qui domine avec les patois locaux. et dans certaines régions. Elles concernent essentiellement les garçons, alors que l'éducation des filles reste très limitée.

La Révolution a pour ambition de soustraire l'enseignement à la domination religieuse, d'instaurer le français et, selon le rapport de Condorcet[25] d'étendre le temps d'enseignement et de le rendre plus vivant. Le corps des instituteurs est créé par la loi du 12 décembre 1792 afin de permettre un enseignement primaire à tous, mais non obligatoire, porté par le nouveau ministère de l'Instruction publique.

---

22 Claude Lelièvre. L'École d'aujourd'hui à la lumière de l'histoire. Odile Jacob, mars 2021

23 Pierre Riché et Jacques Verger, Des nains sur des épaules de géants, maîtres et élèves au Moyen-Âge, Paris, éd. taillandier, 2006, 351 p., p. 15, cité par https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_au_Moyen_%C3%82ge_en_Occident

24 Philippe Ariès, L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime, 1960.

25 Condorcet, Rapport et projet de décret sur l'organisation générale de l'instruction publique, avril 1792.

Alors que le Consulat et l'Empire confortent et organisent le système scolaire public en lui ajoutant les lycées, la Restauration permet la réouverture des écoles privées.

La loi Guizot, en 1833, impose une école publique de garçons dans chaque commune de plus de 500 habitants. En 1850, la loi Falloux étend « *le principe d'une école de garçons à toutes les communes et d'une école de filles pour* "celles qui en ont les moyens". *Elle officialise la dualité des systèmes d'enseignement, à côté d'un enseignement public financé par l'État peut se développer un enseignement* "libre" *essentiellement formé d'écoles catholiques »*[26] et donne un droit de contrôle très important sur l'organisation, les programmes et la nomination des maîtres de l'Enseignement public à l'Église catholique.

Les années 1880 marquent des changements fondamentaux dans le système éducatif français. Ils sont portés par Jules Ferry et son principal conseiller Ferdinand Buisson qui instaurent par la loi l'école laïque et gratuite, ainsi que non pas l'obligation de scolarité mais "*l'instruction obligatoire*" pour tous les enfants, garçons et filles, de 6 à 13 ans ou jusqu'au certificat d'études primaires institué le 28 mars 1882, s'il est obtenu avant cet âge. L'éducation religieuse est supprimée et les religieux ont interdiction d'enseigner dans l'Enseignement public.

Pour Jules Ferry, la volonté est d'aller au-delà d'un enseignement « *basique* » et de dépasser « *la discipline mécanique de l'esprit* »[27] en s'appuyant sur les instituteurs qui dans leurs "*maisons d'école*" éveillent l'esprit des enfants aux valeurs républicaines et leur permettent d'accéder, grâce à leur travail et leur mérite, à l'ascenseur social républicain.

Demeurés payants, les lycées sont eux toujours réservés aux enfants de la bourgeoisie.

L'enseignement technique est renforcé par la création d'établissements spécialisés par la loi Astier de 1919.

Il faut attendre la Libération pour que soit évoquée une nouvelle « *révolution par la loi* » que propose le plan Langevin-Wallon porteur d'une réforme globale de l'enseignement et du système éducatif conformément au programme de gouvernement du Conseil national de la Résistance (CNR) et visant :

> « l*a possibilité effective, pour les enfants français, de bénéficier de l'instruction et d'accéder à la culture la plus développée, afin que les fonctions les plus hautes soient réellement accessibles à tous ceux qui auront les capacités requises pour les exercer et que soit ainsi promue une élite véritable, non de naissance, mais de mérite, et constamment renouvelée par les apports populaires* ».

Cette ambition de modernisation de l'enseignement, pour répondre à sa massification et à sa démocratisation, en allongeant la scolarité à 18 ans, en généralisant les expériences des

26 https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l%27%C3%A9ducation_en_France
27 Discours de Jules Ferry au Congrès pédagogique des instituteurs de France, 19 avril 1881, cité par Claude Lelièvre

mouvements de l'éducation nouvelle et en élaborant une école unique, ne sera pas concrétisée, mais elle restera pour la suite de l'histoire scolaire une source essentielle d'inspiration, d'autant qu'elle s'appuie sur les découvertes scientifiques récentes dans le domaine de la psychologie des enfants (ceux de Jean Piaget comme ceux d'Henri Wallon) ainsi que sur les démarches des courants des pédagogies actives et participatives et de l'éducation nouvelle.

En 1959, l'âge de l'instruction obligatoire est officiellement prolongé jusqu'à 16 ans. En 1971 la loi Haby crée le collège unique. La loi Jospin de 1989 place l'élève « *au centre du système éducatif* ». Il devient un acteur de ses apprentissages.

L'élévation du niveau d'éducation, avec près de 80 % d'une classe d'âge atteignant le niveau du baccalauréat, ne peut masquer les grandes disparités et l'incapacité de l'école française à réduire les inégalités sociales et culturelles dénoncées par les travaux des sociologues comme Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron et depuis mises en évidence par les évaluations internationales (telle PISA). Si le constat est aujourd'hui partagé, les solutions pour y remédier divergent. Les propositions de la loi de Refondation de l'École de la République portées par Vincent Peillon et prolongées par Najat Vallaut-Belkacem et celles de l'École de la confiance de Jean-Michel Blanquer en illustrent les contradictions.

C/ Mise en évidence des similitudes

Évidemment de grandes différences existent entre le système hospitalier et le système scolaire. Et nous aurons l'occasion d'en évoquer certaines. Mais leur comparaison conduit à mettre en évidence un grand nombre de similitudes sur lesquelles notre travail s'appuie et qu'il nous faut préciser ici.

La construction d'institutions

Comme le démontre le passage par l'Histoire, l'Hôpital et l'École sont deux institutions qui ont évolué au fil du temps pour prendre une place constitutive de l'identité de la société française. Ces deux institutions se traduisent tout d'abord par une présence matérielle : celle des bâtiments. Accolés aux monastères ou aux églises, les lieux d'enseignement et de soin se sont progressivement émancipés pour s'installer dans leurs propres locaux, identifiés comme tels, adaptés, plus ou moins efficacement, à la mission qui leur est confiée. L'analogie est encore plus forte certainement entre l'hôpital et l'université, mais cela est aussi vrai pour les lycées, puisque dans chaque grande ville on peut encore aujourd'hui retrouver, même si leur vocation a aujourd'hui changé, les bâtiments qui furent construits et dédiés au soin et à l'enseignement, alors même que campus et CHU modernes leur ont succédés.

La représentation physique de ces institutions dans un bâtiment renvoie également à une organisation matérielle structurée par une administration, une direction, une intendance, des services…

Dans les deux cas, ce sont les autorités religieuses catholiques qui en France sont à l'origine et les premiers garants de cette structuration. Dans les deux cas, la Révolution de 1789 puis la laïcisation de la République ont exclu les clercs de la gestion et de l'exercice professionnel de l'enseignement et du soin dans les établissements publics, les renvoyant à la création et au développement d'un secteur parallèle, privé, dans lequel coexistent aujourd'hui un héritage religieux et une recherche de rentabilité économique.

Double secteur donc, l'un privé, l'autre public, pensé comme un service public, théoriquement gratuit pour l'École (même si le coût de la scolarité est réel), partiellement pris en charge et remboursé pour l'Hôpital selon les situations et les pathologies (par la Sécurité sociale, la CMU, les mutuelles, les assurances…).

À l'organisation interne de chaque établissement, s'ajoute la dimension ministérielle, avec la structuration territoriale de ses services décentralisés, chargée de la mise en œuvre des réglementations et du cadre législatif spécifique : Code la Santé et Code de l'Éducation.

Ainsi, et malgré leurs différences, rien ne ressemble plus à un hôpital qu'un autre hôpital, à un établissement scolaire qu'un autre établissement scolaire. Il s'agit en quelque sorte d'un modèle rendant compte de l'aspect institué de ces institutions, c'est-à-dire leur stabilité, leur dimension de structures "*établies*", ce qui est à la fois un des sens du mot "*institution*" comme du mot "*établissement*", s'appliquant tous deux autant à l'Hôpital qu'à l'École.

Le nombre et la fréquence des réformes[28] en matière hospitalière et scolaire montrent, s'il en était besoin, que le cœur même de ces deux institutions repose moins sur leurs structurations et leurs bâtiments que sur la spécificité de leurs missions et de leurs liens avec les évolutions et les nouvelles exigences sociétales.

La spécificité des missions

Le détour par l'Histoire a illustré l'évolution des missions des deux institutions, dans un lien étroit avec les attentes de la société.

S'il s'agit de soigner pour l'Hôpital, la priorité est surtout d'être d'abord un hospice, un lieu d'accueil, d'asile, de mise à part des marginaux de toutes sortes. La maladie, que l'on sait plus ou moins traitée, est une cause de pauvreté, de délinquance, de contamination et donc une raison de mise à l'écart. Le principe chrétien de charité s'entend à la fois dans le fait de s'occuper de ces

28 Gérard Vincent, (article déjà cité) rappelle que « *selon le dictionnaire Robert, une réforme est un changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats* ».

exclus en les protégeant que dans celui de prémunir l'ensemble de la société des préjudices qu'ils pourraient lui causer.

La transmission du savoir dans l'École relève initialement de cette même double exigence. Protéger une enfance naissante de toutes les perversités du monde adulte et de ses propres débordements et former parmi elle, les clercs qui seront chargés, après les avoir reçus, de diffuser les principes de la religion.

Là encore, la laïcisation de la société française dans les esprits puis dans la loi, va conduire à une évolution progressive de ses missions tout en leur conservant leur double dimension d'émancipation individuelle et d'engagement au service de la collectivité.

À l'Hôpital, on assigne la mission de guérir. À l'École celle d'instruire. Le premier doit délivrer de la maladie. La seconde de l'ignorance. Si l'enjeu individuel est fort : un corps et un esprit sains, la nécessité collective est essentielle. Une population en bonne santé est une population plus travailleuse, plus productive, moins dépendante, moins assistée ; elle assure la force économique voire militaire d'un pays. Une population instruite est plus innovante, plus constructive, moins passéiste, moins conservatrice ; elle assume le rayonnement intellectuel et industriel d'un pays.

Les progrès de la santé ont conduit à largement étendre l'espérance de vie, à la fois en diminuant drastiquement la mortalité infantile et en allongeant la possibilité de vivre jusqu'à un plus grand âge. Ils ont aussi permis d'éradiquer certaines maladies ou d'en réduire les effets. Les examens et analyses permettent d'anticiper, voire de prévenir l'apparition et le développement de pathologies et d'en réparer les conséquences.

Les progrès de l'enseignement ont conduit à une élévation générale du niveau d'instruction et de formation de l'ensemble de la population, en allongeant pour tou.te.s la durée du temps d'éducation. Ils ont permis à un grand nombre de jeunes d'accéder à l'Enseignement supérieur et donc de s'insérer ensuite dans des métiers et emplois davantage qualifiés. La dimension culturelle s'est également développée.

Ainsi centrées sur les missions de soins et d'enseignement, les deux institutions ont privilégié en leur sein les métiers en charge directe de ces missions, faisant du médecin et de l'enseignant leurs figures tutélaires. L'Hôpital est organisé autour des actes médicaux au service desquels sont conditionnées toutes les autres activités. L'École est structurée autour de l'enseignement duquel les autres activités sont dépendantes.

Pour autant, et malgré leurs succès, les deux institutions sont aujourd'hui questionnées sur leurs missions et leurs limites.

La notion de soin est réinterrogée par une approche de la santé qui ne se limite plus à l'absence de maladie diagnostiquée par des professionnels de santé, mais s'inscrit dans une approche plus large et plus dynamique : « *un état de complet bien-être physique moral et social* » tel que définie par

l'OMS, « *un état physique et mental relativement exempt de gène et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans l'environnement dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* » comme l'a définie en 2002 la Société française de Santé publique. Ressource de la vie quotidienne, et non pas but en soi, la santé peut aussi être perçue comme donnant à la personne « *le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » selon la formule de la Charte d'Ottawa adoptée par l'OMS en 1986[29].

Le rapport aux savoirs a connu également des évolutions. Il ne se réduit plus à la seule notion de connaissances. Savoirs, savoir-être et savoir-faire se complètent dans l'acquisition et le développement de compétences que l'on peut caractériser avec le Parlement européen, dans sa définition du 26 septembre 2006 comme « *une combinaison de connaissances, d'aptitudes (capacités) et d'attitudes appropriées à une situation donnée. Les compétences clés sont celles qui fondent l'épanouissement personnel, l'inclusion sociale, la citoyenneté active et l'emploi* ». Le ministère de l'Éducation nationale dans sa présentation du socle commun a retenu la définition suivante, stipulant que chaque compétence « *est conçue comme une combinaison de connaissances fondamentales pour notre temps, de capacités à les mettre en œuvre dans des situations variées mais aussi d'attitudes indispensables tout au long de la vie, comme l'ouverture aux autres, le goût pour la recherche de la vérité, le respect de soi et d'autrui, la curiosité et la créativité* »[30].

Par ailleurs, l'institution scolaire n'est plus la seule à contribuer à la diffusion des savoirs. Les médias et aujourd'hui les réseaux numériques y contribuent également largement.

L'émergence des publics

Ces différents éléments d'évolution introduisent un nouvel aspect à prendre en compte, celui du public. En effet, et l'Histoire le montre, plusieurs dimensions se réfèrent directement à lui.

Tout d'abord, il est nécessaire de préciser la définition même du périmètre de ce public. L'Hôpital, d'abord sollicité pour les marginaux, a recentré son activité sur les malades, ce qui, avec les progrès de la médecine, a profondément modifié la sociologie des personnes concernées. Si le caractère "*gratuit*" de l'Hôpital permet aux plus démuni.e.s d'accéder aux soins et si la concurrence entre l'Hôpital public et les cliniques privées s'appuient sur des critères de richesse et de milieux sociaux, il n'en demeure pas moins que la "*patientèle*" des hôpitaux s'est largement diversifiée. L'École, dès l'époque moderne, accompagne l'émergence d'une nouvelle catégorie sociale qui est celle de l'enfance, progressivement distincte d'un âge de totale incapacité ou d'une caricature en miniature des adultes. Le premier temps de l'Éducation, comme le précise Condorcet, même s'il ne peut suffire à toute une vie dans une période de grands progrès techniques et technologiques, est dévolu à ces enfants.

29 L'ensemble de ces définitions sont issues d'un document de l'Université Nice Sophia Antipolis https://pod.univ-cotedazur.fr/video/3170-definition-de-la-sante/

30 http://www.ac-grenoble.fr/ien.cluses/IMG/pdf_competences_vocabulaire.pdf

Or, nous l'avons dit, les travaux de psychologie permettent de mieux connaître et comprendre la manière de fonctionner des enfants, et donc leurs comportements et leurs manières d'apprendre, conduisant non plus à les considérer comme des sujet passifs de l'enseignement mais invitant à les impliquer comme des acteurs de leurs propres apprentissages. L'approche de la santé comme relevant du "*bien-être*" suggère la même évolution : une prise en compte et une participation des malades dans les protocoles de guérison comme de prévention.

Enfin, comme le niveau d'éducation augmente et que l'appropriation des savoirs est facilitée, élèves comme patient.e.s n'entendent plus demeurer exclusivement dans une relation de dépendance d'une connaissance exclusivement détenue par le professionnel et délivrée avec parcimonie, mais souhaitent être associés dans des échanges qui facilitent leur compréhension et participent à leur implication.

Ces éléments conduisent à mettre en évidence le paradoxe qui affecte les missions des deux institutions ici étudiées.

Grâce aux progrès réalisés par la médecine (entre autre hospitalière), l'Hôpital est appelé à dépasser sa mission historique de soin pour renouer avec une dimension sociale plus large en participant au développement du bien-être en y associant les patient.e.s comme des acteurs de santé à part entière.

Au travers d'une élévation du niveau de formation dans une démocratisation massive de l'éducation, l'École est enjointe, elle aussi, de s'inscrire dans la dimension plus sociale de la lutte contre les inégalités et d'y répondre en impliquant les élèves en tant qu'acteurs de leurs apprentissages.

Cette prise en compte de toutes et tous renforce la mission de démocratisation de la santé et de l'éducation, mais il est aussi exigé d'elle -et donc des institutions scolaire et hospitalière- qu'elle individualise ses prises en charges afin de s'adresser à chacun.e dans son intégrité : le bien-être et la réussite éducative pour tou.te.s et pour chacun.e.

D/ Impact sur le sens des métiers

De telles évolutions des institutions et de leurs missions ne peuvent pas ne pas avoir d'incidences directes et indirectes sur leurs personnels. Nous avons dit que la priorisation autour des actes médicaux d'une part et d'enseignement d'autre part avait placé les médecins et les enseignants à la tête d'une sorte de hiérarchie des métiers, alors même que la direction des établissements hospitalier ou scolaire n'est pas sous leur responsabilité (ce qui, d'ailleurs, est regretté dans l'Hôpital mais largement approuvé dans l'École). Cette mise en avant ne saurait faire oublier l'ensemble des autres professionnels.

Non-enseignant.e.s et non-soignant.e.s

Si la réalité des deux univers est un peu différente, établissements scolaires et hospitaliers nécessitent un ensemble de personnels en charge de ce qu'il est souvent convenu d'appeler "*les fonctions supports*" et qui, de l'administration à l'intendance en passant par les services techniques, la restauration et l'entretien des bâtiments, assurent leur fonctionnement quotidien. Le fait même de les identifier comme des agent.e.s "*non enseignant.e.s*" ou "*non soignant.e.s*" indique, par cette négation, le fait qu'elles ou ils ne participent que peu à la mission centrale de soin ou d'éducation. Aussi, même si leur rôle est indispensable, leur reconnaissance est souvent faible ou absente. Elles et ils sont, pour reprendre une terminologie qui s'est largement développée ces derniers temps, « *des premiers de corvée* » ou des agents de « *seconde ligne* ».

Paradoxalement, on retrouve parmi eux, du côté de l'École, les personnels de santé scolaire, alors que peuvent être identifiés dans l'Hôpital des personnels plus proches des missions éducatives et culturelles comme les animateurs.
Dans un ouvrage déjà ancien mais réactualisé, Jean-Marie Mignon[31] proposait le portrait d'une animatrice en milieu hospitalier et montrait combien son activité, tout en participant activement à la dynamisation des patient.e.s et au maintien de leur estime de soi, n'était pas considérée comme participant à la démarche sanitaire et qu'à ce titre elle n'était jugée que comme secondaire et facultative, pouvant s'organiser en fonction des contraintes imposées par les horaires et les protocoles des soins.
De même, les médecins et infirmier.e.s scolaires rencontrent de nombreuses difficultés. Leur effectif trop faible ne leur permet pas des suivis réguliers et des actions de prévention, réduisant leurs actions aux examens obligatoires en vue d'une détection des seuls troubles des apprentissages. Régulièrement, revient la menace de les exclure des personnels de l'Éducation nationale en les transférant vers une autre administration ou en les décentralisant vers les collectivités territoriales, comme c'est déjà le cas des agents (technicien.ne.s, personnels de cuisine et d'entretien).

Autonomie des enseignants et des médecins

L'autonomie professionnelle des enseignants et des médecins est-elle menacée ? Telle est la question à laquelle tendent de répondre Geneviève Zoïa et Laurent Visier dans une étude comparative publiée en 2013[32].

Considérant que relevant de « *l'universel et d'une orientation vers l'intérêt général (Parsons, 1955) fondée sur la valeur émancipatrice (Durkheim, 1925) du programme institutionnel qu'ils portent (Dubet, 2002)* », les auteurs considèrent les médecins et les enseignants comme répondant aux

31 Jean-Marie Mignon Le métier d'animateur, La Découverte, coll. « *Alternatives sociales* », Paris, 2005, 175 p. (la première édition sous le même titre était parue en 1999).
32 Geneviève Zoïa et Laurent Visier, « *Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?* », Recherche et formation, 72 | 2013, 41-56.

critères définissant des professionnels et identifient deux tendances communes aux deux métiers, qualifiées l'une de « *populationnelle* » (Foucault, 2004) et l'autre d'« *éthique* » qu'ils explicitent ainsi :

> « *D'une part, les professionnels des deux secteurs font l'objet d'injonctions relatives aux effets de leur propre travail : fondées sur les statistiques et les évaluations, les recommandations encadrent toujours plus leur activité. Cette logique utilitariste s'impose aux professionnels, les sciences humaines concourant d'ailleurs à cette économie de la connaissance, du fait de la mise au jour d'inégalités, de discriminations, de risques ou d'effets pervers. Les professionnels, confrontés en permanence aux résultats de l'action globale du système, sont appelés à se soumettre à un pilotage par indicateurs et à un impératif de la performance, cadré par des standards internationaux.*
>
> *D'autre part, une exhortation à respecter l'autonomie des publics engage médecins et enseignants à une personnalisation de leur action. Désormais le malade comme l'apprenant sont désignés comme des personnes avec des droits et une capacité d'autonomie. Les actions consistant à faire apprendre, transmettre, soigner ne sont plus acceptables si elles ne s'effectuent pas dans le respect de la personne singulière. Plus encore, le professionnel doit trouver en lui-même les ressources pour engager une relation éthique avec celui qui n'est plus désormais conçu comme un réceptacle des savoirs ou des soins universels, mais comme un partenaire dans la relation éducative ou thérapeutique.*
>
> *Ainsi, les publics sont simultanément pensés comme éléments d'une population standardisée, agrégée, et comme individus singuliers, à reconnaître et à accompagner dans leurs parcours* ».

De leur analyse des évolutions qui affectent l'éducation et la santé, les auteurs montrent « *les injonctions contradictoires et la multiplication des prescriptions* » qui affectent les professionnels et semblent menacer les marges de liberté existantes jusqu'alors dans la classe comme dans le cabinet du médecin. « *Le double impératif de singularisation et de globalisation* » touche au cœur du métier des enseignants comme des médecins et impose d'en concilier les contraintes, aussi les auteurs interrogent la possibilité « *d'avoir simultanément l'œil sur les indicateurs et les nouvelles consignes tout en privilégiant le rapport direct avec les personnes qui composent le public* ». Dans le cas contraire, l'évolution pourrait conduire à des transferts de compétences et des délégations de tâches, en particulier de celles les moins gratifiantes vers des personnels subalternes.

Des personnels intermédiaires

C'est justement cette catégorie dont il convient également d'évoquer le sens du métier et son évolution.
Ici la différence entre le mode hospitalier et le monde scolaire est flagrant. Alors que la masse des enseignant.e.s constituent le "*gros des troupes*" éducatives de l'École complété par des personnels contractuels tels que les AVS et AESH, la majorité des personnels de l'Hôpital est constituée de personnels soignants non médecin : les infirmier.e.s et aides-soignant.e.s. Cette distinction entraîne des logiques différenciées, mais interroge de la même manière la place de ces métiers intermédiaires.

Tout d'abord, parce que l'autonomie de ces personnels est encore plus menacée que celles des médecins ou des enseignants, dans la mesure où leurs activités sont à la fois dictées par ces professionnels de "*premier rang*" et contrôlées par la direction et l'administration des établissements. Ensuite, parce que les injonctions au bien-être ou à la réussite scolaire sont bien souvent renvoyées à leur responsabilité sans qu'ils aient toujours les moyens de leurs mises en œuvre.

Ainsi, une fois le diagnostic et le protocole de soins arrêtés, il revient aux infirmier.e.s de veiller à la bonne prise en charge du malade et à son bien-être au quotidien, alors que le médecin ne passera que pour sa visite de contrôle.

Ainsi également, une fois l'enseignement en classe terminé, l'aide aux devoirs, le soutien scolaire, mais également la vie scolaire en dehors des cours reposent sur des "*surveillants*", voire des animateurs (recrutés par les communes dans le cas des écoles primaires par exemple).

Le développement de ces démarches, par ailleurs socialement validées et attendues des "*publics*" et de leurs familles, peuvent interroger la multiplication d'un personnel intermédiaire indispensable à l'évolution des missions des institutions scolaires et hospitalières mais insuffisamment reconnu et autonome dans l'exercice de sa professionalité.

Écart entre le prescrit et le réel, et ses effets

La distinction entre le travail prescrit et le travail réel est apparue, il y a quelques années, pour répondre aux limites et contraintes sociales et organisationnelles qui ont été imposées et établies par Taylor ou encore Weber. Suite à la remise en question de ces conceptions qui dominaient le processus de production de biens et de services, l'objectif était de surmonter la fragmentation du travail et de construire des pratiques professionnelles innovantes et participatives (Lorenzetti et al., 2014). Dans le processus d'organisation du travail, certaines activités sont déterminées par des normes, des protocoles, c'est-à-dire qu'elles répondent à un certain degré de description, une partie anticipée, prescrite, puisque l'applicabilité des normes se trouve ancrée dans les situations de travail elles-mêmes (Oro et al., 2019). Cependant, pendant l'exécution du travail, nous nous

rendons compte que tout ce qui est prescrit n'est pas anticipé. Cette partie décrite comme étant non anticipée correspond au travail réel. Les changements qui s'établissent dans le processus de travail, à partir des relations socio-professionnelles dans le macro- et le micro-espace, définissent des changements dans les normes prescrites, car même si elles sont précises, elles sont généralement insuffisantes, en raison du fait inévitable que tout n'est pas anticipé.

Dans les domaines de la santé et de l'éducation, les discussions concernant les nouveaux modèles d'organisation du travail commencent à émerger petit à petit. L'émergence de ces questionnements provient des différents changements que ces secteurs ont pu subir lors de leur évolution organisationnelle et qui ont de ce fait impacté directement les conditions d'exercices des professionnels, aussi bien en santé qu'en éducation. Le caractère multiprofessionnel de ces deux pratiques implique des interrelations quotidiennes entre les différents membres de l'équipe ainsi qu'avec d'autres professionnels avec lesquels ils sont susceptibles de travailler et de rentrer en interaction. C'est en grande partie à travers ces connexions que les pratiques « *réelles* » évoluent et se développent, s'écartant au fur et à mesure des prescriptions.

Lorsque l'on réfléchit au travail, particulièrement en santé et dans l'éducation, pratiques dans lesquelles l'humain représente le centre de l'exercice du métier, on constate que le travail prescrit comprend des actions concrètes et facilement descriptibles telles que la manière d'utiliser les instruments et les outils, le temps accordé pour chaque tâche, la méthodologie à appliquer et les règles à suivre et à respecter. En se penchant de plus près sur le travail réel et effectif, on se rend compte que la prescription se limite au contenu officiel, mais sans rendre compte de manière explicite du contenu officieux, la manière de s'organiser pour faire ou ne pas faire ce qui a été prescrit. Les principales particularités de ces deux progressions, c'est qu'elles s'intègrent dans des dynamiques professionnelles instables, variables et complexes pour lesquelles un ensemble d'éléments peuvent faire de chaque situation un cas unique à résoudre. Le réel, dit Dejours, c'est « *ce qui, dans le monde, se fait connaître par sa résistance à la maîtrise technique et à la connaissance scientifique* [… et qui] *s'appréhende d'abord sous la forme de l'expérience au sens d'expérience vécue* » (Dejours, 1995). Dans certaines situations les prescriptions décrites, loin de représenter le travail réel des soignant.e.s et des enseignant.e.s, peuvent rentrer en contradiction avec les valeurs des professionnels principalement quand ces prescriptions ont pour principal rôle, non pas d'apporter un cadre d'exercice mais plutôt de « *contrôler* » les travailleurs (Seferdjeli & Terraneo, 2015). Les contradictions, qui émergent peuvent entacher le sens que les professionnels donnent à leur travail. Un sens qui se perd au fur et à mesure que l'écart entre le prescrit et le réel augmente.

Certains auteurs ont pu identifier des « *stratégies défensives »* que les travailleurs mettent en place pour éviter à la souffrance au travail d'émerger. Cette souffrance survient face à l'incapacité constatée par les professionnels de modifier l'organisation de leur travail et l'atteinte d'un équilibre aussi bien psychologique que social. Cet équilibre est aussi mis à rude épreuve par l'existence de contradictions entre les différentes règles et objectifs prescrits (Dashtipour & Vidaillet, 2016). Très souvent, les critères de rapidité et de productivité des médecins hospitaliers sont contradictoires avec les critères de qualité des soins. De même, pour les enseignants pour lesquels le nombre

croissant des élèves en classe les empêche d'appliquer un suivi individualisé correspondant aux besoins particuliers de chaque élève. Face à la multiplicité des consignes, de prescriptions complexes et évolutives, à un travail parfois empêché, les professionnels subissent des conséquences aussi bien sur leur santé que sur leur productivité. En effet, irritabilité, stress, épuisement professionnel ou encore dépression peuvent devenir le quotidien de ces professionnels qui travaillent au service de la personne, de son éducation et de sa santé (Caron et al., 2011). À la lumière de ces éléments loin d'être exhaustifs, il devient nécessaire et même urgent de se poser les bonnes questions en rapport avec l'invisibilité du travail réel dans le secteur des soins et de l'éducation mais aussi cette opacité des liens qui peuvent exister entre la santé des travailleurs et leur pratique réelle quotidienne. Qu'est-ce qui pourrait, à long terme, faciliter l'exercice d'une profession, qui même sans être contrainte est de prime abord éprouvante ? Le lien entre mal-être et sens des missions a pu être mesuré dans l'analyse longitudinale du Baromètre des métiers de l'éducation UNSA Éducation, conduit auprès des personnels de l'éducation. Entre 2013 et 2020, tous métiers confondus, la proportion de personnels trouvant un sens à leurs missions a chuté de 83% à 68%. Parallèlement, le taux de satisfaction quant aux conditions de travail est passé de 42% à 29%, et la recommandation du métier de 41% et 22%. On constate donc que la perception du sens des missions s'est fortement dégradée et a entraîné une forte baisse de la recommandation du métier à un proche, indicateur qui reflète le mal-être des personnels. Dans le domaine hospitalier, Laurent Brami, Sébastien Damart et Frédéric Kletz ont montré en 2012[33] comment la réorganisation du travail et la modification de la gestion des ressources hospitalières a engendré un mal-être se traduisant par une hausse forte de l'absentéisme.

Les crises que l'École et l'Hôpital connaissent sont incarnées par des réformes successives qui n'ont pas permis aux agents de l'éducation comme aux agents hospitaliers de (re)trouver un sens à leur métier. Ce décalage contribue à accentuer la crise de ces institutions et l'insatisfaction, voire la souffrance, des personnels. Les métiers de l'éducation comme les métiers du soin intègrent certaines spécificités communes qui les distinguent d'autres corps de métier. Nous présenterons en seconde partie des pistes de réflexion prenant appui sur ces spécificités et qui pourront aider à redonner du sens à ces métiers. Il s'agira en particulier de replacer le sens du métier au cœur des interactions entre les acteurs de l'École et de l'Hôpital, d'approfondir la pratique de la communication dans ces métiers ainsi que d'explorer l'opportunité des formations réflexives.

33 " *Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants* " https://journals.openedition.org/pmp/5551

Crise de l'Hôpital et de l'École

2nde partie

[Des métiers en quête d'évolution]



L'École et l'Hôpital sont caractérisés par une mission centrale qui leur est propre : l'éducation, le soin, et la façon dont les différents acteurs s'organisent autour de cette mission. Ceux qui réalisent le cœur de la mission ont un rôle essentiel, et plus on s'éloigne de la mission en elle-même, plus le lien avec les acteurs principaux devient fragile. La question du lien entre les agents et la mission principale de l'École et de l'Hôpital est fondamentale et indispensable pour bâtir des stratégies de sortie de crise et redonner du sens aux métiers. Cela passe par le lien à l'autre via la communication, qui permet de rendre l'acte d'enseigner et de soigner plus précis, vivant et efficace. Cela peut également passer par la réflexivité, qui permettra à chaque enseignant et à chaque soignant de mieux se connaître et d'évoluer plus facilement dans sa pratique, en restant connecté à sa propre expérience.

A/ Prise en compte, accueil, accompagnement et communication[34]

On peut certainement dire que la communication est l'élément vital de toute interaction entre deux parties. Qu'elle soit verbale, écrite ou non verbale (langage corporel, musique ou art), la communication peut être conçue pour informer les autres afin de susciter une réponse, d'éduquer ou d'encourager des comportements (Freeman et al., 2014). La place de la communication a toujours eu un rôle important dans toute profession incluant un contact et une interaction avec d'autres personnes. Le simple fait que vous compreniez ces mots écrits est une preuve évidente de communication. Vygotsky a accordé une grande importance au rôle du langage comme un outil permettant de façonner la pensée (Putney, 2002). La communication a de nombreuses significations et a été définie selon différents modèles. Hunt (1987) la considère comme étant le processus par lequel les personnes envoient et reçoivent des informations. Il a conceptualisé le modèle de communication comme impliquant un orateur, un discours, des auditeurs et un retour d'information. Shannon et Weaver (1963) ont schématisé dans les années soixante la communication et identifié le processus comme impliquant une source d'information, un message, la transmission ou le codage du message, un signal, un canal, un récepteur ou un décodeur du message, une destination et du bruit. Indifféremment au modèle choisi, les composants de base de tous les modèles sont l'émetteur, le récepteur et le message. On pourrait faire valoir que, quel que soit le récepteur, si l'émetteur est efficace, clair et complet, le récepteur acceptera, comprendra et utilisera le message. Mais la communication implique aussi dans son processus des éléments non visibles que sont le codage et le décodage des messages par l'expéditeur et le destinataire. C'est le processus par lequel des concepts, des idées et des messages sont transmis d'un point à un autre et sont renvoyés au récepteur. Selon McBride et ses collaborateurs (1981 ; 1999), la communication devrait remplir trois fonctions, à savoir accroître la compréhension, renforcer l'esprit de solidarité et améliorer les capacités des individus. En accord avec cette vision du concept de communication nous concluons le fait que cette dernière va au-delà d'une simple mise à disposition de l'information aux personnes, mais qu'elle s'attache aussi à construire une compréhension commune ente les participants tout en considérant le contexte et l'environnement

34 Cette sous-partie est une version retravaillée de l'article de Yasmina Kébir publié sur le site du Centre Henri Aigueperse – UNSA Éducation, https://centrehenriaigueperse.com/2020/10/02/limportance-de-la-communication-dans-lenseignement-et-la-medecine/

dans lequel cette communication a émergé. Cependant, plusieurs facteurs peuvent conduire à l'incapacité d'un destinataire à comprendre efficacement un message. Il s'agit notamment de facteurs tels que la difficulté de la langue utilisée par le transmetteur du message, les différences de niveau d'éducation, de culture, de religion, de perspectives politiques de l'expéditeur et du destinataire, qui tendent à faire obstacle à la compréhension (Lunenburg, 2010). Nous allons explorer dans cette partie l'importance des compétences communicationnelles dans l'enseignement et la médecine.

Les compétences communicationnelles dans l'enseignement, conditions nécessaires à l'épanouissement professionnel

Dans une salle de classe traditionnelle, un enseignant utilise l'art de la communication tous les jours avec ses élèves. Si un enseignant ne peut communiquer aucune idée, les élèves sont alors laissés à eux-mêmes et seuls ceux qui sont capables d'apprendre par eux-mêmes le feront. De même pour les médecins, si ces derniers n'arrivent pas à communiquer convenablement avec leurs patients, seuls ceux qui peuvent se soigner tout seuls guériront de leur maladie ou du moins amélioreront leurs conditions de vie. D'où toute l'importance que peut revêtir la communication dans les contextes de classe et de soins. Dans cette partie, nous souhaitons souligner particulièrement son importance et son rôle dans des activités professionnelles où l'humain est omniprésent, où la communication en elle-même représente un empan important de l'activité professionnelle réalisée. Communiquer face et avec des élèves pour l'enseignant et des patients pour le médecin peut avoir divers objectifs et visées directement ou indirectement liés à la finalité de l'activité professionnelle qui respectivement se résume à transmettre pour les enseignants et à améliorer l'état de santé d'un patient pour les médecins. La dernière partie mettra le focus sur des points qui nous semblent être pertinents à mettre en comparaison et en relief entre les deux professions que nous avons choisi d'étudier.

La salle de classe constitue un espace de communication complexe et qui comporte des composantes verbales, para-verbales et non verbales servant de médiateur dans l'interaction entre l'enseignant et l'élève (Muste, 2016). Les compétences en matière de communication peuvent être définies comme étant la transmission d'un message qui implique une compréhension commune des contextes dans lesquels la communication a lieu (Lee, 1999). En outre, les compétences de communication des enseignants sont importantes pour un enseignant qui dispense l'enseignement à ses élèves (McCarthy et Carter, 2001). Qu'un enseignant interagit avec un élève, un collègue, un parent, une communication efficace reste indispensable pour garantir la réussite des apprenants et la transmission efficace des informations. Fiordo (1990) combine deux notions qui selon lui représentent le mieux le processus communicationnel en contexte d'enseignement : la notion de communication en tant que processus transactionnel et de communication en tant que "*création de sens*". Lorsqu'un enseignant s'efforce d'exprimer ce qu'il souhaite transmettre, il signifie ou symbolise une idée, lui attribuant de ce fait une importance et une valeur. Cela implique une compréhension approfondie et intégrée de l'idée que l'enseignant souhaite communiquer et transmettre. Dans ce même cadre, l'enseignant a pour principal objectif d'aider l'élève à apprendre

en lui transmettant efficacement le concept afin que ce dernier puisse développer sa propre compréhension et qu'il puisse s'approprier les concepts transmis (Diloyan, 2017).

Dans une large mesure, les compétences en matière de communication pourraient être un bon prédicteur pour l'épanouissement personnel et la réussite professionnelle des enseignants (Hoon et al. 2017). Une enquête réalisée a pu révéler que de bonnes compétences en communication combinées à une bonne capacité à travailler avec d'autres personnes sont des facteurs d'influence majeurs pour une carrière réussie (Morreale et al., 2000). De l'autre côté, Khan, et ses collaborateurs (2017) se sont quant à eux intéressés au lien existant entre les compétences communicationnelles des enseignants et la réussite des élèves. Ils déclarent, suite à leur étude, que la réussite des élèves est directement liée aux compétences communicationnelles que l'enseignant met en œuvre quand il dispense son cours. Loss en arrive quasiment à la même conclusion en spécifiant que de bonnes compétences communicationnelles renforcent la relation entre les étudiants et les enseignants en améliorant le niveau de compréhension entre les deux parties prenantes (Loss, 2000). De ce fait, de bonnes compétences de communication sont non seulement importantes pour les enseignants, mais aussi pour les étudiants afin d'assurer leur réussite scolaire (Bee, 2012).

Bien qu'il puisse sembler qu'il y ait toujours une communication entre l'apprenant et l'éducateur, elle ne va pas tout le temps de soi (Diloyan, 2017). En effet, le manque de temps, le manque de ressources et le fait de ne pas savoir comment échanger des informations peuvent conduire à une communication inefficace pouvant léser aussi bien l'enseignant que l'élève et tout autre acteur ayant un rôle dans ce processus de transmission. Vattoy a mené une recherche basée sur des entretiens avec des enseignants lui permettant de recueillir des verbalisations par les professionnels de l'éducation représentant des idées bien représentatives du travail effectif quotidien des enseignants. Une de ces verbalisations nous a semblé pertinente à faire apparaître au niveau de cet écrit car elle nous semble être très proche de l'idée de l'enseignement que nous cherchons à véhiculer dans cette partie : « *La communication est la compétence la plus importante. La capacité à se faire comprendre et à communiquer oralement et par écrit est fondamentale. Ensuite, tout le reste vient en second lieu.* » (Vattoy, 2020). Mathur en arrive même à affirmer dans l'une de ses productions que l'enseignement n'est qu'une affaire de communication (Mathur, 2020). L'enseignant sert principalement de source, mais secondairement de récepteur. L'inverse est vrai pour l'élève. Fiordo suggère que le style d'enseignement traduit le mode de fonctionnement pédagogique de l'enseignant. Par exemple, un enseignant adoptant un style « *laissez-faire* » aura le rôle d'une source d'information à 51 % et d'un récepteur à 49 % du temps, alors qu'un enseignant de style « *autoritaire* » représentera une source d'information à 95 % et un récepteur à 5 % du temps (Fiordo, 1990). Ces styles d'enseignement et de gestion de la classe sont observés en fonction des actions des enseignants. Un style de gestion approprié est essentiel pour créer un environnement favorable dans le processus d'apprentissage, complété par des efforts importants de gestion efficace de la classe afin de faire participer les élèves à l'apprentissage (Evertson & Weinstein, 2006). Ces pratiques de gestion efficace de la classe contribuent au développement individuel, social, culturel et démocratique des élèves en augmentant l'effet des activités éducatives (Aytan, 2016). En outre, les enseignants doivent se préoccuper des stratégies

de gestion des élèves dans leur environnement d'apprentissage afin qu'ils soient guidés de la manière la plus optimale qui soit (Teoh, Kor & NurShaminah, 2017). Moreno Rubio (2009) a déclaré que les enseignants ayant de bonnes compétences en communication parviennent à donner des cours de manière attrayante. De cette façon, les enseignants peuvent gérer la classe au mieux, ce qui indique que les compétences en communication sont indéniablement liées aux styles de gestion permettant d'avoir un impact positif sur le comportement des élèves (Hoon et al. 2017). Dans cette même lignée, Aküzüm et Ozdemir (2017) ont étudié la relation entre les compétences de communication des enseignants et les compétences de gestion de classe. Dans cette étude, il a été déterminé que les compétences de communication efficaces examinées avec les sous-dimensions empathie, transparence, égalité, efficacité, compétence prédisaient les compétences de gestion de classe des enseignants et démontrant ainsi que la gestion efficace de la classe par les enseignants était étroitement liée à l'efficacité de leurs compétences en matière de communication.

Une étude réalisée en 2017 par Hoon et ses collaborateurs a pu mettre en exergue deux principaux styles de gestion de la classe par les enseignants. Les résultats ont en effet révélé que les caractéristiques des enseignants révèlent des catégories et des styles d'enseignements *"interventionnistes*" et "*interactionnistes*" extraits du modèle conceptualisé par Wolfgang et Glickman (1986). D'un côté, nous avons les enseignants interventionnistes qui acquièrent leur caractère proactif dans l'enseignement en prévoyant des conséquences (en termes de récompenses et de punitions) par rapport aux comportements des élèves à l'école (Rahimi & Asadollahi, 2012). Par conséquent, les enseignants "*interventionnistes*" pratiquent davantage la communication face à face. Cette communication en face à face résulte du fait que le style interventionniste de l'enseignant nécessite un haut degré de contrôle dans la gestion des élèves en classe (Ritter & Hancock, 2007). De l'autre côté, nous avons les enseignants de style « *interactionniste* » qui pensent toujours que les élèves apprennent en interagissant avec leurs pairs (Ritter & Hancock, 2007), suggérant que la communication en classe ne se fait pas seulement entre l'enseignant et l'élève mais aussi et bien souvent entre les élèves eux-mêmes. De cette façon, les enseignants pourraient se concentrer sur la gestion des élèves en termes d'interaction avec leurs pairs et pas uniquement avec l'enseignant qui dispense le cours (Hoon et al. 2017). Bien qu'il soit essentiel que les enseignants communiquent dans l'environnement d'enseignement et d'apprentissage, les allocutions et les possibilités pour les étudiants de communiquer avec leurs pairs sont toujours très importantes et indéniablement présentes.

Pat Petrie souligne le fait que la communication est un facteur important dans les meilleures pratiques pédagogiques et que la communication et la pédagogie sont en fait liées et indispensables l'une à l'autre (Petrie & lisahunter, 2011). La communication avec les jeunes enfants consiste à les inspirer et à les aider à se développer intellectuellement (Diloyan, 2017). Une récente étude réalisée par Khan et ses collaborateurs (2016) a eu pour objet de recherche d'investiguer les effets des compétences communicationnelles des enseignants sur la réussite des élèves. Cette dernière indique qu'un enseignement efficace ne dépend pas seulement de la base de connaissances de l'enseignant, mais qu'il est également lié à la méthode et au style des compétences de communication de l'enseignant. Les résultats de cette présente étude sont en

adéquation avec celles de Nominate (2016) qui concluent que l'enseignement est généralement considéré comme étant composé de seulement 50 % de connaissances et de 50 % de compétences interpersonnelles et communicationnelles. En d'autres termes, il insiste sur le fait qu'il n'est pas suffisant pour un enseignant d'avoir de bonnes connaissances, mais il lui est également nécessaire et même indispensable d'avoir de bonnes compétences communicationnelles (Khan, 2017). Ces compétences représentent un facteur dominant qui a une grande influence sur les résultats scolaires des élèves (Andrade et al., 2015). L'auteur affirme qu'une bonne communication n'est pas seulement importante pour l'enseignant mais qu'elle est également primordiale pour assurer la réussite scolaire des élèves. Les compétences en matière de communication et la motivation au travail ont une grande influence sur l'aspect pédagogique. Le style de communication de l'enseignant peut influencer l'intérêt et l'attitude des élèves en créant une atmosphère de plaisir et d'apprentissage (Duta et al., 2015).

D'après ce qui a été dit précédemment, nous pouvons conclure que la communication verbale représente un pan important de l'enseignement et tous les enseignants sont inévitablement concernés par cette dernière. Cependant il nous semble important de ne pas négliger tout ce qui a trait à la communication non verbale qui peut prendre place dans la salle de classe. La communication non verbale est généralement définie comme étant la communication qui comprend tous les comportements effectués en présence d'autrui ou perçus consciemment ou inconsciemment (Bambaeeroo & Shokrpour, 2017). Certains chercheurs considèrent l'écoute active comme faisant partie des compétences communicationnelles non verbales (Wahyuni, 2018), compétence à travers laquelle les enseignants doivent écouter attentivement leurs élèves avec beaucoup d'empathie. Tous les aspects de cette communication, y compris la communication non verbale, l'écoute attentive et la communication en groupe, jouent un rôle crucial dans une communication efficace avec les apprenants (Petrie, 2011).

Certaines études se sont intéressées à l'impact que pouvait avoir cette communication non verbale sur la qualité de l'enseignement et la réussite des élèves. D'après les résultats d'une étude qui a été récemment menée, l'utilisation efficace de la communication non verbale pendant l'enseignement et l'apprentissage améliore la qualité de l'apprentissage, ce qui permet d'obtenir des résultats scolaires plus élevés (Irungu et al., 2015). Les nouvelles connaissances découlant de cette étude indiquent que les enseignants devraient adopter l'interaction non verbale comme méthode d'enseignement pour améliorer les résultats scolaires. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le langage non verbal donne plus d'informations qu'on pourrait le croire. En effet, Behjat et ses collaborateurs ont révélé que les expressions faciales et le contact visuel des enseignants jouaient un rôle fondamental dans l'apprentissage du langage par les élèves (Behjat et al., 2014). Ils affirment que grâce au contact visuel, les enseignants peuvent rendre actif l'environnement d'apprentissage dans les salles de classe en rendant les apprenants plus attentifs. Il en résulte un environnement de participation active au cours du processus d'apprentissage, ce qui améliore chez les apprenants leur niveau de rétention et de compréhension des concepts enseignés par les apprenants (Behjat et al., 2014). D'autres auteurs quant à eux expliquent cette influence par le fait que certaines compétences communicationnelles non verbales comme le sourire rendaient les apprenants susceptibles d'être plus réceptifs, attentifs et détendus (Bambaeeroo et al. 2017).

La communication est avant tout un processus relationnel au cours duquel les messages sont transmis à l'aide de symboles, de signes et d'indices contextuels pour exprimer des significations tout en faisant en sorte que les récepteurs acquièrent une compréhension similaire qui influence ensuite le comportement (Hoon et al. 2017). Les différents éléments précédemment évoqués nous procurent des indices quant à la la proximité relationnelle qui se construit et se développe entre un enseignant et son élève. En effet, Safavi souligne dans ses recherches que différentes définitions de l'enseignement ont été fournies par différents chercheurs qui, selon lui, s'accordent à définir cette activité comme étant une interaction ou une relation entre l'enseignant et ses élèves (Safavi, 2001). Cela nous laisse penser que l'enseignement reste indubitablement une activité qui est largement connotée par des aspects relationnels et sociaux qui existent dans le contexte de l'éducation et plus particulièrement au sein des salles de classe. La relation enseignant-étudiant, bien qu'unique, présente plusieurs similitudes avec d'autres relations interpersonnelles. DeVito a décrit l'enseignement comme un processus relationnel qui suit les étapes du développement depuis le contact initial, en passant par la complicité, jusqu'à la dissolution (DeVito, 1986). Graham, West et Schaller (1992) fondent leur approche de l'enseignement relationnel sur la conviction que *"l'enseignement implique un processus de développement relationnel et nécessite des compétences efficaces en matière de communication interpersonnelle pour obtenir des résultats satisfaisants*" (Graham et al., 1992). Une relation positive entre l'enseignant et l'élève facilite l'apprentissage affectif, qui à son tour améliore l'apprentissage cognitif (Bloom et al., 1971). La relation entre les enseignants et les élèves est un facteur majeur dans l'apprentissage affectif qui se produit en classe. Une des approches permettant de comprendre et d'expliquer en partie le développement des relations serait la capacité de communication utilisée par les enseignants pour développer et maintenir des amitiés (Burleson & Samter, 1990). Liberante a estimé que la communication et la qualité de la relation avec l'enseignant ont un effet illimité sur l'apprentissage, et qu'il est nécessaire pour les enseignants de comprendre leurs étudiants (Liberante, 2012). Un grand nombre d'étudiants interrogés lors de l'étude sont d'accord et pensent que l'environnement amical et la coopération de l'enseignant est une partie essentielle de leur succès dans les études.

Compétences communicationnelles en médecine, concentré de bénéfices pour le patient

Au cours des trois dernières décennies, le modèle biopsychosocial de la santé a pris une importance croissante dans la pratique effective de la médecine. Ce modèle met l'accent sur le traitement du patient dans son ensemble, y compris les aspects biologiques, psychologiques, comportementaux et sociaux de sa santé (Smith et al., 2007). La communication est le principal vecteur d'échange entre le médecin et le patient, et est donc essentielle pour la qualité des soins de santé et la promotion de la relation médecin-patient (Street & De Haes, 2013). Une communication médecin-patient efficace est une fonction clinique centrale, et la communication qui en résulte est le cœur et l'art de la médecine représentant ainsi un élément primordial de la prestation des soins et de santé (Arora et al., 2003). Au cours des dernières décennies, l'enseignement et l'évaluation des soins biopsychosociaux et des compétences en communication ont été intégrés au processus de formation médicale (Haskard Zolnierek & DiMatteo, 2009). Les trois principaux objectifs de la communication médecin-patient actuelle sont de créer une bonne

relation interpersonnelle, de faciliter l'échange d'informations et d'inclure les patients dans la prise de décision (Platt & Keating, 2007). Pour Griffin, la communication entre les médecins et les patients représente aussi un élément clé des soins médicaux, qui reste essentielle mais lui impute d'autres objectifs que ceux qui ont été décrits par Platt et ses collaborateurs. La communication médecin-patient permettrait d'atteindre d'autres objectifs tel que l'anamnèse, le diagnostic, l'information des patients sur les interventions, la planification du traitement et les résultats (Griffin et al., 2004). Ces deux conceptions de l'apport de la communication sont des conceptualisations différentes s'intéressant à deux volets de la prise en charge qui sont différentes mais qui sont aussi complémentaires. Un premier volet relationnel, celui de Platt qui met au centre de cette communication les dimensions relationnelles, informationnelles et octroyant au patient un rôle actif dans son processus de soin. Souvent, les soins de santé sont dispensés "*aux*" ou "*pour*" les gens plutôt que "*avec*" eux, il est difficile d'associer les personnes à la prise de décision tandis que leurs objectifs sont uniquement envisagés en termes de résultats cliniques particuliers" (Tritter et al., 2013). Ce premier volet s'oppose au second, bien plus axé sur la pratique médicale « *académique* » dans laquelle la prise en charge a pour principal objectif d'émettre un diagnostic et de prodiguer des soins en adéquation avec l'état de santé du patient au moment de la consultation. Freeman conçoit, quant à lui, cette communication en prenant en considérant les deux points de vue, aussi bien celui du patient que celui du médecin. Selon lui, dans le contexte de la pratique clinique, et selon que l'on est le patient ou le prestataire, l'objectif de la communication peut être différent. Du point de vue du patient, la communication représenterait le moyen par lequel les symptômes ou les signes sont partagés, des questions sont posées et les problèmes sont discutés pour obtenir en fin de compte des données concrètes sur lesquelles agir. Du point de vue du prestataire, après un interrogatoire minutieux et des tests appropriés, des informations sont fournies pour éduquer, faciliter et motiver le patient à suivre les thérapies ou traitements recommandés (Freeman et al., 2014).

Une communication médecin-patient efficace est déterminée par la "*manière de se comporter au chevet du patient*", que les patients considèrent comme un indicateur majeur de la compétence générale de leur médecin (Hall et al., 1981). Une bonne communication médecin-patient peut aider à réguler les émotions des patients, faciliter la compréhension des informations médicales et permettre une meilleure identification des besoins, des perceptions et des attentes des patients (Brédart et al., 2005). Les éléments essentiels de la relation médecin-patient comprennent la communication verbale et non verbale, le questionnement et la transmission efficace de l'information (comportement axé sur la tâche), l'expression d'empathie et de préoccupation (comportement psychosocial), le partenariat et la prise de décision participative (Roter et al., 1997). Les caractéristiques d'une communication réussie comprennent selon Zandbelt et ses collaborateurs la création d'une relation durable, l'exploration du point de vue du patient, la verbalisation des expériences émotionnelles, l'empathie, la recherche de tâches communes et l'élaboration d'une stratégie commune (Zandbelt et al., 2007). Ces différentes caractéristiques octroient une place privilégiée au patient et lui permet de partager des informations vitales essentielles pour un diagnostic précis permettant aux médecins de mieux comprendre les besoins de leurs patients pour éventuellement conduire à une meilleure réduction des symptômes (Goold & Lipkin, 1999). Mais elles permettent aussi au patient de s'exprimer sur leurs émotions, attentes,

appréhensions et besoins. En effet, Morss et ses collaborateurs (cités par Alazri et Neal), ont passé en revue 21 études qualitatives pertinentes et ont constaté que les domaines utilisés pour évaluer la satisfaction des patients par rapport aux soins comprenaient la disponibilité du médecin, la coordination au sein d'une équipe multidisciplinaire, la compétence, la communication et les relations, la capacité à fournir des informations, la réceptivité aux besoins émotionnels des patients, la capacité à fournir des soins holistiques et la capacité à soutenir la prise de décision des patients (Alazri & Neal, 2003). Ces dernières années, l'importance croissante accordée à l'autonomie du patient et aux soins centrés sur le patient a encore renforcé l'importance d'une communication efficace entre les deux parties prenantes. Une communication efficace est essentielle à la qualité des soins de santé car elle favorise la prise de décision partagée et améliore le respect des instructions thérapeutiques, à la satisfaction des patients et des médecins (Freeman et al., 2014). À ce niveau, il nous semble très important de rappeler que la communication médecin-patient est loin de se limiter à l'extraction de l'historique du patient. Les médecins sont censés prendre le patient dans son ensemble et s'occuper de ses besoins, de ses craintes et de ses préoccupations pendant la consultation. Le rôle du médecin communicateur est redéfini comme étant la capacité d'un médecin à apporter du réconfort par sa présence et ses paroles, capacité considérée comme une composante fondamentale d'une bonne prise en charge médicale (Wernecke et al., 2014). Ces comportements et capacités du médecin représentent une attitude longuement décrite dans la littérature sur la communication médecin-patient faisant ainsi émerger un concept qu'on peut considérer comme moderne, celui de la prise en charge centrée patient. Ce concept représente la nouvelle approche de soin en médecine moderne et est apparu pour faire opposition à la médecine centrée sur la maladie, laquelle a pendant longtemps représenté la pratique de la médecine. En effet, le développement continu du système de soins de santé a imposé la nécessité d'aller au-delà de la médecine traditionnelle, en passant d'une approche centrée sur la maladie (axée principalement sur les pathologies) ou encore centrée sur le personnel de soin, à de nouvelles approches visant à servir avant tout les besoins et les intérêts des personnes s'inscrivant dans un processus de soin.

Les soins centrés sur le patient sont un concept quelque peu ténu. Cette approche est issue des travaux de Balint (1969) mais est basée sur des recherches pluridisciplinaires en sociologie médicale, anthropologie et psychologie : le médecin n'a plus comme mission unique d'émettre un diagnostic mais de favoriser la création et l'établissement d'un espace de travail non directif dans lequel le patient pourra évoluer vers le changement qu'il souhaite réaliser (Fournier & Kerzanet, 2007). Dans certains systèmes, le concept semble englober tout ce qui est synonyme de bons soins et de bonne communication. Avec des définitions aussi larges, tout élément de soins considéré comme souhaitable pourrait être qualifié de "*centré sur le patient*". Dans le cadre de l'ensemble des systèmes, ce type de prise en charge a été envisagé comme introduisant et renforçant l'autogestion du patient (Rogers et al., 2016). L'approche centrée sur le patient est fondée sur la compréhension du patient en tant qu'être humain unique et se réfère à un style de rencontre entre le médecin et le patient caractérisé par la réactivité du médecin aux besoins et aux préférences du patient, l'utilisation des connaissances du patient pour guider activement l'interaction et le partage d'informations, et la prise de décision partagée (Mead & Bower, 2000). Il s'agit d'une perspective biopsychosociale, du patient en tant que personne, du partage du pouvoir et de la responsabilité,

de l'alliance thérapeutique et du médecin en tant que personne (Mead & Bower, 2000). L'approche centrée sur le patient a été conceptualisée à la fois comme une façon de considérer la santé et la maladie qui affectent le bien-être général d'une personne et comme une tentative de responsabiliser le patient en élargissant sa contribution à la consultation (May et Mead, 1999). L'application de l'approche repose sur la volonté du professionnel de la santé d'écouter le patient et d'explorer son expérience personnelle de la maladie et d'identifier ses incertitudes et ses besoins par l'utilisation de techniques et de méthodes de communication qui facilitent particulièrement l'expression du patient dans le cadre des consultations (Holmström & Rosenqvist, 2001). Ces caractéristiques de la communication que devrait appliquer tout médecin dans son exercice acquièrent d'autant plus d'importance et de valeur qu'il a été prouvé que l'insatisfaction du patient à l'égard de son médecin est principalement due à une communication inefficace, comme le manque d'écoute et d'information, et le manque d'intérêt et de respect (Simpson et al., 1991).

Des études ont montré que la communication centrée sur le patient améliore la relation de travail, le diagnostic, la coopération du patient et le résultat du traitement (Schmid Mast et al., 2007). En outre, elle est associée à une plus grande satisfaction du patient (Venetis et al., 2009) et à une réduction des frais médicaux due à la diminution des visites médicales (Bertakis & Azari, 2011). En opposition à une mauvaise communication qui, elle, peut conduire à une adhésion limitée du patient et peut compromettre la confiance dans la relation médecin-patient (Kerse et al., 2004). Le lien entre l'adhésion du patient et la communication médecin-patient a été largement observé dans les ouvrages théoriques et les revues de littérature soutenant que la communication médecin-patient peut améliorer l'adhésion par divers mécanismes. La communication contribue à la compréhension de la maladie par les patients et des risques et avantages du traitement. Le soutien, l'empathie et la compréhension (Bauchat et al., 2016), les partenariats de collaboration (Claramita et al., 2013) et les entretiens centrés sur le patient (Hashim, 2017) exigent une communication efficace et favorisent le bon déroulement de la prise en charge du patient en besoin de soins.

Médecine et enseignement : la communication, vecteur de développement relationnel et professionnel

À la suite de cette revue de littérature loin d'être exhaustive, une multitude d'éléments communs ont pu faire surface entre l'univers communicationnel dans une classe et dans un cabinet ou une salle de soins médicale. Cette section de notre étude permettrait de mettre en relief et d'exposer à discussion certains éléments qui concordent dans les deux pratiques professionnelles étudiées : l'enseignement et la médecine. L'étude de textes scientifiques nous ont en effet permis de dégager et de nous rendre compte qu'il existe une multitude d'éléments comparables entre ces deux professions qui, aux premiers abords, peuvent sembler être complètement différentes. L'enseignant et l'apprenant devraient travailler ensemble et l'élève devrait avoir la possibilité d'être créatif dans le processus d'apprentissage. "*Seul le dialogue, qui exige une pensée critique, est également capable de générer une pensée critique. Sans dialogue, il n'y a pas de communication, et sans communication, il ne peut y avoir de véritable éducation*" (Freire, 1968).

Cette citation met en lumière le rôle clé que joue la communication dans le processus d'apprentissage créant et ouvrant la porte aux pensées créatives et innovantes. Cela s'oppose à cette approche traditionnelle de l'enseignement dans lequel l'esprit de l'apprenant est comme une "*éponge*" que l'on pourrait remplir d'informations. Cette éducation mise en valeur par « *l'école de Jules Ferry* » considère les élèves comme des objets passifs. Le fait de considérer les élèves comme des objets et non comme des êtres humains qui ont un intérêt égal dans leur éducation, nuit au résultat de leur enthousiasme pour l'apprentissage (Diloyan, 2017). Nous retrouvons cette même analogie dans la relation médecin-patient, dans laquelle le patient tendait à être considéré comme étant un objet, un corps malade et non comme une personne à part entière. C'est à travers des changements au niveau des compétences communicationnelles que met en pratique le médecin lors des entretiens de consultation, qu'il accorde au patient l'espace pour qu'il puisse s'exprimer et transmettre sa propre vision de la maladie. Ce processus communicationnel permettant l'interaction et l'échange permet en l'occurrence la compréhension des besoins du patient par le médecin mais aussi à ce dernier d'exprimer et de manifester sa compréhension à l'égard des problématiques, préoccupations et besoins que le patient parvient à exprimer lors des consultations. C'est cette conceptualisation de la place des élèves et des patients dans l'espace interactionnel qui doivent être considérés comme des individus à part entière, qui a fait émerger de nouvelles approches intégrant ces acteurs de manière active dans leurs processus respectifs d'apprentissage et de soin. Cette notion d'objet et de passivité a longuement été discutée dans la littérature aussi bien médicale que dans le domaine de l'éducation et a fait émerger d'autres conceptualisations de la prise en charge médicale et de l'enseignement qui intègrent et essayent de donner plus d'importance à l'implication et à l'engagement des élèves et des patients par rapport à leur progression dans le processus dans lequel ils évoluent.

La notion de prise en charge centrée patient que nous avons décrite dans la section précédente et qui se centre exclusivement sur le patient se rapproche d'un autre concept appliqué au domaine de l'éducation, celui de l'apprentissage ou l'éducation centrée sur les élèves. Cette approche est basée sur le principe selon lequel c'est l'apprenant qui a besoin d'apprendre, et que c'est lui qui contrôle son processus d'apprentissage. Cette approche spécifique à l'enseignement moderne a donné aux élèves plus de liberté pour faire face aux situations de la vie réelle (Buzarna-Tihenea, 2017). Elle s'oppose donc à la classe centrée sur l'enseignant qui, elle, est plutôt typique de l'enseignement traditionnel et unilatéral. L'approche centrée sur l'apprenant découle de la psychologie humaniste de Rogers et du cadre théorique du constructivisme fondé par Piaget (Kayler, 2009). Cette approche exige des enseignants qu'ils soient attentifs aux questions relatives au développement cognitif des enfants, aux dimensions affectives et motivationnelles de l'enseignement (par exemple, la motivation intrinsèque à apprendre), aux aspects développementaux et sociaux de l'apprentissage et aux différences individuelles dans les stratégies d'apprentissage (Daniels & Perry, 2003). En termes de communication, l'approche centrée sur l'apprenant est plus dialogique que la structure de communication de l'approche centrée sur l'enseignant (Sedova et al., 2014). Elle octroie plus de place à la communication active et bidirectionnelle entre les enseignants et les élèves. Cependant, l'approche centrée sur l'enseignant semble être la pratique ancrée dans les pratiques en enseignement. Pour pouvoir changer le discours centré sur l'enseignant, il ne suffit pas de modifier les sous-procédures d'enseignement et

de gestion du comportement (Lojdová, 2019). Il s'agirait plutôt d'un changement holistique du paradigme de la communauté d'apprentissage qui fait évoluer la pratique de l'enseignant en le faisant passer d'un expert qui contrôle et transmet des connaissances à celui de facilitateur à l'apprentissage des élèves (Brown et al., 2016). La difficulté de cette transition d'un discours centré sur l'enseignant à un discours centré sur l'élève signifie un changement dans la relation de pouvoir au sein de la classe car, en classe, la communication est étroitement liée à un statut de pouvoir (McCroskey & Richmond, 1983). On retrouve cette même dynamique entre la prise de pouvoir et les processus communicationnels dans les interactions médecin-patient. En effet, la relation médecin-patient implique elle aussi une interaction entre des individus qui n'ont pas la même position hiérarchique (de pouvoir) souvent non volontaire (Chaitchik et al., 1992) et dans laquelle le médecin a cette position de sachant qui détient les informations dont le patient a besoin. Ce pouvoir et cette autorité sont d'autant plus explicites lorsque le médecin établit un diagnostic et formule des recommandations au patient par rapport au traitement qu'il doit suivre (Maynard & Heritage, 2005).

Gage a défini l'enseignement comme étant « *une forme d'influence interpersonnelle visant à modifier le potentiel de comportement d'une autre personne* » (Gage et al., 2017). L'enseignement est donc essentiellement une activité sociale qui a un impact significatif non seulement sur l'apprentissage de l'enfant mais aussi sur sa personnalité globale et les comportements produits. L'enseignant est désormais désigné comme un médiateur qui facilite de toutes les manières possibles le processus d'enseignement et d'apprentissage d'un élève (Rawat & Bajracharya, 2015). Enseigner, au sens commun du terme vise à inculquer et à transmettre à l'apprenant certaines connaissances, traditions, valeurs, etc. Dans sa pratique quotidienne, le médecin a aussi pour rôle d'opérer des changements importants dans le comportement des patients mais aussi d'éduquer ces derniers afin qu'ils puissent gérer par-eux même la maladie dont ils souffrent, et cela de manière indépendante. Dans cette perspective et dans une visée d'éduquer le patient, le médecin a pour mission d'amener la personne malade à acquérir de nouvelles ressources qui lui permettront, de manière individuelle ou collective, de participer activement à son processus de soin (Fournier & Kerzanet, 2007). Cette éducation thérapeutique du patient a été définie par l'OMS comme ayant pour finalité de « *rendre le patient apte à acquérir et à conserver les ressources nécessaires lui permettant de gérer de la manière la plus optimale qui soit leur vie en tant que personne malade* » (OMS, 1998). L'éducation thérapeutique des patients par leurs médecins s'inscrit dans une vision du soin dans laquelle le médecin incarne un rôle « *d'éducateur* » dans le sens où il aide le patient à améliorer sa compréhension de la maladie, à exprimer ses interrogations, à prendre conscience et aller au-delà de ses croyances et obstacles (Gallois et al., 2009). Il nous semble à ce niveau pertinent de mettre en lien cette notion d'éducation du patient et les processus communicationnels qui prennent place dans les interactions médecin-patient. Ce lien prend son sens dans certaines situations dans lesquelles le médecin guide son patient à avoir un rôle plus actif dans les prises de décisions en lien avec son processus de soin. Cette notion de guidage dans la progression repose fondamentalement sur les compétences communicationnelles mises en place par le médecin lors de ces interactions (Fournier & Kerzanet, 2007).

Les différents éléments, concepts et notions précédemment énoncés induisent de manière indirecte des réflexions sur le lien qui existe entre la communication et la relation médecin-patient et enseignant-élève. La question qui peut se poser s'intéresserait aux mesures par lesquelles la communication pourrait représenter un vecteur au développement de cette relation qui, optimisée, facilitera l'exercice quotidien de la profession. Dans la littérature, la communication est avant tout considérée comme un processus social. Le caractère social des processus de communication peut être considéré sous deux angles différents (Scherer, 2014). Le premier est représenté par la relation sociale qui existe entre les deux rôles dans le processus de communication : le communicateur et le destinataire. La seconde perspective se concentre sur les autres relations sociales pertinentes du communicateur ou du destinataire et leur influence sur les origines ou les résultats de la communication. Lorsque nous participons à des processus de communication, nous ne sommes pas seulement des communicateurs ou des destinataires. Au contraire, nous sommes aussi toujours membres de différents groupes sociaux et toujours intégrés dans un réseau pertinent de relations sociales (Scherer et al., 2014). Lorsque les enseignants ou encore les médecins communiquent respectivement avec leurs élèves et patients, ils s'inscrivent indubitablement dans une dynamique sociale, avec des forces régissant les interactions dynamiques, majoritairement due aux groupes sociaux auxquels chaque participant à l'interaction appartient. Dans le cadre médical et considérant l'importance potentielle des aspects sociaux des rencontres de service, un certain nombre de chercheurs ont exploré les éléments de cette construction et ont pu définir cette communication comme étant un élément essentiel à cette construction et élaboration sociale nécessaire à l'établissement de la relation de soin entre médecins et patients (Parasuraman et al., 1988). Certains auteurs affirment clairement le fait que la communication est un moyen très important permettant de générer une relation positive entre les deux parties prenantes d'une consultation médicale (King & Hoppe, 2013). Il nous semble plus naturel de décrire la communication comme étant un facteur à l'établissement de la relation médecin-patient mais des auteurs ont pu aussi démontrer que la qualité de la relation établie entre le médecin et son patient était indispensable à la réussite de la communication. En effet, Hausman et ses collaborateurs soulignent l'importance de la communication, en particulier de l'écoute active, dans le cadre de la rencontre avec le médecin. Certains auteurs insistent sur le fait que non seulement les participants à l'interaction doivent parler et écouter, mais ils doivent aussi veiller à utiliser un langage compréhensible par l'autre partie (Hausman, 2004). Ces mêmes auteurs déclarent aussi que la confiance dans la capacité du médecin est un facteur de réussite de la communication (Hausman, 2004). Cette confiance qui doit exister entre le patient et le praticien représente un élément primordial de cette relation complexe qui permettait une meilleure adhésion du patient à son processus de soin. En effet, la compréhension de cette relation par les médecins peut conduire à une meilleure façon de répondre aux demandes des patients en percevant ainsi ou encore mieux, en renforçant leur confiance conduisant à de meilleurs résultats (Thom et al., 2002). En effet, Graham et ses collaborateurs (1992) fondent leur approche de l'enseignement relationnel (RTA) sur la conviction que « *l'enseignement implique un processus de développement relationnel et nécessite des compétences efficaces en matière de communication interpersonnelle pour obtenir des résultats satisfaisants »* (Graham et al., 1992). Les enseignants et les élèves passent par un processus de rencontre, d'échange d'informations, d'ajustement et de développement d'attentes similaires à ce que deux personnes quelconques passeraient par le

développement d'une relation (Houser & Frymier, 2009). Ces auteurs rajoutent que la relation enseignant-élève est caractérisée par le fait qu'elle n'est pas aussi égalitaire qu'une relation d'amitié et qu'elle est soumise à des contraintes de temps qui ne sont pas typiques des amitiés. Bien que ces différences soient importantes, la communication garde son même fonctionnement de base servant dans le développement et l'entretien des relations. Une des approches permettant de comprendre le développement des relations est la capacité de communication utilisée pour développer et maintenir des relations permettant un fonctionnement optimal dans l'apprentissage en classe (Burleson & Samter, 1990). Pour conclure, nous allons nous servir d'une affirmation de Alberts Jess qui identifie 7 principales fonctions à la communication, à savoir :

- instrumentale (pour obtenir ce qui est nécessaire ou souhaité),
- réglementaire (le but est de contrôler ou de réguler le comportement du destinataire),
- informative (utilisée pour communiquer des informations ou rapporter des faits),
- heuristique (pour acquérir des connaissances et une compréhension),
- interactionnelle (le but est de créer et de définir des relations sociales dans des contextes interpersonnels et de groupe),
- personnelle (pour exprimer l'individualité et la personnalité de l'expéditeur),
- imaginative (l'expéditeur s'exprime de manière artistique ou créative).

Il nous semble évident que toutes ces fonctions sont amplement représentées dans l'exercice des métiers et dans la pratique quotidienne des enseignants et des médecins. La compréhension des méthodes et des mécanismes que sous-tend cette communication est et restera un élément important d'une pratique enseignante ou médicale qui prend en considération les parties concernées de manière globale tout en considérant leurs besoins. La capacité à créer et à maintenir des relations individuelles positives est d'une importance majeure pour la satisfaction professionnelle et le bien-être des professionnels. L'attention portée à la communication en classe et en contexte de consultation ainsi qu'à la qualité des relations individuelles et interindividuelles mérite une place à part entière dans les programmes de formation des enseignants et des médecins.

B/ Recours à la formation et à la réflexivité, pour une pratique d'enseignement et une pratique médicale qui s'enrichissent quotidiennement[35]

Le praticien réflexif : aperçu des formations à la réflexivité pour les enseignants et les médecins

Nous allons dans cette partie investir le concept de réflexivité employé ou pouvant être injecté dans la formation aussi bien initiale que continue des enseignants et des médecins. L'enjeu est de déclencher chez le lecteur une réflexion et une analyse comparative des pratiques de formation s'intéressant au développement des pratiques réflexives chez ces deux types de professionnels. Notre choix s'est porté sur ces deux secteurs d'activité car, dans un premier temps, ils connaissent une crise qui prend de plus en plus d'ampleur entraînant des modifications conséquentes dans leurs pratiques du métier mais surtout parce qu'ils représentent des secteurs où le contact avec l'autre est omniprésent et fait partie intégrante de la pratique professionnelle quotidienne aussi bien des médecins que des enseignants. En effet Lison soutient, dans son article, l'idée que « *c'est probablement dans le secteur des métiers de l'humain que le concept de praticien réflexif a acquis ses lettres de noblesse* » (Lison, 2015). Néanmoins une posture, même quotidienne, de prise de recul et d'analyse critique sur sa propre pratique est loin d'être suffisante pour garantir une posture réflexive telle que définie dans la littérature. C'est à ce niveau, et pour répondre à cette limite, que la formation à la posture et à la pratique réflexive prend tout son sens. Nous essayerons de mettre en partie le focus sur certaines problématiques que rencontrent les professionnels des hôpitaux et des écoles, en essayant de voir dans quelles mesures une formation à la réflexivité pourrait faciliter l'exercice de leur métier et les aider à surmonter les défis quotidiens auxquels ils sont confrontés. Comment la réflexivité considérée comme une compétence à acquérir et à faire progresser pourrait être susceptible de les amener à maîtriser encore plus leurs arts et à développer cette virtuosité qui les caractérise tant ? La réflexivité se limiterait-elle, dans des contextes spécifiques, particuliers et non communs d'interaction à un processus d'actualisation continue de sa pratique quotidienne permettant l'acquisition d'une certaine expérience inspirée des situations passées ?

Une vision scientifique et pragmatique du concept de réflexivité donnerait une définition basée sur la manière plus ou moins approfondie d'examiner ses propres processus cognitifs et mentaux. Cette conception cognitivo-scientifique de la réflexivité trouve ses bases théoriques avec l'apparition des sciences cognitives dans les années soixante à partir du moment où les chercheurs ont commencé à s'intéresser à ce qu'ils appellent « *la boîte noire* » inspirant ainsi les chercheurs et influençant progressivement leur approche de la réflexion au sens large. Dans cette conceptualisation, former à la réflexivité soutiendrait l'idée de Duquesne-Belfais (2008) qui prône que l'expérience ne se limite pas à la pratique (ce qui est visible) mais se construit principalement grâce à la capacité des sujets à revenir sur leurs propres actions pour les analyser et les reconstruire à un niveau supérieur (ce qui est invisible). Cette idée est très proche de la définition

35 Cette sous-partie est une version retravaillée de l'article de Yasmina Kébir publié sur le site du Centre Henri Aigueperse – UNSA Éducation, https://centrehenriaigueperse.com/2020/07/13/le-praticien-reflexif-apercu-des-formations-a-la-reflexivite-pour-les-enseignants-et-les-medecins/

que donne la psychologie au concept, le considérant comme étant une démarche métacognitive se traduisant par cette capacité d'exercer un recul critique sur ses propres actions (Gouttenoire et al., 2019). Pour ce travail, nous retenons la définition suivante de la réflexivité que nous pensons être la plus proche de ce que nous voulons mettre en exergue : « *critical assessment of presuppositions* » posée par Dohn (Dans Murck et Breuer, 2003) reposant sur une critique des présuppositions que chaque individu émet lorsqu'il interagit avec son environnement extérieur. Plus précisément, cette définition restitue d'une manière plus concrète une capacité à comprendre comment l'évaluation de sa situation actuelle et de ses expériences, en termes d'avantages et de désavantages, peuvent façonner la façon dont l'individu comprend le monde et produit de nouvelles connaissances (Smith, 2011). En d'autres mots, la réflexivité représente un mécanisme par lequel le sujet devient son propre objet d'analyse et sa propre source de connaissance impliquant, comme précédemment dit, une analyse critique de sa propre pratique ainsi que des répercussions de ses propres postures dans la relation à l'autre. Cette pensée sur son propre fonctionnement mental peut être qualifiée de créative et faisant appel à certaines compétences métacognitives et argumentatives (Pallascio et Lafortune, 2000). La plupart des idées émises par les chercheurs s'intéressant à la réflexivité portent sur la remise en question de l'expérience, donc l'exploration d'un « *état de perplexité, d'hésitation, de doute* » (Dewey, 1933) , ou de « *dilemmes désorientant* » (Mezirow, 1990) ou de « *surprise, d'étonnement ou de confusion dans une situation qu'il trouve incertaine ou unique* » (Schön, 1983). Schön (1994) décrit un double processus engendré par toute pensée réflexive : (1) la réflexion dans l'action permettant à un sujet de penser consciemment au fur et à mesure que les événements se déroulent, (2) réagir à des situations imprévues et réfléchir à l'action au cours de laquelle le sujet analyse ce qui s'est passé et évalue les effets de son action.

Le concept de réflexivité se présente, de nos jours, comme étant un concept incontournable en formation professionnelle et professionnalisante. Comme le signale Morisse (2015) le concept connaît une réelle inflation au niveau des discours portant sur la professionnalisation des praticiens. La formation à la réflexivité représente un enjeu crucial et de plus en plus convoité, étant donné qu'il a progressivement commencé à faire son apparition dans les référentiels de formation et constitue donc un enjeu majeur en ingénierie de formation (Guillaumin, 2009). L'intérêt d'injecter cet aspect dans les dispositifs de formation prend tout son intérêt dans le fait qu'il va au-delà du développement professionnel mais vise aussi le développement personnel des acteurs dans leur situation professionnelle (Gouttenoire et al., 2019). Un développement professionnel considéré comme étant « *l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens* » (Uwamariya et Makamurera, 2005), capacité pouvant être utilisée pour structurer des compétences plus générales accédant ainsi à un niveau plus personnel de développement (Pastré, 2011).

Malgré les critiques que certains auteurs portent à ce concept de réflexivité, nous avons décidé d'en faire notre objet de réflexion car il constitue sans doute un moyen et un outil de plus en plus indispensable au développement professionnel dans différents champs. C'est le cas par exemple des formations destinées aux enseignants vouées à les former à la gestion de la classe, à la régulation des conflits… (Perrenoud, 2004 ; Saujat & Laurent, 2015 ; Vacher, 2011) et à la conduite

des entretiens d'annonce de diagnostics dans le champ médical (Butow et al., 2008 ; Cuenot et al., 2005) montrant ainsi la nécessité d'avoir et de développer une pratique réflexive. Selon Chaubet (2010), une formation sur la réflexivité doit être développée en relation étroite avec plusieurs éléments définissant ainsi d'une manière concrète et pragmatique son objet, ses objectifs et ses effets. (1) L'exercice de la pensée réflexive doit être stimulé par chacun des apprenants de manière à (2) développer une habitude et une tendance à y recourir de manière spontanée. Cela permet au futur praticien réflexif (3) d'avoir une vision plus holistique, contrastée et plus écosystémique de la situation problématique qu'il rencontre (4), permettant ainsi au sujet une meilleure adaptation à son environnement et aux différentes contraintes qu'il lui impose (Chaubet, 2010). D'autres formations quant à elles visent à améliorer la réflexion des praticiens sur un cas particulier faisant partie de la population qu'ils rencontrent (élèves, parents, patients, etc.) en employant le processus bien connu décrit par Kolb. Le cycle d'apprentissage expérientiel en quatre étapes de Kolb (1984) comprend l'expérience concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite (comment cette expérience se rapporte-t-elle à ce que je sais déjà, que puis-je en tirer, que dois-je découvrir d'autre) et l'expérimentation active (que ferai-je la prochaine fois dans une situation similaire, sur la base de l'analyse de cette expérience). Ce processus d'apprentissage est en adéquation avec l'idée que nous cherchons à faire émerger. Le développement d'une pratique réflexive particulièrement chez les médecins et les enseignants prend sa source, en référence au processus de Kolb, sur l'expérience du moment présent et la pratique quotidienne (qui décrit l'expérience en détail) dans les écoles et les hôpitaux. Elle doit se baser sur l'observation de sa propre pratique dans son propre contexte d'évolution professionnelle permettant de mettre le praticien face à sa propre réalité, en prenant en considération toutes les modalités et les facteurs qu'il peut influencer et par lesquels lui-même peut être influencé (réfléchir à ce que « *je* » essayais de faire, pourquoi et aux conséquences de l'action ou du comportement). Par la suite, cela fera place à une conceptualisation abstraite permettant de faire le lien avec ce qui a déjà été expérimenté et connu de similaire, d'en tirer les leçons de manière à explorer ce qui reste jusqu'à présent inexploré en termes d'expérience pour tendre, dans le meilleur des cas, vers une expérimentation active où le professionnel se projette dans l'objectif de rechercher d'autres manières de faire innovantes et créatives. Ce processus permet de développer un regard et une analyse critique sur ses propres actions, pensées et comportements donnant accès à un plus large panel d'alternatives pour faire face entre autres à ce que les professionnels n'arrivent pas à prévoir.

La réflexivité en éducation, au service de l'apprentissage et d'une amélioration continue de sa pratique

Être enseignant est loin de se résumer et de se restreindre à exercer son activité en classe comme on pourrait facilement le croire. Il ne faut en aucun cas omettre le fait qu'enseigner est avant tout « *un métier de l'humain* » avec toutes les implications subjectives et intersubjectives qui peuvent en résulter. L'enseignant se retrouve indubitablement au centre d'un croisement le confrontant à des forces qui, dans la majeure partie des cas, s'opposent : les cadres institutionnels, les normes de

la société, leur propre éthique et leurs valeurs ainsi que les besoins des apprenants qui se diversifient, complexifiant de plus en plus leur travail au fil des années.

Nous aurons comme point de départ les évolutions que connaît de nos jours l'Éducation nationale ; ce que les autorités scolaires prescrivent ou suggèrent aux établissements scolaires. La mise en place dans les plans de formation de l'analyse de pratiques depuis la fin des années 1980 ainsi que son institutionnalisation en 2002 ont commencé à construire les prémisses d'un désir de développer la pratique réflexive dans le cadre de l'éducation, du développement et de la professionnalisation des enseignants. Dans le contexte socio-économique actuel d'une démocratie capitaliste, les sociétés et particulièrement les institutions scolaires se trouvent être face à des transformations importantes. Ces transformations, de nature structurelle, sociale et culturelle, imposent des modifications mettant en cause les formes bureaucratiques du fonctionnement ouvrant les portes à des formes de gestion plus modernes. Ces démarches de modernisation touchent aussi bien l'établissement en lui-même dans sa structure la plus globale que la définition de la « *professionnalité enseignante* » touchant l'entité la plus constitutrice de cette institution nationale. La redéfinition et la re-prescription du travail d'enseignant, qui ont été posées il y a quelques années déjà, reposent sur des compétences pédagogiques, une capacité de développement professionnel, le travail en équipe mais aussi sur cette notion de réflexivité (Paquay, 2004). Cette réflexivité recherchée chez les enseignants complexifie considérablement la définition donnée à ce métier poussant à concevoir l'enseignant, non plus comme un technicien fonctionnaire appliquant les mêmes connaissances et méthodes pédagogiques qu'il a apprise à l'université et que le système lui impose mais plutôt comme un praticien qui réfléchit sur son action, de manière à s'insérer par lui-même dans un processus d'apprentissage et d'amélioration continue, idée que la littérature en éducation et les documents officiels intègrent sous un processus qu'ils appellent d'apprentissage professionnel de toute une vie. Dans ce sens, la réflexivité pourrait être appréhendée comme un outil permettant une certaine auto supervision (Lison, 2013) par lequel l'enseignant reconnaît ses comportements, attitudes et actions et les ajuste en fonction de la situation à laquelle il se trouve être confronté. Cette compétence représente un échelon important pour tout professionnel souhaitant faire évoluer sa pratique ou développer son expertise professionnelle, ou encore acquérir une certaine aisance à s'adapter au changement. Cela permet donc de bâtir un pont faisant un va-et-vient constant entre l'action et la réflexion, entre « *l'agir et le penser* » (Lison, 2013). Cela va dans le sens de la définition que donne Wentzel « *La réflexivité, fer de lance de la professionnalisation de la formation des enseignants, semble devenue tout à la fois pratique de pensée, manière de penser sa pratique et manière d'agir tout en pensant à ce que l'on fait* » (Wentzel, 2010).

Les dimensions morale, politique et affective de l'enseignement

Kelchtermans (2001) professeur en sciences de l'éducation, définit trois dimensions constituant la pratique réflexive chez les enseignants : une dimension morale, une dimension politique et une dimension affective allant ainsi plus loin qu'une définition commune qui peut être réductrice du travail de tout enseignant. Dans son écrit, Kelchtermans (2001) considère l'enseignement comme

étant une activité « *profondément morale* » dont le processus repose de manière quasi systématique sur des jugements, où la morale y est significative, développée lors des innombrables interactions que les enseignants ont aussi bien avec leurs élèves, les parents d'élèves ou encore les collègues (Hargreaves, 1994). Cette dimension morale dans le domaine de l'éducation peut se trouver contrainte par les conventions, l'histoire et les habitudes d'éducation construites et qui se sont un peu trop cristallisées au fil des années. Dans une ère du renouveau marquée par le changement et l'instabilité, par le développement de nouvelles démarches (comme l'école inclusive) et l'instauration de nouvelles règles, l'enseignant ne peut plus se limiter à ce qu'il connaît déjà et à ce que ses prédécesseurs ont connu. Dans le contexte actuel, les enseignants ne se doivent plus de compter sur une morale universelle applicable à tout contexte éducatif mais doivent plutôt vivre une vie morale qui leur est personnelle, basée sur une réflexion qui leur est propre.

Cette dimension, qu'on peut qualifier de politique de l'enseignement qui a été dégagée par Kelchtermans, repose sur une conception de l'enseignement et de l'éducation qui cache ces notions de pouvoir et d'intérêts, lesquelles font intégralement partie des problématiques et dilemmes auxquels l'enseignant fait perpétuellement face (Lison, 2013). Cette dimension dessine le cadre d'exercice du métier, de sa dynamique de fonctionnement et de sa construction, aussi bien au niveau de l'institution scolaire au sens large qu'au niveau de la classe. Cette dimension politique représente de nos jours un sujet tabou dans le domaine éducatif et reste intrinsèque au métier lui-même, empêchant ainsi les enseignants de voir l'impact que peut avoir cette dimension sur leur efficacité, leur satisfaction personnelle et leur pratique réflexive (Lison, 2016). La réflexivité peut constituer un réel outil pouvant les mener à penser différemment les stratégies qu'ils emploient face à l'accroissement du nombre des élèves dans les classes, la diversité de leur origine culturelle et sociale et la diversification des troubles d'apprentissages qu'ils peuvent rencontrer dans leurs classes.

Enfin, la dimension affective renvoie à ce qui a trait aux émotions et aux affects dans l'enseignement. Elle fait référence aux aspects psychoaffectifs et émotionnels qui ont depuis toujours eu une place prépondérante dans l'enseignement et l'apprentissage. Cette dimension affective du métier d'enseignant est perçue comme étant involontaire et non maîtrisable. Son rôle est défini comme n'ayant rien à voir avec le travail de l'enseignant et le programme qu'il suit et applique (Kelchtermans, 2001). D'autres auteurs en revanche considèrent les émotions comme étant un aspect fondamental du métier (Fiedler & Beier, 2014). En effet, cette dimension joue un rôle dans le développement de l'enseignant et dans l'évolution de sa pratique qui impliquent une constante interaction avec l'autre et donc forcément l'émergence d'émotions qui peuvent être aussi bien positives que négatives.

Ces trois dimensions que nous venons de définir ont été rajoutées à une dimension de base qui est la plus communément reconnue dans la pratique du métier d'enseignant : la dimension instrumentale définissant et instaurant les lignes de la technicité pure et dure du métier. Elle représente la définition la plus réductrice et spontanément donnée de la pratique enseignante dont l'objet est largement dominé par les questions relatives à l'acquisition ou non des

connaissances théoriques et des compétences techniques et pédagogiques. La réflexivité que nous cherchons à promouvoir s'oppose à cette technicité réductrice et va plus loin en prenant aussi en compte les dimensions morale, politique, affective qui ne peuvent plus être négligées ou abandonnées pour toute conceptualisation du métier d'enseignant qui se veut être représentative de la réalité de la profession. Cela permet de considérer un développement professionnel des enseignants qui intègre toute la complexité et la richesse de ce métier. Et selon Kelchtermans (2001), un développement professionnel ne pourra avoir durablement lieu que si la pratique réflexive inclut cette large vision non réductrice de l'enseignement.

Une pratique de la réflexivité intégrée à la formation initiale et continue

La formation des enseignants à la réflexivité se fait aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Elle assure le développement professionnel en employant plusieurs outils et méthodes permettant de doter ces praticiens d'un esprit et d'un raisonnement critiques sur leur propre manière d'enseigner et de pratiquer l'enseignement en classe. L'importance de la réflexion et de la pratique réflexive est fréquemment mentionnée dans la littérature. Comme nous avons pu le voir, cette capacité est considérée par beaucoup comme une caractéristique essentielle de la compétence professionnelle et comme facteur à la professionnalisation. Les formateurs affirment que l'émergence de la pratique réflexive fait partie d'un changement qui reconnaît la nécessité pour les apprenants d'agir et de penser professionnellement comme partie intégrante de l'apprentissage tout au long de la vie, en intégrant dès le départ la théorie, la pratique et le penser à l'agir.

Différentes activités pédagogiques ont été construites et mises en place à des fins de formation pour le développement de la pratique réflexive particulièrement dans un contexte d'éducation. De Cock (2007) distingue deux grandes familles de dispositifs visant à l'amélioration et au développement de la réflexivité chez les enseignants. Il différencie les activités « *reposant prioritairement sur une démarche orale de questionnements et d'échanges* » et les activités « *reposant prioritairement sur une démarche écrite, impliquant ou non un échange entre le futur enseignant et le formateur* » (De Cock, 2007).

L'une des méthodes utilisées pour former à la pratique réflexive repose sur les activités de micro-enseignements et de vidéos enregistrant les séances de rétroaction, échanges entre formateur et apprenant, permettant un retour sur les prestations réalisées (Maubant et al., 2005). Ces retours sur l'action permettent au futur praticien réflexif de réaliser son autoscopie constituant la base des activités réflexives réalisées dans ce type de formation (Derobertmasure & Dehon, 2012). C'est cette rétroaction fondamentale qui apporte ce volet réflexif tant recherché et allant au-delà d'une simple répétition de l'action en elle-même. Cela va dans le sens de ce qu'expose Pastré soutenant le fait que c'est au moment du débriefing que « *s'opère la conceptualisation de la situation sous sa forme pragmatique et que les acteurs découvrent, après coup, avec le sens de leurs erreurs* » (Pastré, 2002). Cette approche rétroactive à l'action peut prendre plusieurs formes et être structurée différemment en fonction de l'outil ergonomique employé permettant de structurer la

verbalisation de l'apprenant tout en favorisant et développant sa réflexion sur sa propre action. Le rappel simulé peut en faire partie et permettrait de reconstruire le cheminement intellectuel ayant eu lieu durant l'action (Tochon, 1996). La méthode est basée sur un entretien très structuré reposant sur la capacité introspective des individus réalisant l'action et leur volonté de « *dévoiler leurs pensées* » (Baribeau, 1996). D'autres activités orales favorisant la réflexivité en formation sont représentées par les techniques d'auto confrontation (simple ou croisée) qui s'insèrent dans le courant de l'ergonomie de l'activité. Ces méthodes sont considérées comme amplifiant la réflexivité des personnes interviewées, faisant ainsi émerger des caractéristiques du travail professionnel comme le travail implicite, l'écart entre prescrit et réel, etc. (Leplat, 2000) permettant de faire naître de nouvelles conceptualisations de l'action. Les méthodes pédagogiques qui viennent d'être exposées reposent sur le principe des rétroactions vidéo initialement développé par Bloom (1953) à l'université de Chicago.

D'autres auteurs approchent la réflexivité par un angle différent comme Kelchtermans qui forme les enseignants à la réflexivité en partant de la biographie des apprenants et du contexte (Kelchtermans, 2001). Cet auteur relie le concept de réflexion à l'approche des récits autobiographiques, récits qui constituent une entrée en matière pour une activité réflexive sur les expériences qu'a pu vivre le sujet dans sa carrière. Ces récits sont généralement délivrés de manière spontanée et peuvent apparaître sous forme d'anecdotes, d'incidents ou encore de moments privilégiés à travers lesquels les enseignants élaborent leur « *récit autobiographique* » (Kelchtermans, 2001). Cet auteur impute deux fonctions à ces récits de vie professionnelle, une fonction référentielle et une fonction évaluative. La première correspond à une description et une restitution chronologique des événements tels qu'ils sont apparus dans le temps. Et la deuxième fonction permettrait une contextualisation de la situation tout en lui donnant du sens et une signification subjective. Cela constitue, comme précédemment mentionné, une porte d'entrée au processus réflexif à travers lequel les enseignants en formation extériorisent dans un premier temps un vécu professionnel pour en faire a posteriori un objet de réflexion. Un des cas particuliers de ces narrations est largement représenté par les incidents critiques qui permettent, selon certains auteurs, un développement professionnel (Campanale, 2007 ; Euzet & Méard, 1996 ; Kelchtermans, 2001). Comme l'énonce l'un de ces auteurs, l'utilisation de la méthode des incidents critiques fait référence à une technique incitant les apprenants « *… à se remémorer et à partager leurs histoires comme point de départ pour une analyse réflexive et à apprendre quelles sont les idées et croyances souvent inconscientes qui gouvernent leurs actions et leurs pensées* » (Kelchtermans, 2001, p.63). Exposer ses croyances aux autres permettrait le passage d'un implicite à un explicite qui facilite la remise en question et l'amélioration de ses propres pratiques professionnelles.

L'analyse de pratiques constitue un autre outil considéré comme favorisant l'installation et le développement d'une posture réflexive. Perrenoud (1995) souligne la complexité qui caractérise cette pratique d'analyse dans le sens où elle mobilise les propres savoirs de la personne, ses valeurs, intuitions et perceptions et combine donc des ressources cognitives aussi bien hétérogènes que coûteuses sur le plan intellectuel. Pour Altet (2000) l'analyse de pratiques est « *une démarche accompagnée, instrumentée par des savoirs qui deviennent outils d'analyse et*

recouvrent plusieurs dimensions : instrumentale, heuristique, de problématisation et de changement ; elle est aussi un lieu d'articulation pratique-théorie-pratique ». Même si certaines méthodes tendent à s'aligner sur l'approche individuelle décrite par Schön pour le développement de la réflexivité, d'autres en revanche envisagent une déclinaison intégrant une forme de co-construction et une dynamique favorisant le développement de compétences réflexives collectives. Les dispositifs d'analyse de pratiques en représentent un fervent exemple (Wentzel, 2008). En effet, Blanchard-Laville et Fablet décrivent ces dispositifs comme étant des espaces dans lesquels les participants « *…sont invités à s'impliquer dans l'analyse, c'est-à-dire à travailler à la co-construction du sens de leurs pratiques et/ou à l'amélioration des techniques professionnelles. Cette élaboration en situation interindividuelle, le plus souvent groupale, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la présence d'un animateur, en général professionnel lui-même dans le domaine des pratiques analysées, garant du dispositif en lien avec des références théoriques affirmées.* » (1996, p. 263). Ce qui va complètement dans le sens de ce qu'est énoncé par Philippe Perrenoud (1995) qui insiste sur le fait que l'expression que provoque cette analyse de pratique professionnelle renvoie à cette dimension groupale rassemblant des praticiens en développement autour d'un expert qui garantit par sa présence une supervision, une démarche méthodique et éthiquement contrôlée. Cela permet de mettre en co-élaboration entre pairs et experts ce rapport à soi-même et aux autres et à l'institution, donnant ainsi l'opportunité aux formés de mieux se situer dans la réalité de leur métier (Altet, 2000). Comme l'analyse de pratique – qui favorise l'articulation entre savoirs formalisés et savoirs pratiques – l'écriture professionnelle et plus particulièrement le mémoire professionnel considéré comme un écrit pédagogique possède des « *vertus* » professionnalisantes (Fabre & Lang, 2000). Aroq et Buisson (2001) se sont intéressés aux caractéristiques permettant de distinguer un mémoire professionnel qu'on peut qualifier de réflexif d'un autre qui ne l'est pas : 1) la clarification et la problématisation de la situation professionnelle étudiée, 2) l'analyse critique des actions menées, 3) la prise en compte des difficultés et réussites des élèves, 4) la proposition de nouvelles pistes d'action et 5) la réflexion sur le rôle de l'enseignant.

Dans ce sens, ces auteurs considèrent le mémoire professionnel comme étant le support d'un processus d'interrogation et de questionnements, d'analyse de la pratique mais aussi comme étant le produit final de ce processus à des fins d'évaluation : « *par le mémoire professionnel, on vise le développement, voire la transformation du rapport au réel et à la pratique professionnelle, vers davantage de réflexivité.* » (Bouissou & Aroq, 2005).

La pratique réflexive en santé, une co-construction médecin-patient

Apprendre au quotidien en examinant son expérience

Comme nous avons pu le voir, la notion de réflexivité dans l'éducation et la formation pour le développement professionnel a été très présente au niveau de la littérature traitant de la formation des enseignants, mais cette notion a aussi touché de très près le champ des soins infirmiers et l'aide sociale, et plus récemment le champ de la formation des médecins (Boud, 2010). Certains auteurs soutiennent l'idée que les médecins auraient la capacité à acquérir de nouvelles connaissances en utilisant consciemment la réflexivité comme stratégie leur permettant de mener la consultation (Baarts et al., 2000). Ces auteurs considèrent la réflexivité comme impliquant le fait d'être conscient de la manière dont l'interaction avec le patient influence les informations circulant dans le cadre de cet échange. Good et ses collaborateurs soutiennent l'idée qu'au niveau de toute pratique clinique se cache une dimension interprétative qui concerne principalement une interprétation des données recueillies et construites lors de toute pratique médicale (Good et al., 1982). Ce processus d'interprétation, tel qu'il est conçu par ces auteurs, engendrerait la production de connaissances médicales indubitablement orientées et influencées par les perspectives qu'a le médecin sur la rencontre avec son patient, c'est à ce niveau que la réflexivité dans la pratique médicale intervient (Baarts et al., 2000). Pour ces chercheurs, si le médecin utilise la réflexivité comme stratégie pour conduire la consultation, la production de nouvelles connaissances doit nécessairement inclure l'analyse (i) de sa rencontre avec le patient ainsi qu'une analyse (ii) de l'influence que son expérience a sur les interprétations qu'il réalise. Dans ce sens ces auteurs pointent l'importance pour les médecins de considérer aussi bien ce qui est dit et fait par le patient que ce qui ne l'est pas, mais aussi et surtout que les praticiens soient conscients de ce qu'ils disent et font ainsi que de ce qu'ils ne disent et ne font pas eux-mêmes (Baarts et al., 2000). De cette manière, nous pouvons soutenir l'idée que tout processus de consultation médicale appelle en lui-même à la réflexivité. Cela implique une analyse et un regard critique sur les relations qui existent entre le médecin et le patient tout en prenant en considération les contextes d'émergence de ces relations. L'accent étant mis sur le patient qui raconte sa vie, expose ses problématiques et ses attentes, le médecin se retrouve dans une position d'observateur et de personne qui écoute dont l'objectif serait in fine de trouver une compréhension commune et une solution partagée du problème. Décision qui ne pourra être prise qu'en appliquant un vaste ensemble de connaissances, de croyances, de valeurs et d'expériences personnelles qui ne leur sont pas entièrement connues à l'avance et que les médecins ne peuvent faire émerger que par l'application d'une pratique réflexive leur permettant de prendre conscience de leurs propres processus de raisonnement, remettant ainsi en question leurs jugements (Sílvia Mamede et al., 2007).

Ce principe de réflexivité a été d'autant plus valorisé quand, au niveau de la littérature scientifique, les chercheurs ont commencé à définir la connaissance clinique comme étant une construction co-construite aussi bien par le médecin que le patient (Fainzang, 2004). Cette construction prenant place dans le contexte particulier de chaque interaction nécessite cette position réflexive désignée comme une exigence pour l'évaluation et la validation des connaissances construites, impliquant chez les médecins une réflexion sur leur propre position en tant que « *sachant* » et invoquant des méta-positions où le professionnel de santé s'écarte de son propre chemin pour examiner la situation de plus près (Sílvia Mamede et al., 2007) et depuis une autre perspective. Elle implique donc la possibilité d'avoir et de réaliser un « *compte-rendu* » conscient de la production de la

connaissance telle qu'elle est produite. À partir de méta-positions, les médecins en arrivent à se poser des questions critiques par rapport à leur propre démarche et parfois à y répondre (Malterud, 2002). Dans ce sens, Baarts et ses collaborateurs abordent le concept de réflexivité en le reliant de très près à l'empathie, à l'expérience personnelle ainsi qu'à la connaissance de soi en suggérant que ce n'est que par l'intermédiaire de cette pratique que ces professionnels arrivent à avoir accès à des connaissances supplémentaires, plus approfondies et plus précises sur la compréhension et la perception qu'ont les patients de leur propre santé (Baarts et al., 2000).

La réflexivité représente un outil important dans la pratique de la médecine comme l'expliquent Epstein et Hundert dans leur article traitant de la compétence professionnelle en santé en la définissant comme étant « *l'utilisation habituelle et judicieuse de la communication, des connaissances, des compétences techniques, du raisonnement clinique, des émotions, des valeurs et de la réflexion dans la pratique quotidienne au profit des individus et des communautés desservies.* » (Epstein & Hundert, 2002). Le concept de pratique réflexive permet un apprentissage professionnel basé sur la pratique quotidienne, à travers lequel le médecin doit apprendre de sa propre expérience professionnelle plutôt que par un simple transfert de connaissances (Jorwekar, 2017). La pratique réflexive ne consiste pas simplement à se pencher sur une action ou une expérience passée, mais à examiner consciemment les émotions, les actions et les réactions vécues au cours de l'action, et à utiliser ces informations pour enrichir sa base de connaissances et atteindre un niveau de compréhension plus élevé de la situation vécue. En effet, de manière générale et en tant qu'êtres humains, nous n'arrivons à comprendre l'autre qu'en investissant notre propre expérience dans le processus de compréhension (Vannotti, 2002). Ce sur quoi un médecin réfléchit, la manière dont il réfléchit et ce qui se passe après la réflexion peuvent varier. La réflexivité peut avoir lieu lorsque le professionnel de santé raisonne sur un aspect individuel, collectif ou organisationnel de sa pratique clinique. Elle peut également se produire lorsqu'une équipe médicale réfléchit sur la façon dont elle fonctionne en tant que groupe (Ménard & Ratnapalan, 2013). Les compétences réflexives sont cruciales pour les prestataires de soins de santé car elles éclairent les décisions cliniques, ce qui peut améliorer la prestation des services et de ce fait l'expérience et la satisfaction des patients en matière de soins (Smith, 2011) mais elles ont aussi été fortement associées à une augmentation de la précision des diagnostics émis (Wald & Reis, 2010).

Une pratique réflexive dans l'enseignement médical, vecteur d'esprit critique

Favoriser les capacités réflexives au sein de l'enseignement médical permettrait aussi de développer la pensée critique (Silvia Mamede et al., 2008), d'éclairer le raisonnement clinique (Plack & Greenberg, 2005) et de renforcer le professionnalisme des apprenants (Stern & Papadakis, 2006). Comme le définit Schön et comme précédemment mentionné, la réflexivité est mise en œuvre lorsque les praticiens se retrouvent face à des problèmes complexes, inédits et mal définis nécessitant l'application de solutions nouvelles impliquant un processus itératif déclenché par une première tentative d'action suivie d'une analyse des résultats incombant à cette action, menant ainsi à une nouvelle intervention expérimentale et ainsi de suite (Dory et al., 2009). Ce concept de

réflexion pendant l'action mis au goût du jour par Schön acquiert beaucoup de sens, surtout dans un contexte de pratique médicale caractérisé par un raisonnement clinique enseigné et pratiqué, basé sur une démarche hypothético-déductive. Démarche nécessitant la production d'inférences visant l'émission d'un diagnostic ou encore la résolution d'un problème et/ou une prise de décision s'appuyant soit sur des inférences explicites (relatif au raisonnement hypothético-déductif qui se construit progressivement) ou sur des inférences immédiates, plus spontanées et déclenchées de manière automatique (Demeester et al., 2010). L'utilisation de ce deuxième type d'inférence augmente avec l'expérience car il est basé sur la reconnaissance de patterns (patterns recognition) que le médecin capitalise au fur et à mesure de ses rencontres. La mobilisation de ces patterns, l'évaluation de leur pertinence et de leur applicabilité à l'instant T requièrent de ce fait ce recul, cette remise en question et ce regard critique qui fait de la pratique réflexive un outil à part entière et qui a entièrement sa place dans la pratique quotidienne des médecins.

Plusieurs recherches se sont intéressées de près aux stratégies employées en formation pour développer la réflexivité chez les professionnels de santé aussi bien en formation initiale à l'université qu'en formation continue. Au niveau de la littérature, nous avons pu distinguer plusieurs formes de stratégies permettant d'aborder la pratique réflexive dans un contexte de formation pour les médecins ou les futurs médecins : l'écriture réflexive, l'apprentissage expérientiel, des activités réalisées en classe, les stratégies employées en formation continue et les stratégies en ligne. Développer cette pratique à travers l'écriture réflexive représente une démarche largement utilisée dans les formations en santé permettant d'accéder et de faire émerger la réflexivité chez les praticiens et représente un aspect de plus en plus important de la formation médicale et du développement professionnel. Ces écrits réflexifs peuvent prendre la forme de journaux de bord (Brunger & Duke, 2012), de récits autobiographiques (Lam et al., 2007) ou encore d'essais réflexifs (Binding et al., 2010). Toutes ces stratégies impliquent des formes d'écrits plus ou moins approfondis. Depuis les années 2000, il y a eu une prolifération des pédagogies basées sur ces écrits dans l'enseignement médical pour favoriser le développement des capacités réflexives tout en permettant une compréhension plus fine de l'expérience du patient par rapport à sa maladie et de promouvoir le bien-être du praticien (Wald & Reis, 2010). Les écrits réflexifs ont été décrits comme constituant des mécanismes efficaces pour la promotion de l'autoréflexion et de l'apprentissage autonome dans l'enseignement et la formation médicale (Shapiro et al., 2006). Ces différentes stratégies donnent l'opportunité aux apprenants d'user de leur propre réflexion et écrits pour explorer des anecdotes et des expériences personnelles dans l'objectif de décrire et de critiquer ses propres croyances, pratiques et les expériences culturelles et sociales vécues (Jones, 2005).

Un autre mécanisme commun pour l'amélioration de la réflexivité consiste en l'apprentissage par l'expérience, dans le cadre duquel les apprenants acquièrent des connaissances réflexives en participant à des activités liées à la santé dans un contexte réel. Une des déductions de Kant, le philosophe, est en parfaite résonance avec la définition contemporaine donnée au principe d'apprentissage par l'expérience en posant que l'apprentissage de l'humain est une combinaison de processus par lesquels les personnes construisent des expériences de situations et les transforment en connaissances, compétences, attitudes, croyances, valeurs, émotions et sens, et

intègrent les résultats de cette transformation dans leurs propres biographies. Cette forme d'apprentissage semble représenter un modèle très approprié pour l'apprentissage et le développement de cette pratique réflexive. L'apprentissage par l'expérience repose sur le principe que le savoir est créé et recréé dans un contexte social avec l'autre encourageant les personnes à s'engager de manière critique dans d'autres formes d'expertise, à réfléchir sur la sagesse et l'expérience reçue des autres, à tester en pratique et être ouvert à la création de nouvelles connaissances qui s'appliquent dans un moment et un lieu donnés (Dyke, 2009). Ces types d'apprentissage sont définis comme une expérience d'apprentissage structurée favorisant la réflexion particulièrement dans l'enseignement médical permettant ainsi aux étudiants de réfléchir de manière critique (Abedini et al., 2012) impliquant des changements positifs au niveau des perspectives et des attitudes des apprenants (Dowell & Merrylees, 2009).

Également couramment employée pour former les médecins ou les futurs médecins à la réflexivité, l'organisation d'activités en classe. Brunger et Duke ont employé ce type de cours qu'ils qualifient de structuré et décrit comme correspondant à un modèle permettant d'intégrer avec succès dans la formation aux compétences cliniques, l'autoréflexion critique, la réflexion sur les contextes politiques, économiques et culturels qui façonnent la santé et les soins de santé, et la prise de décision morale (Brunger & Duke, 2012). Ces cours peuvent être constitués de plusieurs outils pédagogiques. Ils favorisent l'apprentissage en groupe et utilisent une combinaison de discussions et d'échanges sur des cas cliniques pratiques avec des patients standardisés permettant aux apprenants de développer les compétences requises. Ces activités comprennent des stratégies comme le tutorat, l'examen et l'analyse de vidéos et des feedbacks immédiats (Brunger & Duke, 2012) ou encore des focus groupes et workshops (Macdonald et al., 2007). D'autres auteurs quant à eux conçoivent ces moments d'apprentissage comme étant des temps de discussion intégrant des journaux et des documents favorisant la réflexion et la réflexivité tout en veillant à offrir aux apprenants un environnement sécurisant dans lequel ils pourraient non seulement parler des questions de forme pratique et formelle mais aussi de leurs propres perceptions, croyances et valeurs ainsi que des pratiques cliniques incluant des rencontres positives ou moins positives avec des patients, leur famille ou encore leurs collègues (Ballon & Skinner, 2008). D'autres auteurs abordent la formation à la réflexivité à travers des plateformes en ligne. Hayward et Charrette ont par exemple fait le choix de développer un site web sur lequel les apprenants postent « *la question réflexive de la semaine* », leur octroyant la possibilité de tenir un journal écrit capitalisant des réflexions personnelles sur leur propre apprentissage (Hayward & Charrette, 2012). La formation à la réflexivité dans le domaine médical peut aussi être élaborée sur la base de méthodes mixtes multipliant les supports et les outils et augmentant les modalités de transmission de l'information et de la connaissance. Ces formations hybrides diversifient les méthodes pour favoriser l'autoréflexion et la réflexivité des prestataires de soin en intégrant dans un même support d'apprentissage des ateliers, des cours en présentiel mais aussi des modules en ligne autogérés (Shaw & Armin, 2011).

Toutes ces techniques, méthodes et outils de formation peuvent s'inscrire dans une approche longitudinale de l'apprentissage des compétences réflexives, en s'alignant sur le concept de développement professionnel continu tout au long de la vie s'appliquant aussi bien aux futurs

médecins qu'aux médecins déjà en exercice même depuis longtemps. Bien que les preuves de l'impact de ces stratégies éducatives soient limitées, nous avons tenu à les exposer de manière à avoir une vision de l'existant en termes de méthodes employées pour former les professionnels de santé à la pratique réflexive. Des stratégies décrites pouvant être employées dans différents contextes (en ligne, en classe), en utilisant différentes approches (écriture réflexive, apprentissage par l'expérience), pour divers publics (les étudiants en médecine, les médecins ou même encore les infirmiers). Si la réflexivité peut être perçue comme un sujet nouveau pour les éducateurs des professions de santé, cette restitution montre qu'elle est cruciale pour former des médecins capables de fournir des soins efficaces, socialement justes et équitables.

Pratique réflexive dans l'enseignement et la santé : posture, transformation, collectif et rigueur

La réflexion et les notions connexes telles que la pratique réflexive, la réflexivité, la réflexion critique et l'esprit critique ont pris une importance croissante dans une diversité de disciplines universitaires. La pratique réflexive qui nous intéresse aujourd'hui peut être considérée comme un concept aussi large que précis pouvant impliquer quatre principaux éléments, aussi bien dans un contexte médical que dans un contexte d'éducation : une posture, une transformation, un travail collectif avec une rigueur méthodologique et des apprentissages durables de savoirs et de connaissances (Voz & Cornet, 2010). La pratique réflexive permet la formation de l'identité du professionnel qui pense autrement sa pratique, sort des rangs en s'éloignant plus ou moins de la pratique expliquée et justifiée par les habitudes, les mœurs ou encore la hiérarchie. Cet accomplissement identitaire se fait en grande partie par l'intermédiaire d'un processus de transformation permettant cette remise en cause de soi et de sa pratique en tant que professionnel évoluant ainsi d'un état initial à un état final à travers lequel l'apprenant intègre de manière plus spontanée la pratique réflexive dans son fonctionnement quotidien.

En outre, certains auteurs ont pu identifier trois dimensions reliées aux objectifs généralement attribués à l'application d'une pratique réflexive : une dimension personnelle, une dimension interpersonnelle et une dimension socio-structurelle (Van Beveren et al., 2018). Comme nous avons pu le voir dans ce qui précède, la pratique réflexive a été identifiée comme étant un moyen important pour développer une pratique plus efficace en générant des réponses spécifiques au contexte et aux problématiques associées à la prestation de services. Duquette et Dabrowski (2016) affirment que les connaissances pratiques peuvent aider les praticiens en formation à affiner leurs pratiques de manière à répondre aux besoins spécifiques des populations auprès desquels ils agissent. Cela leur permet d'avoir cette conscience de l'autre incluant spécifiquement la considération de leur identité culturelle (Schinke et al., 2012), leurs croyances (Holden, 2012) ainsi que leurs réalités socio-économiques (McIlveen et al., 2010). C'est d'une importance primordiale puisque cela permet aussi bien aux médecins de contextualiser leur pratique auprès des patients de manière à leur apporter la prise en charge spécifique et personnalisée qui répond au plus près à leurs besoins, qu'aux enseignants d'affiner leurs pratiques pédagogiques de manière à ce qu'elles répondent aux besoins d'apprentissage spécifiques des élèves. Cette conscience de

l'autre fait émerger un autre concept psychologique qu'est celui de l'empathie qui se trouve être largement favorisée par la pratique réflexive (Spendelow & Butler, 2016).

Le développement de cette relation empathique entre médecin et patient ou entre enseignant et élève permettrait d'une part au médecin de cultiver le souci de la personne en face et d'y accorder de l'importance (Decety, 2020) et à l'enseignant d'avoir cette attitude de proximité et de bienveillance lui permettant de mener à bien les différentes missions qui lui sont formellement et/ou informellement confiées (Stojiljković et al., 2012). Les principaux fondements d'une pratique réflexive productive ont été établis par Cressey et Boud (2006) et peuvent être résumés comme suit :

1) elle représente une intention organisationnelle plutôt qu'individuelle et une orientation collective dans le sens où la réflexivité devrait conduire à une action avec et pour les autres et au profit d'un travail collectif, contrairement aux conceptions antérieures dans lesquelles des experts étaient présents dans les activités de réflexion uniquement pour attirer l'attention de l'apprenant sur des questions dont il n'avait pas tenu compte et pour s'assurer qu'il ne se trompait pas ;
2) la pratique réflexive doit nécessairement être contextualisée dans le travail reliant la théorie à la pratique ;
3) elle implique de multiples parties prenantes et met en relation les acteurs ;
4) elle a un caractère évolutif et représente un processus ouvert et imprévisible ;
5) elle est dynamique et change au fil du temps (Cressey & Boud, 2006).

Dans l'enseignement comme dans la santé, la pratique réflexive peut être mise au service de l'élève et du patient, et contribuer à redonner du sens au métier exercer. Intégrée à la formation initiale et continue, prenant appui sur l'expérience et sur les interactions avec les élèves et les patients, la réflexivité permet une amélioration constante de la façon de pratiquer le métier et de trouver des solutions et adaptations aux situations rencontrées quotidiennement.

C/ Complémentarités et coopérations des acteurs

Nous avons rappelé dans la première partie de cette étude que l'Hôpital comme l'École étaient les lieux d'exercice professionnel de plusieurs métiers, même si ceux de médecin et d'enseignant pouvaient apparaître comme les pivots centraux de l'activité et de la mission de ces deux institutions.

La présence de plusieurs professionnel.le.s aux missions et activités différentes conduit assez naturellement à interroger leur complémentarité et donc leur coopération. Si cette dimension s'impose, elle ne va pour autant pas de soi.

L'équipe hospitalière garante d'efficacité et de sécurité

Une recherche réalisée par Marc Dumas, Florence Douguet, et Youssef Fahmi[36] rend compte à la fois des incitations institutionnelles, des freins et des leviers qui conditionnent le travail d'équipe à l'Hôpital. Les auteurs rappellent que pour la Haute Autorité de Santé (HAS), « *l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin* »[37]. En 2014, la Haute autorité alertait d'ailleurs sur le fait que « *le dysfonctionnement du travail en équipe est identifié comme la première cause d'un événement porteur de risque* ». Citant des défauts d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication, la HAS place la question de la qualité des relations de travail au sein des équipes comme un élément essentiel pour la sécurité du patient. C'est dans cet esprit qu'a été initié le « *programme collaboratif pluriprofessionnel d'amélioration continue du travail en équipe* » (Pacte) visant à sécuriser la prise en charge du patient. Ce programme s'adresse à « *des équipes volontaires en établissements de santé, soutenues par leur direction » et propose u*n dispositif d'accompagnement de deux ans avec des méthodes, des outils et supports pédagogiques clé en main. Il est composé de trois étapes :

- un temps de diagnostic qui permet d'identifier les difficultés de fonctionnement en équipe au quotidien et de proposer collectivement un plan d'actions ;
- une phase de mise en œuvre et de suivi durant laquelle l'équipe déploie son plan d'action en s'attachant à la communication, la dynamique d'équipe, l'implication du patient et la gestion des risques ;
- une étape d'évaluation et de consolidation qui dresse un bilan des avancées de l'équipe, des pratiques collaboratives mises en œuvre et des résultats obtenus[38].

Ce qui est mis en avant dans ce programme, comme dans l'étude de Marc Dumas, Florence Douguet, et Youssef Fahmi, c'est le fait qu'une équipe soignante n'est pas une simple juxtaposition de professionnels ou une organisation hiérarchique d'actes complémentaires. Il s'agit de constituer un collectif, certes d'actions, mais aussi (et peut-être surtout) qui partage un but et une stratégie commune pour l'atteindre. La référence est faite à l'article de Christel Beaucourt et Pierre Louart (2011, p.117)[39], qui précise que « *dans les établissements de santé, les acteurs constituent en général des collectifs soignants, c'est-à-dire des groupes de travail fonctionnels incluant une ou plusieurs catégories de professionnels au sein de la même organisation. Une même personne peut appartenir à plusieurs collectifs. Si les liens sont forts, on observe un sentiment d'appartenance*

36 Dumas, Marc, Florence Douguet, et Youssef Fahmi. « *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?* », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, vol. 20, no. 1, 2016, pp. 45-67.

37 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

38 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

39 Beaucourt, Christel, et Pierre Louart. « *Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif* », Management & Avenir, vol. 49, no. 9, 2011, pp. 114-132.

communautaire, qui s'exprime par des représentations communes de l'action collective (à travers ses buts ou ses valeurs) ». Équipes, collectifs et même communautés apparaissent alors comme des termes équivalents désignant un ensemble de professionnels agissant ensemble dans l'acte de soigner, mais aussi au-delà dans un lien de communication, d'échange, d'expliquer, de rendre compte ensemble : en un mot de coopérer.

Si, comme dans tout collectif les aspects individuels ont une grande importance, ils sont exacerbés ici par les logiques professionnelles. L'intervention de plusieurs spécialistes implique des "*fonctionnements disciplinaires*" spécifiques. La hiérarchie entre les praticiens et les personnels soignants ne situe pas tou.te.s les intervenant.es sur le même plan. Ces éléments peuvent être source de nombreux cloisonnements. La délégation des tâches vers les personnels subalternes sans espace d'autonomie ni reconnaissance de leurs professionnalités propres peut également créer des tensions voire des concurrences et des oppositions (entre médecins et infirmier.e.s ou entre infirmier.e.s et aide-soignant.e.s par exemple).

La littérature sur le sujet propose des éléments d'appui afin de permettre un travail coopératif constructif. Ils reposent à la fois sur des outils structurants comme des protocoles, des réunions régulières, des fiches de suivi…, sur une ambiance de travail basée sur le respect, l'échange, la reconnaissance de chacun.e, ainsi que sur l'incitation par la hiérarchie (direction de l'hôpital et de ses services) et la facilitation par la mise en place d'une coordination des équipes.

De fait, au-delà des fonctionnements ritualisés, des bonnes volontés, des cadres réglementaires structurants et de la coordination qui peut être assurée par les cadres de santé, la question qui se pose à une équipe soignante est celle proposée par Jean-Pierre Gagnier et Linda Roy[40], à savoir « *Comment travailler ensemble pour tenir compte des meilleures pratiques disponibles à ce jour, de l'expertise des uns et des autres ainsi que de la singularité de la situation globale de chaque patient ?* » Cette question renvoie à une triple dimension :
- celle de s'inscrire dans le cadre général des "*savoirs*" scientifiques et des expertises professionnelles qui déterminent les protocoles d'intervention ;
- celle de la singularité de chaque équipe, de chaque membre qui la compose et donc des relations qui la constituent ;
- celle de la spécificité de chaque situation de soin, de chaque patient.e et la nécessité de la prendre en compte.

L'articulation de ces trois aspects fixe les conditions optimales à un travail d'équipe coopératif efficace, sécurisé et valorisant.

40 Gagnier, Jean-Pierre, et Linda Roy. « *Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire* », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 50, no. 1, 2013, pp. 85-104.

Collégialité, interdisciplinarité et coéducation

En évoquant les réformes des systèmes éducatifs en cours dans le monde, Lise Corriveau et Lorraine Savoie-Zajc écrivent, en introduction de l'ouvrage « *Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation. Processus, stratégies, paradoxes* »[41] qu'elles ont codirigé, qu' « *au centre de ces réformes, la redistribution du pouvoir décisionnel entre les acteurs de l'éducation propose une nouvelle façon de gérer le système scolaire qui convie les diverses instances* " à développer de nouvelles formes de collaboration et de participation qui sont exigeantes et qui rompent avec des décennies de pratiques de gestion centralisées et uniformes" (Conseil supérieur de l'éducation, 2003, p. 23). *Notamment, les réformes mandatent les divers acteurs du milieu scolaire à travailler ensemble pour trouver des solutions mieux adaptées aux besoins diversifiés des élèves et à rendre compte des résultats obtenus, ceci devant les amener à réfléchir sur leurs pratiques et à apporter de manière continue les ajustements nécessaires »*.

De telles injonctions à collaborer tendent à prouver, si cela était nécessaire, que le travail coopératif dans les établissements scolaires n'est pas une évidence, ce que corroborent de très nombreuses études. Sans chercher à l'exhaustivité des justifications à cet état de fait, nous pouvons suggérer quelques pistes qui l'expliquent.

Nous l'avons dit, l'École est structurée autour de sa mission d'enseignement et jusque dans sa disposition physique, les classes sont le lieu de rencontre des élèves et d'un professeur. L'autonomie professionnelle de celui-ci , sa franchise pédagogique, mais aussi son savoir-faire et sa responsabilité s'exercent en quelque sorte dans ce face-à-face. Il n'est pas rare d'entendre un.e professeur.e évoquer « *sa classe* » et « *ses élèves* », même lorsque ceux-ci, comme dans le secondaire, sont partagés entre une dizaine d'enseignant.e.s différent.e.s.

Cette mission centrale d'enseignement situe le métier d'enseignant.e comme le pivot de l'École et donc tend à organiser autour de lui les modalité de travail. Certes, « *la figure traditionnelle de l'enseignant seul dans sa classe face à ses élèves est en train de se modifier peu à peu pour laisser place à la figure composite d'un professionnel exerçant dans un établissement scolaire, confronté à une recrudescence de partenaires diversifiés et travaillant de plus en plus fréquemment avec les autres enseignants hors de la présence des élèves et parfois, mais plus rarement, en leur présence* »[42], mais les interventions en classe des autres personnels restent exceptionnelles, si ce n'est celles des ATSEM dans les écoles maternelles.

La dominante disciplinaire de la formation, du recrutement et de l'enseignement pour les professeurs du secondaire renforce le caractère spécifique de chacun d'entre eux et la difficulté d'un travail en commun. La tentative d'instauration de « *Travaux Pratiques Interdisciplinaires »* dans la réforme du collège de 2016 fut un échec, pour partie certainement par la lourdeur du

41 Corriveau, Lise, et Lorraine Savoie-Zajc. « *Introduction* », Lise Corriveau éd., Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation. Processus, stratégies, paradoxes. De Boeck Supérieur, 2010, pp. 7-12.

42 Marcel, Jean-François, Vincent Dupriez, et Danièle Périsset Bagnoud. « *Introduction. Le métier d'enseignant : nouvelles pratiques, nouvelles recherches* », Jean-François Marcel éd., Coordonner, collaborer, coopérer. De nouvelles pratiques enseignantes. De Boeck Supérieur, 2007, pp. 7-17.

dispositif proposé, mais essentiellement par le refus des enseignant.e.s d'entrer dans cette logique interdisciplinaire.

Le dossier de veille de l'Institut français de l'Éducation (Ifé) n°124 d'avril 2018[43] fait un point assez complet de la question du travail collectif des enseignants et montre que celui-ci est partagé entre une grande part d'implication personnelle, y compris dans des collectifs virtuels qui participent à la réflexion et à l'évolution de la pratique professionnelle, et une obligation institutionnelle de participer à des réunions d'équipes pédagogiques ou éducatives essentiellement réunies face aux difficultés rencontrées par certains élèves en échecs scolaires ou à besoins éducatifs spécifiques. Le dossier précise également que « *les injonctions à la collaboration véhiculées dans le référentiel des compétences des métiers du professorat et de l'éducation de 2013 ne se traduisent pas aisément dans les pratiques effectives de formation* ». Les enseignant.e.s ne sont pas formé.e.s au travail en équipe alors même qu'en 1993 déjà, Philippe Perrenoud[44] y voyait la « *dimension essentielle d'une nouvelle culture professionnelle, une culture de coopération (Gather Thurler, 1993) ou collaborative culture selon Hargreaves (1992)* ».

Au-delà des coopérations entre enseignants, le travail en équipe à l'École interroge également la capacité à coopérer avec les autres personnels. C'est le cas statutaire pour le suivi des élèves en situation de handicap ou à besoins particuliers et pour lesquels le développement de l'école dite "*inclusive*" implique la participation des médecin, psychologue, parfois aussi infirmier.e et assistant.e social.e scolaires au côté des enseignant.e.s et de la direction.

En dehors de ces situations spécifiques, il faut certainement introduire une différence entre le premier et le second degré. En maternelle et en primaire, les enseignants ont "*chacun leur classe*", l'administration est réduite, la direction est assurée par un.e enseignant.e qui n'a pas de responsabilité hiérarchique sur ses collègues, infirmier.e et médecin scolaires viennent ponctuellement. Le travail commun relève donc souvent de la volonté de conduire des projets au sein de l'école, avec plusieurs classes, s'inscrivant plus ou moins dans le projet d'école. L'animation pédagogique relève également des inspectrices et inspecteurs de l'Éducation nationale qui, avec les conseiller.e.s pédagogiques de circonscription, peuvent proposer des formations et des réalisations communes entre plusieurs écoles.
Dans les collèges et lycées, l'administration et la direction sont plus importantes et plus présentes ; un.e chef.fe d'établissement, très souvent un.e adjoint.e, un.e adjoint.e gestionnaire, des secrétaires. L'infirmier.e y assure des permanences. Les professeurs interviennent à plusieurs auprès des mêmes classes et donc des mêmes élèves. La vie scolaire, pilotée par un.e ou plusieurs conseiller.e.s principal.e.s d'Éducation (CPE), assimilé.e.s aux enseignant.e.s, participe à la discipline mais aussi à l'animation éducative de l'établissement.

---

43 Gibert Anne-Françoise (2018). « *Le travail collectif enseignant, entre informel et institué* ». Dossier de veille de l'IFÉ, n°124, avril. Lyon: ENS de Lyon. http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=124&lang=fr

44 Perrenoud, Ph. (1993) « *Travailler en équipe pédagogique : résistances et enjeux* », Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Repris dans Perrenoud, Ph. Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe, Paris, ESF, 1996, chapitre 5.

Pour autant, dans les deux cas et en dehors des obligations réglementaires, les coopérations relèvent le plus souvent de la volonté personnelle de certains agent.e.s de travailler ensemble, de proposer des projets (sorties, voyages scolaires, activités transversales…).

La collaboration avec les parents est, elle aussi, codifiée par les réunions, les rencontres avec les enseignant.e.s, les conseils d'école ou d'administration. Au-delà, elle varie selon les établissements et la volonté des équipes pédagogiques de les impliquer davantage ou non. En introduction de son ouvrage « *Des parents dans l'école* », Martine Kherroubi écrivait en 2008 « *Le système scolaire français ne possède pas de culture de la coopération avec les parents. Dans la logique républicaine, la question du rapport aux familles se réduit plutôt à la «* bonne distance *» qu'il faut maintenir entre l'école et ses usagers* »[45]. Si depuis les invitations à renforcer cette coopération ont été nombreuses, il n'est pas sûr qu'elles aient eu d'énormes effets. Dans tous les cas, le système scolaire français est très éloigné d'une démarche d'éducation partagée ou de coéducation telle qu'elle pourrait être souhaitée et développée, comme l'évoque Jean-Jacques Hazan, un ancien président de la FCPE (principale fédération des parents d'élèves) : « *que tous les adultes intervenant auprès des enfants et des jeunes agissent de façon cohérente et coordonnée, que les uns ne cherchent pas à prendre la place des autres, ce dont les uns comme les autres, professeurs et parents, ont parfois la tentation. Il faut donc construire des partenariats solides avec tous les acteurs dans l'École et autour d'elle, avec les collectivités locales en particuli*er »[46].

Un besoin similaire de formation et de pratique au travail coopératif

Ainsi qu'il s'agisse de l'Hôpital ou de l'École, la question de la coopération et du travail en équipe présente-t-elle des caractéristiques communes.

Pour partie, il s'agit d'une démarche prescrite, imposée dans des cadres précis par l'institution et mise en œuvre au service du public souvent le plus en difficulté : protocole de soin pour des malades gravement atteints, mesure éducative pour des élèves en difficulté. Dans ce contexte, la manière dont est coordonné et animé le travail en équipe aura une très forte incidence sur son fonctionnement. Selon que le médecin ou le cadre de santé, le chef d'établissement ou l'inspecteur, agissent de manière très directive et rigide ou avec souplesse en permettant une large participation, le résultat obtenu sera très différent.

Les autres formes de travail en commun relèvent davantage de la volonté des personnels de la faire vivre. Là encore, le climat et l'ambiance dans l'établissement ont un impact fort sur l'envie ou non de s'impliquer dans des actions collectives volontaires.

En effet, dans tous les cas, participer à une démarche collective implique d'accepter de soumettre sa pratique professionnelle au regard des autres, au risque de subir le jugement des autres membres de l'équipe. Cela demande du courage, de l'humilité mais surtout de la confiance. Il

45 Kherroubi, Martine. « *Introduction* », Martine Kherroubi éd., Des parents dans l'école. Érès, 2008, pp. 11-17.

46 Hazan, Jean-Jacques. « *Pour une nouvelle alliance entre parents et enseignants* », Après-demain, vol. n ° 21, nf, no. 1, 2012, pp. 25-27.

s'agit, comme le suggère Philippe Perrenoud d' « *élaborer une culture commune à partir des non-dits de la profession »,* une manière de partager sa professionalité dans ses expertises et ses actes spécifiques mais également dans ses routines ou ses réflexes.

Cette prise de risque est d'autant plus importante dans le cas d'équipe avec des personnels de statuts différents et situés dans un positionnement hiérarchique. Elle peut aussi être déstabilisante dans la confrontation avec des personnes éloignées des réalités professionnelles comme peuvent l'être les familles des patients ou des élèves.

Ces difficultés plaident pour la reconnaissance d'un fort besoin de formation dans ce domaine. Bien au-delà des injonctions à plus ou mieux coopérer, la nécessité d'apprendre à travailler ensemble est un impératif qui devrait davantage être développé dans les cursus de formation initiale et continue de l'ensemble des personnels de l'Hôpital comme de l'École.

D/ Lien avec la recherche et expertises croisées

Comme nous venons de l'évoquer, le travail en équipe interroge les expertises professionnelles de chacun des membres de ces équipes. Dans ce domaine également, il apparaît que des progrès restent à accomplir, même si la situation peut apparaître différente entre l'institution scolaire et hospitalière.

La pandémie actuelle a mis sur le devant de la scène médiatique de très nombreux experts médicaux dont chacun.e a pu constater, à plusieurs reprises, les différences voire les oppositions de diagnostic. Laurent Philippe, secrétaire national de la fédération UNSA Santé-Sociaux, lors d'une intervention dans le cadre d'une formation organisée par le Centre Henri Aigueperse – UNSA Éducation, indiquait que nombre de ces "*spécialistes*" étaient peu ou pas présents dans les hôpitaux et rarement en première ligne d'intervention.

Le phénomène est connu et amplifié par l'omniprésence médiatique qui confine parfois à la « *société du spectacle* »[47] prédite et dénoncée par Guy Debord, en santé comme en éducation, celles et ceux qui en parlent ou en écrivent le plus ne sont pas toujours ceux qui en font le plus.
Ce constat ne doit pas conduire à une décrédibilisation des savoirs médicaux ou pédagogiques qui existent et nécessitent d'être diffusés. Il invite à une double réflexion : sur la reconnaissance de toutes les expertises d'une part, sur le lien avec la recherche d'autre part.

47 Guy Debord, La Société du spectacle, éditions Buchet/Chastel, Paris, 14 novembre 1967.

La complémentarité des expertises

Des expertises professionnelles plurielles

Si « *l'exercice de la médecine est de plus en plus collégial sur la base de relations horizontales (diagnostic établi et protocole de soins défini par un groupe de différents spécialistes, par exemple) ou verticales (en amont ou en aval avec d'autres catégories de personnel médical), elles-mêmes croisées avec des relations intersectorielles (entre professionnels de la santé) ou intrasectorielles (entre professionnels de la santé et autres professionnels, par exemple pour les nouveaux appareils, nouvelles molécules, etc.) »*[48], cette dimension plurielle interroge la reconnaissance des différentes expertises. Beaucoup de critiques évoquent l'éloignement des directions des hôpitaux des logiques médicales pour privilégier les impératifs économiques et les démarches managériales. Mais au sein même des services, l'autorité des médecins (professeur.e.s, chirurgien.ne.s, spécialistes…) peut faire oublier ou minimiser les autres compétences des médecins généralistes, des infirmier.e.s, des aide-soignant.e.s…

Il en va de même dans le système scolaire dans lequel, et malgré des évolutions positives mais insuffisantes, il existe des hiérarchies entre les matières (ou disciplines) : français et mathématiques apparaissant plus essentiels qu'éducation musicale ou qu'arts plastiques. Si l'expertise des personnels non-enseignants peut être parfois minimisée, celle des enseignant.e.s est souvent oubliée. Les injonctions ministérielles sont essentiellement descendantes, relayées par les corps d'inspection et de direction et laissent peu de place à la prise en compte des réalisations du quotidien.

La question d'une expertise multiple est donc posée. Comment lui donner une place ? Et donc comment valoriser les personnels et reconnaître leur professionnalité ?

Citant J.-Y. Trepos[49], Guillaume Calafat[50] rappelle que « *l'expertise est fondamentalement plurielle* ». Issu du latin *expertus*, tiré du verbe *experiri,* et signifiant celui « *qui a fait ses preuves, qui a de l'expérience, qui est habile* », le mot "*expert*" rappelle par son étymologie « *que la compétence de ce dernier se fonde avant tout sur un savoir-faire, acquis à force d'expérience* ». Il ajoute que :

> *« De la reconnaissance sociale des connaissances scientifiques ou techniques des experts (des periti) est née la notion d'expertise, entendue comme le recours à une analyse compétente dans des situations contentieuses ou incertaines. L'expertise naît d'abord dans le domaine juridique, pour caractériser plus généralement, à partir de la moitié du XIXe siècle, toute forme de compétence technique ou scientifique mise au service d'une juridiction, d'une administration publique ou bien des «* profanes *» qui en font la demande. Il s'agit, en somme, d'une «* procédure par laquelle on confie à un ou

48 Boudier, Fabienne, Faouzi Bensebaa, et Adrienne Jablanczy. « *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante* », Innovations, vol. 39, no. 3, 2012, pp. 13-25.

49 J.-Y. Trepos, La Sociologie de l'expertise, Paris, 1996, p. 120.

50 Calafat, Guillaume. « *Expertise et compétences. Procédures, contextes et situations de légitimation* », Hypothèses, vol. 14, no. 1, 2011, pp. 95-107.

plusieurs experts le soin de donner un avis sur les éléments d'un différend, quand ceux-ci présentent des aspects techniques *» . Cela suppose, dès lors, la médiation d'un groupe d'experts labellisé comme tel – socialement et/ou institutionnellement, choisi pour mener à bien une procédure éprouvée (technique ou scientifique).*

Travail d'équipe et reconnaissance des expertises de chacun des membres de cette équipe vont donc de pair et sont les conditions indispensables à l'élaboration d'une expertise collective, plus riche et plus pertinente que la somme des savoirs individuels. À ce titre, reconnaître et associer la diversité des personnels permet un enrichissement et une efficience accrus. On le voit dans le cadre des soins comme dans celui des apprentissages.

L'expertise des usagers

À cette expertise professionnelle s'ajoute celle dite d'usage. À l'Hôpital, elle s'appuie sur la notion de patient-expert et vient ainsi bousculer la traditionnelle « *relation bilatérale entre le patient et le médecin ("*la rencontre d'une confiance et d'une conscience*" selon la formule souvent attribuée à Hippocrate) sur lequel s'est fondée la pratique médicale depuis l'Antiquité , en faisant du médecin le cœur du système de santé* », comme le constatent Fabienne Boudier, Faouzi Bensebaa et Adrienne Jablanczy[51]. Pour ces auteurs, « *la transformation de la relation médecin-patient, suite à l'émergence de patients-experts* […] *conduit à deux résultats majeurs. Le premier a trait à la définition du patient-expert sur la base de l'asymétrie de connaissance (et non plus d'information). Le second est relatif à la formalisation et à la conceptualisation de la nouvelle relation qui émerge entre médecins (au pluriel) et patient-expert* ». Ils en déduisent plusieurs perspectives. Ainsi « *la fin du modèle paternaliste et l'autonomisation du patient ont pour conséquence une moindre autonomie du médecin dans sa relation avec le patient et plus généralement, dans le système de santé.* […] *Mais les innovations comportementales sur lesquelles la fin de ce modèle pourrait déboucher sont pour le moment «* multiples et mal évaluées *» (Moujmid et al., 2000). Par exemple, un nouveau regard est porté sur les médecines alternatives* ». Des évolutions en matière d'organisation des systèmes de santé pourraient également émerger des potentiels des nouveaux partenariats patients-médecins, conduisant « *au développement concomitant de deux modèles de démocratie apparemment contradictoires : le marché et le débat* ». La question du dialogue se pose également et les auteurs se demandent si « *les formations des patients ne doivent-elles pas elles-mêmes aller au-delà de l'éducation thérapeutique du patient ?* ».

Cette question rejoint plus globalement la place des apprenant.e.s posée également à l'École dans une nouvelle approche d'un élève acteur, détenteur d'un certain savoir et d'une expertise dans un nouveau rapport entre enseignant.e.s et apprenant.e.s. Analysant les évolutions de l'enseignement des langues vivantes, Francis Goullier constate qu'avec l'introduction de l'évaluation positive, de l'approche actionnelle, de la compétence plurilingue, « *se cache une conception de l'apprentissage dont les systèmes éducatifs tirent progressivement, et à leur rythme propre, les conséquences : l'élève, avec ses ressources, sa motivation et ses expériences individuelles, est l'acteur de son*

51 Article déjà cité

apprentissage. Ceci se traduit, entre autres, par un repositionnement respectif de l'enseignement et de l'apprentissage »[52]*.* Il en déduit que :

> *« l'apprentissage d'une langue par un apprenant (ici un élève), pour être efficace, doit être facilité par une situation qui lui demande de mobiliser tous ses savoir-faire et ses connaissances pour réaliser une tâche communicative qui a du sens pour lui-même, qui le motive et le conduise à acquérir les connaissances et les savoir-faire supplémentaires rendus nécessaires pour effectuer cette tâche. Cette conception de l'apprentissage induit, de la même façon que pour l'évolution mentionnée plus haut, une distinction claire entre apprentissage et enseignement et un positionnement respectif différent. Le rôle de l'enseignant dans ce cadre est de concevoir des tâches communicatives confiées aux élèves, pour leur permettre de mobiliser les notions apprises ou en cours d'acquisition et, peut-être même surtout, pour créer le besoin des connaissances et des savoir-faire qu'il sait nécessaires à leur progression et accessibles au vu de leurs aptitudes. L'essentiel – pour la progression des élèves – n'est pas la réalisation de la tâche mais les composantes de la compétence langagière et culturelle qu'elle permet de mobiliser. Le plus important – pour l'apprentissage – n'est pas la qualité de la tâche à laquelle doit aboutir le travail effectué pendant une séquence pédagogique («* tâche finale *») mais la conduite – sous le contrôle et avec l'aide de l'enseignant – des moments de réflexion, d'autoévaluation, de découverte de faits de langue ou de données culturelles, d'entraînement ciblé à leur utilisation (« t*âches intermédiaires *») qui accompagnent le travail du groupe vers la réalisation de la tâche donnée comme objectif ».*

Cette nouvelle donne s'applique au-delà des langues vivantes à l'ensemble des enseignements et implique une modification profonde du rôle de l'enseignant qui, tout en demeurant un expert dans sa discipline, doit également l'être dans sa capacité à concevoir des situations pédagogiques et à les mener afin qu'elles permettent et provoquent des apprentissages, réalisés par des apprenant.e.s acteurs, mobilisant l'ensemble de leur expertise en connaissances comme en savoir-faire et savoir-être.

L'enjeu de la recherche

Dire les apports des expertises professionnelles et d'usage ne revient pas à minimiser l'importance de l'expertise scientifique et savante. Bien au contraire, il faut insister sur leur complémentarité. La création des CHU (centres hospitaliers universitaires) a largement contribué à l'imbrication des résultats de la recherche et des évolutions de la pratique dans le domaine de la santé. Les liens établis dans le cadre de la formation des médecins, et en particulier durant la période de l'internat, accentuent encore cette articulation.

---

52 Goullier, Francis. « *Quelles conceptions des apprentissages sous-tendent les programmes de langues vivantes en France et en Europe ?* », Administration & Éducation, vol. 152, no. 4, 2016, pp. 79-83.

Si celle-ci est largement développée pour les médecins hospitaliers, encore qu'il conviendrait d'interroger son inscription tout au long de leur carrière dans le cadre de la formation continue, il apparaît que l'adossement des pratiques infirmières à la recherche est moins évident.

Hélène Lefebvre, Odette Roy, Sarah Sahtali, Monique Rothan-Tondeur font le constat suivant :

> *La littérature scientifique foisonne de recherches infirmières produisant un savoir scientifique déterminant. Quelles que soient les approches de recherche, les théories, les paradigmes utilisés et les populations ciblées, les infirmières ont su démontrer qu'elles pouvaient contribuer de manière signifiante au système de santé* […] *La recherche infirmière s'appuie sur des méthodologies rigoureuses et s'inscrit véritablement dans un mouvement* [...qui] *fait la promotion de pratiques infirmières appuyées sur les évidences scientifiques qui, rompant avec la prise de décisions cliniques basées essentiellement sur la tradition, l'intuition et les savoirs expérientiels, vise à y intégrer les meilleurs résultats de recherche* [...] *Or, les expériences cliniques et de nombreux écrits scientifiques montrent bien que les savoirs scientifiques sont encore sous-utilisés par les infirmières des milieux. Les infirmières baseraient encore peu leurs pratiques sur les savoirs scientifiques et n'auraient que rarement le réflexe de s'inspirer des écrits en réponse aux questions qu'elles se posent ou à leurs préoccupations cliniques* […]. *Tant dans la littérature qu'au plan clinique, il ressort que les découvertes issues de la recherche ne sont pas appliquées à la pratique clinique : de 30 à 40 % des patients recevraient des traitements dont l'efficacité n'est pas démontrée et de 20 à 25 % des patients obtiendraient des soins dont ils n'ont pas besoin ou qui sont potentiellement dangereux (Grol, 2001). Le transfert de nouvelles connaissances à la pratique clinique, fondées sur les évidences scientifiques, représente ainsi un défi d'importance auquel les recherches des sciences infirmières doivent s'attaquer. Ce transfert doit pouvoir s'appuyer sur de solides stratégies, efficaces, efficientes et sécuritaires, qui amèneront les milieux à se transformer de façon à ce qu'ils incorporent à leurs modes opératoires les résultats de recherche les plus probants (Adams, Titler, 2010) [1] ; (Gurzick, Kesten, 2010) [26] ; (Purdy, Melwak, 2009) ».*[53]

L'articulation des pratiques avec la recherche peut participer à l'évolution du système hospitalier de plusieurs manières. La plus évidente est bien entendu de pouvoir appuyer la pratique des soins sur les résultats des recherches scientifiques. Or ceux-ci sont souvent alimentés par les observations pouvant être réalisées au cours des soins. Il y donc là un cercle vertueux dont les éléments se renforcent mutuellement. La deuxième dimension est liée à l'analyse des pratiques. En effet, la recherche permet d'éclairer les modes de fonctionnement et de relations (entre personnels, avec les patients…) et d'impliquer les professionnels dans des dispositifs d'évaluation des pratiques. Le passage par la recherche oblige également de "*mettre en mots*", de verbaliser ce qui se fait ou ne se fait pas, de l'expliciter voire de l'expliquer. Cela oblige à la fois les résultats des recherches et les

53 Lefebvre, Hélène, et al. « *Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques* », Recherche en soins infirmiers, vol. 114, no. 3, 2013, pp. 31-45.

analyses des pratiques à être accessibles et transmissibles. Sans parler de vulgarisation, il convient effectivement de permettre la compréhension des démarches de soins, tant pour l'ensemble des soignant.e.s que pour les patient.e.s, d'autant plus s'il s'agit d'en faire des "*patients partenaires*"[54].

In fine, le lien entre recherche et diagnostic / protocole peut contribuer à une meilleure acceptation des soins par le patient, qui comprendra mieux la situation et se sentira plus à l'aise avec la recommandation faite par le médecin. Ce lien participe au facteur psychologique de rassurance du patient et permet donc de tendre vers une plus grande efficacité du soin envisagé.

Une même exigence de compréhension peut être posée sur les actes éducatifs. « *L'éducation a* [en effet] *cette particularité qu'elle met en jeu des connaissances, des pratiques, des normes et des valeurs. Elle fait l'objet à la fois de savoirs scientifiques qui tendent à décrire et expliquer les phénomènes éducatifs réels, mais aussi des* « théories pratiques », *comme disait Durkheim, des savoirs pratiques et des savoir-faire qui peuvent se formaliser dans des discours, être décrits et justifiés »* [55]. Les professionnels de l'éducation et prioritairement les enseignant.e.s sont donc à la fois des producteurs et des diffuseurs de la recherche. Celle-ci nourrit leurs enseignements et par la transmission, ils contribuent à son développement. En introduction d'un dossier de la revue des Annales consacré au lien entre l'enseignement et la recherche de l'Histoire, Étienne Anheim et Bénédicte Girault posent le constat suivant : « *les liens entre l'enseignement de l'histoire au collège et au lycée et la recherche historique telle qu'elle se mène dans les laboratoires des universités, des écoles et du CNRS semblent souvent ténus. Quand ces liens sont évoqués, ils sont aisément réduits à la question de la mise à jour des programmes scolaires, à l'invocation, souvent non dénuée d'arrière-pensées politiques, de l'unité d'un corps enseignant pourtant traversé par les différences et les inégalités ou, au contraire, à la dénonciation d'un objectif idéaliste, voire démagogique et dénué de sens* »[56]. Ce qui est dit ici pour l'enseignement de l'Histoire, pourrait aux nuances de leurs enjeux politiques, s'appliquer à de nombreux contenus disciplinaires. Le lien entre la recherche scientifique dans une discipline et son enseignement scolaire est « *souvent ténu* » pour ne pas dire moins. Il peut se traduire à la fois par la volonté de l'enseignant de s'auto-former aux avancées dans son domaine disciplinaire et par l'intégration des résultats de la recherche dans le programme officiel de la discipline.

Là encore, il ne s'agit que d'une dimension de la complémentarité entre recherche et pratique dans le domaine de l'Éducation. En effet, en charge de transmettre des savoirs disciplinaires, l'enseignant est également pédagogue. À ce titre, plusieurs ressources lui sont indispensables. À la fois celles lui permettant de mieux connaître et comprendre son public (les élèves) dont par exemple des éléments de psychologie de l'enfant et adolescent et de sociologie, et celles qui lui permettent de mettre en œuvre les processus d'apprentissage avec un groupe classe, des ressources des sciences cognitives et des neurosciences, en gestion de groupe, en approches pédagogiques. En résumé : en sciences de l'Éducation. Une logique qui ne va pas de soi dans la

54 Pétré, Benoît, et al. « *Patient partenaire : de la pratique à la recherche* », Santé Publique, vol. vol. 32, no. 4, 2020, pp. 371-374.

55 Mosconi, Nicole. « *Quels savoirs sur l'éducation ?* », Informations sociales, vol. 161, no. 5, 2010, pp. 8-11.

56 Anheim, Étienne, et Bénédicte Girault. « *L'histoire, entre enseignement et recherche* », Annales. Histoire, Sciences Sociales, vol. 70e année, no. 1, 2015, pp. 141-149.

formation des enseignant.e.s en France où une méfiance voire une défiance est entretenue contre les sciences de l'Éducation dans une opposition stérile et artificielle, comme le montre Claude Lelièvre[57]. La pluridisciplinarité des travaux de recherche en sciences de l'Éducation a en effet vocation à nourrir l'activité professionnelle des personnels éducatifs dont les enseignants qui pourraient davantage en bénéficier dans leurs formations tant initiales que continues.

La recherche en éducation a également comme objet l'analyse des pratiques professionnelles et à ce titre, comme pour le domaine de la santé, la création d'un cercle vertueux entre recherches et pratiques est à rechercher. Considéré.e comme un.e expert.e, l'enseignant.e a autant à apporter qu'à apprendre dans une interaction entre des données théoriques et une mise en situation dans la classe. De même, ces résultats sont d'autant plus essentiels qu'ils impliquent une évolution du métier d'enseignant.e en passant d'élèves récepteurs d'un savoir à des apprenants acteurs de leur apprentissage.

57 Ouvrage déjà cité

Conclusion :

[le besoin de refondation]



Dans un monde en profonde mutation, de nombreuses institutions de la République sont questionnées dans leur fonctionnement et pour certaines dans leurs missions, les conduisant à interroger le sens des métiers même de leurs professionnels. Ce peut être le cas de la police nationale, à la fois sollicitée pour la protection et la répression ou de l'armée tiraillée entre (être prête à la) guerre et (garantir la) paix. Nous avons fait le choix pour cette étude de nous centrer sur la Santé et l'Éducation, et plus précisément sur l'Hôpital et sur l'École. Malgré leurs différences, ces deux structures présentent de nombreux points communs à commencer par le fait qu'elles constituent des piliers de la construction républicaine non seulement dans leur champ, mais plus globalement dans la conception de la société qu'elles représentent.

Issus d'institutions religieuses, l'Hôpital comme l'École sont devenus, à la suite de l'esprit des Lumières et de la Révolution, de la laïcisation puis du programme du Conseil national de la Résistance, les symboles de services publics capables d'accueillir le plus grand nombre pour diffuser le soin et le savoir, et lutter contre l'exclusion dans laquelle enfermaient la maladie et l'ignorance. De leur origine, demeure un secteur privé et concurrentiel qui, avec des règles particulières, participe plus ou moins à la politique de Santé et d'Éducation. Pour notre part, nous avons borné notre approche au secteur public.

L'Hôpital comme l'École sont à la fois les noms génériques d'institutions et ceux d'établissements qui ancrent dans la réalité de bâtiments, une organisation administrative et l'exercice d'une mission prioritaire : soigner pour l'un, enseigner pour l'autre. Missions qui se matérialisent également dans la centralité d'un métier principal, auquel les autres sont rattachés, le médecin et l'enseignant.e et d'un public progressivement constitué, les patient.e.s et les élèves.

Lieux de progrès et de science, l'Hôpital et l'École ont permis l'augmentation de la durée de vie et l'élévation du niveau d'Éducation, participant ainsi l'un et l'autre à l'amélioration du mieux vivre pour le plus grand nombre.

Placées au cœur des enjeux de société, ces deux institutions ont indéniablement fait la preuve de leur utilité sociale, mais face aux mutations profondes et rapides actuellement en cours, elles montrent également les limites du poids de leurs héritages, de la lourdeur de leur fonctionnement, de la rigidité de leur structuration.

La pandémie de Covid-19, sans en être la cause, a été le révélateur des difficultés déjà dénoncées avant. Inadaptation matérielle, manque de personnel et de formation, difficulté à prendre en charge l'hétérogénéité de tous les publics, question budgétaire, passage à l'ère du numérique ne sont que quelques-uns des écueils mis en avant. Malgré les très nombreuses réformes qui se sont multipliées dans les deux domaines, mais qui n'ont pas réussi ou souhaité les modifier en profondeur, l'Hôpital et l'École apparaissent aujourd'hui en "*crise*". Ce terme lui-même, largement utilisé dans les médias, rend mal compte de la situation. Il pourrait laisser entendre qu'il ne s'agit là que d'un passage difficile, un temps perturbé et que le retour vers la stabilité d'antan, l'"*âge d'or*" d'hier, même mythique, est toujours possible. Il n'en est rien. Le monde change. L'Hôpital et l'École sont irrémédiablement appelés à changer.

La question posée est donc moins celle de leur pérennité que celle de leur refondation.

Trois éléments majeurs sont à prendre en compte dans cette projection dans l'avenir : leurs missions, leurs publics, leurs personnels.

La notion de santé a fortement évolué, passant de l'idée de combat contre la maladie et celle de construction d'un bien-être à la fois physique, psychologique et environnemental (dans le sens large qui englobe à la fois la dimension sociale et le rapport à la nature). Soigner dans le sens de guérir ne suffit plus. Encore moins dans une conception de prise en charge d'une patientèle mal informée et passive, et d'application de protocoles standardisés et généralisables. Mieux formé.e.s, mieux informé.e.s, les patient.e.s demandent à comprendre et à être des acteurs de leur santé. La compétence ne se situe plus uniquement du côté des professionnels. Et ceux-ci sont appelés à évoluer dans leurs pratiques.

Le rapport au savoir s'est profondément modifié. Il n'est plus uniquement connaissances, mais s'est enrichi de savoir-faire et de savoir-être qui conduisent à l'acquisition et au développement de multiples compétences intellectuelles, manuelles, mais aussi psychosociales, comportementales, citoyennes. Les supports de connaissances se sont également multipliés par l'accès aux livres, à l'audiovisuel, au numérique… Enseigner ne se réduit plus à transmettre mais nécessite de construire et conduire des situations éducatives dans lesquelles les élèves sont acteurs de leurs apprentissages. Enseignants et personnels éducatifs doivent réinterroger leurs pratiques et les faire évoluer à l'aune de ces données nouvelles.

Milieu du guet ?

Le diagnostic est partagé. Pour l'essentiel, l'analyse des constats fait l'unanimité.
L'Hôpital, dans son fonctionnement actuel, est incapable d'accueillir chacune et chacun et lui permettre de participer à la construction de sa santé-bien-être.
L'École, telle qu'elle est structurée aujourd'hui, n'est pas en mesure de faire réussir chacun et chacune en lui permettant d'accéder à son émancipation par le développement de ses compétences.

Ces difficultés questionnent profondément le sens des métiers des professionnels qui subissent les injonctions paradoxales. D'un côté, il leur est demandé de continuer à exercer leur métier mais en améliorant les résultats. De l'autre, ils sont enjoints de modifier profondément leurs pratiques, sans souvent être associés à l'analyse et l'évolution de celles-ci.

Quelles pistes alors pour transformer ces institutions et redonner du sens à leurs professionnels ?

Nous en proposons quatre dans la seconde partie de cette étude : la communication, la réflexivité, la coopération et l'adossement à la recherche. Toutes les quatre impliquent des changements de pratiques qui doivent être progressives et accompagnées, en particulier par des actions de

formations tant initiale que continue. Il s'agit en effet de former (les professionnels) pour transformer (les institutions).

Comme Paolo Freire indiquait qu'il ne pouvait y avoir d'éducation sans communication, il est vraisemblable que nous pourrions affirmer qu'il n'y a pas de soins sans communication. En effet, la prise en charge des élèves comme des patient.e.s nécessite des échanges quelque soit la forme qu'ils puissent prendre, et participent donc à établir une communication avec le médecin ou l'enseignant.e. Au-delà même de l'acte professionnel, un minimum d'attention et de connaissance passe par l'écoute. Comprendre un.e patient.e, un.e élève demande de connaître a minima ses conditions et son contexte de vie, ce qui implique de parler ensemble, par exemple.
Communiquer, c'est aussi expliquer le contenu d'un soin, d'un protocole, d'un exercice ou d'une leçon… et vérifier que les consignes et les objectifs ont été compris, de la part de l'élève, de la ou du patient.e, éventuellement des familles.
Communiquer, c'est encore échanger entre professionnels dans l'équipe soignante, dans l'équipe éducative.
Une nuance peut être apportée sur le fait que dans l'acte de soin, il s'agit généralement pour un.e ou plusieurs professionnels de s'adresser à un.e patient.e unique. Dans l'acte d'enseignement, une très grande partie du temps est consacrée à une communication de groupe, d'un enseignant vers un groupe classe dans toutes les interactions pouvant exister au sein d'un tel collectif.

L'action nécessite la réflexion. Il s'agit de réfléchir pour faire, mais également de réfléchir sur ce qui a été fait (ou pas fait). Cette capacité à analyser ses actes professionnels permet au soignant comme à l'éducateur d'évaluer son action et de l'adapter à la spécificité d'une situation, d'un individu, d'un groupe… En faisant acte de réflexivité, le professionnel de santé ou d'éducation intègre à la fois l'évolution de ces pratiques et l'écart existant entre celles-ci et leurs dimensions théoriques. Il peut ainsi envisager les prochaines étapes, les progressions de son intervention, prévoir les modalités de leur évaluation.
La réflexivité est d'une certaine manière un regard en arrière pour mieux aller de l'avant, une sorte de rétroviseur permettant de regarder le chemin parcouru tout en continuant à avancer.
La démarche réflexive met également en évidence la singularité de chaque acte de soin ou d'éducation. Elle peut être réalisée individuellement par le médecin ou l'enseignant, mais elle peut également être menée par une équipe analysant et évaluant collectivement son action.

La dimension collective est au cœur de la notion de coopération, qu'il s'agisse d'agir entre pairs, au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou avec des partenaires. Elle peut correspondre à un travail prescrit et demandé par l'institution comme dans le suivi de protocole pour des maladies graves ou les mesures éducatives pour les élèves en difficulté. Elle peut aussi relever de l'initiative personnelle des professionnels désirant mener des réflexions, des actions, des projets ensemble.
La coopération demande la reconnaissance de la professionnalité et l'expertise de chacune des participant.e.s constituant le collectif. Elle implique la confiance et nécessite une bonne ambiance de travail, l'acceptation de règles partagées, la coordination et l'animation par un personnel reconnu. La valorisation de la démarche par la hiérarchie peut être facilitante.

La coopération permet également de promouvoir l'implication des patient.e.s comme acteurs de leur santé et des élèves comme acteurs de leurs apprentissages. Elle peut également s'étendre aux familles et particulièrement dans une démarche de coéducation avec les parents d'élèves.

Le lien avec la recherche aussi est structurant du sens des métiers de la Santé et de l'Éducation. Il s'entend à plusieurs niveaux :
- une utilisation des résultats de la recherche dans le contenu des soins et des enseignements ;
- des apports méthodologiques produits par la recherche afin de guider les pratiques de Santé et d'Éducation ;
- des interactions entre les praticiens et les chercheurs afin d'analyser les pratiques professionnelles et d'accompagner leurs évolutions.

Si les institutions ont un aspect rigide, parfois figé, caractéristique de leur dimension de structures "*instituées*", elles n'en demeurent pas, pour autant, immuables ou statiques. Virginie Tournay, rappelant le caractère polysémique du terme *"institution*", le réfère à son origine étymologique « *le mot vient du verbe latin* instituo, instituere *qui renvoie à la contraction de in statuo signifiant* "placer dans", "installer", "établir". *La notion d'institution fait donc référence à une idée de mouvement précédant une situation et tendant vers un équilibre plutôt qu'à la consolidation durablement acquise d'un ensemble d'activités* »[58]. L'histoire de l'Hôpital et de l'École montre combien ces deux institutions se sont déjà modifiées au fil du temps, confrontées aux évolutions de la société, dans un grand nombre de réformes plus ou moins profondes. Si les activités se sont progressivement professionnalisées, intégrant les progrès des sciences, les changements des comportements humains, les demandes sociétales elles, ont cherché à se maintenir en équilibre au milieu des attentes et des injonctions paradoxales qui leur étaient faites.

Alors qu'on lui demande de mieux prendre en compte et d'impliquer les patient.e.s et leurs familles dans une approche de santé-bien-être, la société compte sur l'Hôpital -et la pandémie de Covid-19 donne toute la dimension à cette réalité- pour qu'il soigne et guérisse le plus grand nombre et fasse reculer le poids des maladies. Aux urgences cohabitent des patient.e.s nécessitant des soins et des "*marginaux*" en quête de contacts humains, de réassurances sociales. Dans le même temps, on demande à l'Hôpital une certaine rentabilité économique conduisant à la fermeture de lits et à la saturation tant physique que psychologique de ses personnels.

À l'École, la société demande d'élever le niveau d'instruction, de connaissances, de savoirs de tou.te.s en les impliquant dans leurs démarches d'apprentissage. On attend également d'elle qu'elle conduise le plus loin possible la formation d'une élite qu'on souhaite la plus méritante, mais qui majoritairement bénéficie d'un héritage social, économique, culturel familial, appelée à diriger le pays, ses entreprises, ses médias, sa politique… Dès les plus petites classes, un système de sélection est ainsi progressivement organisé, tiraillant le personnel d'éducation entre avancer avec les élèves les plus brillants vers la réussite et mettre en œuvre des remédiations pour celles et ceux en échec scolaire.

58 Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., Sociologie des institutions. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.

Pour autant, chaque jour – et là encore cette période de pandémie en est l'illustration grossissante- des médecins, des infirmier.e.s, des aide-soignant.e.s, des enseignant.e.s, des assistant.e.s d'éducation, des conseiller.e.s principaux d'éducation, des équipes soignantes, des équipes éducatives inventent, innovent, imaginent de nouvelles manières d'accompagner chaque patient.e, chaque élève. Leurs démarches, leurs actions, leurs réalisations sont des "*cailloux du petit Poucet*", non pour ramener en arrière mais pour dire le chemin pour aller vers demain.

Nul doute que des réformes en profondeur sont nécessaires. Elles ne pourront être réalisées qu'à partir d'une prise de conscience des difficultés réelles rencontrées par l'Hôpital et l'École et par leurs personnels. Pourtant, le changement viendra-t-il "*d'en haut*", inscrit dans une loi ? On peut en douter. Les éléments présentés dans ce travail de recherche tendent à montrer que les leviers de transformation peuvent être certainement ailleurs. N'est-il pas, en effet, plus vraisemblable de penser que les changements découleront et s'imposeront des nouvelles pratiques et des évolutions réalisées par les personnels, par les équipes ?

La transformation de l'École ne se fait-elle pas d'abord dans les salles des professeur.e.s ? Dans les salles de classes ? Dans les cours ?
La transformation de l'Hôpital ne se conduit-elle pas avant tout dans les salles des soignant.e.s ? Dans les salles de soins ? Dans les chambres auprès des malades ?

La crise des institutions École et Hôpital seront d'autant plus durables et profondes que les réformes se feront sans les personnels, accentuant le décalage entre les injonctions et le sens des missions que chaque agent perçoit de son métier.

N'est-ce pas par la quête du sens de leur métier en pleine interrogation que les personnels de Santé et d'Éducation, de l'Hôpital et de l'École donneront des réponses aux évolutions nécessaires de leurs institutions, redonneront sens à leurs missions et permettront leur refondation indispensable ?

[Bibliographie]

Introduction

Lelièvre, Claude, L'école d'aujourd'hui à la lumière de l'histoire - contre-vérités et surprises, Odile Jacob, mars 2021.

Lourau, R., L'Analyse institutionnelle, Paris, Éditions de Minuit, 1970.

Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., Sociologie des institutions. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.

Zoïa, Geneviève et Laurent Visier, « *Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?* », Recherche et formation, 72 | 2013, 41-56.

Partie I /A

https://www.vie-publique.fr/rapport/25792-creer-une-nouvelle-dynamique-de-la-formation-des-maitres-rapport-lio

Benallah, S., & Domin, J.-P. (2017).

Benamouzig, D., & Besançon, J. (2007). Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? Horizons strategiques, n° 3(1), 10-24.

Béraud, C. (2002). Nicole Lemaitre (éd.), Histoire des curés. Paris, Fayard, 2002, 523 p. (Glossaire, index, graphiques, tablx). Archives de sciences sociales des religions, 120, 63-126.

Berlivet, L. (2000). Une santé à risques : L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999) [These de doctorat, Rennes 1]. http://www.theses.fr/2000REN1G417

Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. Management Avenir, N° 61(3), 168-189.

Cambois, E. (2009). Entretien avec Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff, Créapt—CEE, Unité de recherches « Âges et travail ». Retraite et societe, n° 59(3), 164-173.

Code de l'éducation—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 décembre 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006071191/

Collerette, P. (2011). Pouvoir, leadership et autorité dans les organisations. PUQ.

Convert, B. (2006). Les impasses de la démocratisation scolaire. Sur une prétendure crise des vocations scientifiques. https://www.raisonsdagir-editions.org/catalogue/les-impasses-de-la-democratisation-scolaire/

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). UN ORGANISME DE SANTE… MALADE DE « GESTIONNITE ». 98. http://www.annales.org/gc/2009/resumes/decembre/03-gc-resum-FR-AN-AL-ES-decembre-2009.html

Develay, M. (1996). Donner du sens à l'école (ESF).

Duru-Bellat, M. (2008). La (re)production des rapports sociaux de sexe : Quelle place pour l'institution scolaire ? Travail, genre et societes, No 19(1), 131-149.

Etilé, F. (2013). Obésité—Santé publique et populisme alimentaire (p. 124 p.). Editions rue d'Ulm. https://hal-pjse.archives-ouvertes.fr/hal-00813058

Haroche, C., & Vigarello, G. (2008). « L'Esprit du temps ». Communications, n° 82(1), 87-93.

Hélou, C., & Lantheaume, F. (2008). Les difficultés au travail des enseignants. Exception ou part constitutive du métier ? Recherche et formation, 57, 65-78. https://doi.org/10.4000/rechercheformation.833

Lasfargues, G. (2005). Départs en retraite et « travaux pénibles ». L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé (p. 37) [Rapport de recherche]. Centre de l'Etude et de l'Emplois. https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000622.pdf

Losego, P. (1999). La construction de la compétence professionnelle et sa mesure : Le cas des futurs enseignants formés dans les IUFM. Revue française de sociologie, 40(1), 139-169. https://doi.org/10.2307/3322523

https://www.liberation.fr/france/2019/11/14/de-1974-a-nos-jours-de-quand-date-la-crise-a-l-hopital_1763119/

Maroy, C. (2006). École, régulation et marché. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.maroy.2006.01

Nathanson, D. (2007). Commentary. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, 19(1), 37-37. https://doi.org/10.1111/j.1708-8240.2006.00061.x

Randon, S. (2012). The evolution of health care managers' role : A comparaison France/United Kingdom. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748840/document

Rechel, B., Dubois, C.-A., & McKee, M. (Éds.). (2006). The health care workforce in Europe. Learning from experience.

Van Zanten, A. (2012). L'école de la périphérie. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.vanza.2012.01

Partie I/B

Philippe Ariès, L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime, 1960.

Chauveau, Sophie. « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?* », Les Tribunes de la santé, vol. 33, no. 4, 2011, pp. 81-89.

Condorcet, Rapport et projet de décret sur l'organisation générale de l'instruction publique, avril 1792

Gentili, Marc. « *Éléments pour une histoire de l'Hôpital* », Hegel, vol. 2, no. 2, 2017, pp. 147-151.

Vincent, Gérard. « *Les réformes hospitalières* », Revue française d'administration publique, vol. no113, no. 1, 2005, pp. 49-63.

Guillaume, Pierre. « *L'hôpital dans la France du XXe siècle. Christian CHEVANDIER, Paris, Perrin, 2009, 490 p. 25 €, ISBN : 978-2-262-02634-9* », Revue d'histoire de la protection sociale, vol. 3, no. 1, 2010, pp. 144-146.

Laget, Pierre-Louis, et Françoise Salaün. « *Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne* », Les Tribunes de la santé, vol. no 3, no. 2, 2004, pp. 19-28.

Lelièvre, Claude . L'École d'aujourd'hui à la lumière de l'histoire. Odile Jacob, mars 2021

Riché, Pierre et Jacques Verger, Des nains sur des épaules de géants, maîtres et élèves au Moyen-Âge, Paris, éd. taillandier, 2006, 351 p., p. 15, cité par https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_au_Moyen_%C3%82ge_en_Occident

https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l%27%C3%A9ducation_en_France

Partie I/C

http://www.ac-grenoble.fr/ien.cluses/IMG/pdf_competences_vocabulaire.pdf

https://pod.univ-cotedazur.fr/video/3170-definition-de-la-sante/

Partie I/D

Mignon, Jean-Marie, Le métier d'animateur, La Découverte, coll. « *Alternatives sociales* », Paris, 2005, 175 p. (la première édition sous le même titre était parue en 1999).

" Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants " https://journals.openedition.org/pmp/5551

Zoïa, Geneviève et Laurent Visier, « *Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?* », Recherche et formation, 72 | 2013, 41-56.

Partie II/A

Alazri, M. H., & Neal, R. D. (2003). The association between satisfaction with services provided inprimary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Medicine, 20(6), 486-490.https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.00957.x

Andrade, N. S., Ashton, C. M., Wray, N. P., Brown, C., & Bartanusz, V. (2015). Systematic reviewof observational studies reveals no association between low back pain and lumbarspondylolysis with or without isthmic spondylolisthesis. European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and theEuropean Section of the Cervical Spine Research Society, 24(6), 1289-1295.https://doi.org/10.1007/s00586-015-3910-5

Arora, R., Sengupta, P. P., Thakur, A. K., Mehta, V., & Trehan, V. (2003). Device Closure of Patent Ductus Arteriosus. Journal of Interventional Cardiology, 16(5), 385-391.https://doi.org/10.1046/j.1540-8183.2003.01005.x

Aytan, T. (2016). The Effect of a Listening Education Course on the Listening Behaviors ofProspective Turkish Teachers. International Journal of Higher Education, 5(2), 254-262.Bambaeeroo, F., & Shokrpour, N. (2017). The impact of the teachers' non-verbal communication onsuccess in teaching. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism, 5(2),51-59.

Bauchat, J., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation-Based Training Is Not Optional. Clinical Simulationin Nursing, 12(8), 356-359. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.04.003

Behjat, F., Bayat, S., & Kargar, A. (2014). An Investigation of Students' Attitudes on Teachers'Nonverbal Interaction in Iranian EFL Classrooms. Undefined. /paper/An-Investigation-of-Students%E2%80%99-Attitudes-on-in-EFL-Behjat-Bayat/6beff86b91e2abe8b0ec60b7a357c162ce8bc7f8

Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased HealthCare Utilization. The Journal of the American Board of Family Medicine, 24(3), 229-239.https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170

Bloom, B. S., Hastings, T., & Madaus, G. (1971). Handbook on formative and summativeevaluation of student learning. McGraw-Hill.

Brédart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfactionwith care in oncology. Current Opinion in Oncology, 17(4), 351-354.https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30

Brown, T., Rowley, H., & Smith, K. (2016). Sliding subject positions : Knowledge and teachereducators. British Educational Research Journal, 42(3), 492-507.https://doi.org/10.1002/berj.3203

Burleson, B. R., & Samter, W. (1990). Effects of cognitive complexity on the perceived importanceof communication skills in friends. Communication Research, 17(2), 165-182.https://doi.org/10.1177/009365090017002002

Buzarna-Tihenea, A. (2017). ESP creative teaching methods. Case study. Literature, Discoursesand the Power of Multicultural Dialogue.

Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., & Rosin, R. (1992). Doctor-patientcommunication in a cancer ward. Journal of Cancer Education: The Official Journal of the
American Association for Cancer Education,7(1), 41-54.https://doi.org/10.1080/08858199209528141

Claramita, M., Susilo, A. P., Kharismayekti, M., van Dalen, J., & van der Vleuten, C. (2013).Introducing a partnership doctor-patient communication guide for teachers in the culturallyhierarchical context of Indonesia. Education for Health (Abingdon, England), 26(3), 147-155.https://doi.org/10.4103/1357-6283.125989

Daniels, D. H., & Perry, K. E. (2003). «Learner-Centered» According to Children. Theory IntoPractice, 42(2), 102-108. https://doi.org/10.1207/s15430421tip4202_3DeVito, J. A. (1986). Teaching as relational development. New Directions for Teaching andLearning, 1986(26), 51-59. https://doi.org/10.1002/tl.37219862608

Diloyan, A. (2017). The Importance of Communication in the Classroom : The Impact of EffectiveCommunication Skills on Student Enthusiasm [American university of America].https://baec.aua.am/files/2017/09/Angela_Diloyan_The-Importance-of-Communication-in-the-Classroom_Capstone.pdf

Duta, N., Panisoara, G., & Panisoara, I.-O. (2015). The Effective Communication in Teaching.Diagnostic Study Regarding the Academic Learning Motivation to Students. Procedia -Social and Behavioral Sciences, 186, 1007-1012. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.064

Europe, W. H. O. R. O. for. (1998). Education thérapeutique du patient : Programmes de formationcontinue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladieschroniques : recommandations d' un groupe de travail de l' OMS.https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997

Evertson, C. M., & Weinstein, C. S. (2006). Handbook of classroom management : Research,practice, and contemporary issues (p. viii, 1346). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, desnotions à rapprocher : Apports croisés de la littérature. Sante Publique, Vol. 19(5), 413-425.

Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth,M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, andmathematics. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States ofAmerica, 111(23), 8410-8415. https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111

Gage, J. L., Jarquin, D., Romay, C., Lorenz, A., Buckler, E. S., Kaeppler, S., Alkhalifah, N., Bohn,M., Campbell, D. A., Edwards, J., Ertl, D., Flint-Garcia, S., Gardiner, J., Good, B., Hirsch, C.N., Holland, J., Hooker, D. C., Knoll, J., Kolkman, J., ... de Leon, N. (2017). The effect ofartificial selection on phenotypic plasticity in maize. Nature Communications, 8(1), 1348.https://doi.org/10.1038/s41467-017-01450-2

Gallois, P., Vallée, J.-P., & Noc, Y. L. (2009). Éducation thérapeutique du patient—Le médecin est-il aussi un « éducateur » ? Médecine, 5(5), 218-224. https://doi.org/10.1684/med.2009.0424

Goold, S. D., & Lipkin, M. (1999). The Doctor–Patient Relationship. Journal of General InternalMedicine, 14(Suppl 1), S26-S33. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x

Graham, E. E., West, R., & Schaller, K. A. (1992). The association between the relational teachingapproach and teacher job satisfaction. Communication Reports, 5(1), 11-22.https://doi.org/10.1080/08934219209367539

Griffin, S. J., Kinmonth, A.-L., Veltman, M. W. M., Gillard, S., Grant, J., & Stewart, M. (2004).Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients andpractitioners : A systematic review of trials. Annals of Family Medicine, 2(6), 595-608.https://doi.org/10.1370/afm.142

Hall, J. A., Roter, D. L., & Rand, C. S. (1981). Communication of affect between patient andphysician. Journal of Health and Social Behavior, 22(1), 18-30.Hashim, M. J. (2017). Patient-Centered Communication : Basic Skills. American Family Physician,95(1), 29-34.

Haskard Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and PatientAdherence to Treatment : A Meta-analysis. Medical care, 47(8), 826-834.https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Hausman, A. (2004). Modeling the patient-physician service encounter : Improving patientoutcomes. Journal of the Academy of Marketing Science, 32(4), 403.https://doi.org/10.1177/0092070304265627

Holmström, I., & Rosenqvist, U. (2001). A change of the physicians' understanding of the encounterparallels competence development. Patient Education and Counseling, 42(3), 271-278.https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00132-4

Houser, M. L., & Frymier, A. B. (2009). The Role of Student Characteristics and Teacher Behaviorsin Students' Learner Empowerment. Communication Education, 58(1), 35-53.https://doi.org/10.1080/03634520802237383

Irungu, K. R. G., Mbugua, D., & Muia, J. (2015). Information and Communication Technologies(ICTs) Attract Youth into Profitable Agriculture in Kenya. East African Agricultural andForestry Journal, 81(1), 24-33. https://doi.org/10.1080/00128325.2015.1040645

Kayler, M. A. (2009). Teacher development and learner-centered theory. Teacher Development,13(1), 57-69. https://doi.org/10.1080/13664530902858501

Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., & Arroll, B. (2004). Physician-patientrelationship and medication compliance : A primary care investigation. Annals of FamilyMedicine, 2(5), 455-461. https://doi.org/10.1370/afm.139

King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication : ANarrative Review. Journal of Graduate Medical Education, 5(3), 385-393.https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1

Liberante, L. (2012). The importance of teacher–student relationships, as explored through the lensof the NSW Quality Teaching Model. Journal of Student Engagement: Education Matters,2(1), 2-9.Lojdová, K. (2019). Socialization of a student teacher on teaching practice into the discursivecommunity of the classroom : Between a teacher-centered and a learner-centered approach.Learning, Culture and Social Interaction,22, 100314.https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2019.05.001

Lunenburg, F. (2010). Communication : The Process, Barriers, And Improving Effectiveness.Schooling, 1(1), 1-11.May, C., & Mead, N. (1999). General practice and ethics : Uncertainty and responsibility.Psychology Press, 62-73.Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction andmedical communication. Medical Education, 39(4), 428-435. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x

McCarthy, M. J., & Carter, R. A. (2001). Ten criteria for a spoken grammar. In E. Hinkel & S. Fotos(Eds.), New perspectives on grammar teaching in second language classrooms (pp. 51-75).Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1983). Power in the classroom I : Teacher and studentperceptions.Communication Education,32(2), 175-184.https://doi.org/10.1080/03634528309378527

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of theempirical literature. Social Science & Medicine (1982), 51(7), 1087-1110.https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8

Morreale, S. P., Osborn, M. M., & Pearson, J. C. (2000). Why Communication Is Important : ARationale for the Centrality of the Study of Communication. JACA: Journal of theAssociation for Communication Administration, 29(1), 1-25.

Muste, D. (2016). The Role of Communication Skills in Teaching Process. The EuropeanProceedings of Social & Behavioural Sciences, 1-5.https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.12.52Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL : A multiple-item scale formeasuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12-40.

Petrie, K., & lisahunter. (2011). Primary teachers, policy, and physical education. EuropeanPhysical Education Review, 17(3), 325-329. https://doi.org/10.1177/1356336X11416729

Platt, F. W., & Keating, K. N. (2007). Differences in physician and patient perceptions ofuncomplicated UTI symptom severity : Understanding the communication gap. InternationalJournal of Clinical Practice, 61(2), 303-308. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.01277.x

Putney, L. (2002). A Vision of Vygotsky. Educational Psychology & Higher Education FacultyPublications. https://digitalscholarship.unlv.edu/edpsych_fac_articles/130

Rahimi, M., & Asadollahi, F. (2012). On the relationship between Iranian EFL teachers' classroommanagement orientations and teaching style. Social and Behavioral Sciences, 31, 49-55.https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.015

Rawat, D., & Bajracharya, C. (2015). Enhancing Student Learning through Proactive FeedbackBased Adaptive Teaching for Engineering Courses. International Journal on IntegratingTechnology in Education, 4(3). https://doi.org/10.5121/ijite.2015.4301

Ritter, J. T., & Hancock, D. R. (2007). Exploring the relationship between certification sources,experience levels, and classroom management orientations of classroom teachers. Teachingand Teacher Education, 23(7), 1206-1216. https://doi.org/10.1016/j.tate.2006.04.013

Rogers, P. J., Hogenkamp, P. S., de Graaf, C., Higgs, S., Lluch, A., Ness, A. R., Penfold, C., Perry,R., Putz, P., Yeomans, M. R., & Mela, D. J. (2016). Does low-energy sweetener consumptionaffect energy intake and body weight? A systematic review, including meta-analyses, of theevidence from human and animal studies. International Journal of Obesity (2005), 40(3),381-394. https://doi.org/10.1038/ijo.2015.177

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997).Communication patterns of primary care physicians. JAMA, 277(4), 350-356.Scherer, M. R. J., Cunha, P. M. S., & Steiner, U. (2014). Labyrinth-Induced FacetedElectrochemical Growth.Advanced Materials,26(15), 2403-2407.https://doi.org/10.1002/adma.201305074

Schmid Mast, M., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physiciancommunication style : Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. PatientEducation and Counseling, 68(1), 16-22. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.020

Sedova, K., Salamounova, Z., & Svaricek, R. (2014). Troubles with dialogic teaching. Learning,Culture and Social Interaction, 3(4), 274-285. https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2014.04.001

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991).Doctor-patient communication : The Toronto consensus statement. BMJ : British MedicalJournal, 303(6814), 1385-1387.

Smith, S., Hanson, J. L., Tewksbury, L. R., Christy, C., Talib, N. J., Harris, M. A., Beck, G. L., &Wolf, F. M. (2007). Teaching patient communication skills to medical students : A review ofrandomized controlled trials. Evaluation & the Health Professions, 30(1), 3-21.https://doi.org/10.1177/0163278706297333

Street, R. L., & De Haes, H. C. J. M. (2013). Designing a curriculum for communication skillstraining from a theory and evidence-based perspective. Patient Education and Counseling,93(1), 27-33. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.012

Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Patient trust in thephysician : Relationship to patient requests. Family Practice, 19(5), 476-483.https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.476

Tritter, A., Fitzgeorge, L., Cramp, A., Valiulis, P., & Prapavessis, H. (2013). Self-efficacy and affectresponses to Sprint Interval Training. Psychology of Sport and Exercise, 14(6), 886-890.https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.08.002

Venetis, M. K., Robinson, J. D., Turkiewicz, K. L., & Allen, M. (2009). An evidence base forpatient-centered cancer care : A meta-analysis of studies of observed communication betweencancer specialists and their patients. Patient Education and Counseling, 77(3), 379-383.https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.015

Wahyuni, A. (2018). The Power of Verbal and Nonverbal Communication in Learning. 80-83.https://doi.org/10.2991/icigr-17.2018.19

Wernecke, J., Gollwitzer, C., Müller, P., & Krumrey, M. (2014). Characterization of an in-vacuumPILATUS 1M detector. Journal of Synchrotron Radiation, 21(3), 529-536.https://doi.org/10.1107/S160057751400294X

Zandbelt, L. C., Smets, E. M. A., Oort, F. J., Godfried, M. H., & de Haes, H. C. J. M. (2007).Medical Specialists' Patient-Centered Communication and Patient-Reported Outcomes.Medical Care, 45(4), 330-339. JSTOR.

Partie II/B

Abedini, N. C., Gruppen, L. D., Kolars, J. C., & Kumagai, A. K. (2012). Understanding the effects of short-term international service-learning trips on medical students. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825396d8

Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques : Une démarche de formation professionnalisante ? Recherche & formation, 35(1), 25-41. https://doi.org/10.3406/refor.2000.1668

Baarts, C., Tulinius, C., & Reventlow, S. (2000). Reflexivity—A strategy for a patient-centred approach in general practice. Family Practice, 17(5), 430-434. https://doi.org/10.1093/fampra/17.5.430

Ballon, B. C., & Skinner, W. (2008). "Attitude is a Little Thing That Makes a Big Difference" : Reflection Techniques for Addiction Psychiatry Training. Academic Psychiatry, 32(3), 218-224. https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.3.218

Baribeau, C. (1996). La rétroaction vidéo et la construction des données. Revue des sciences de l'éducation, 22(3), 577-598. https://doi.org/10.7202/031894ar

Binding, L. L., Morck, A. C., & Moules, N. J. (2010). Learning to see the other : A vehicle of reflection. Nurse Education Today, 30(6), 591-594. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.014

Boud, D. (2010). Relocating reflection in the context of practice. In Bradbury, H., Frost, N., Kilminster, S. and Zukas, M. (eds). (2009) Beyond Reflective Practice : New Approaches to Professional Lifelong Learning (p. 25-36).

Bouissou, C., & Aroq, C. (2005). Mémoires professionnels et développement des enseignants en formation : Étude des rapports aux savoirs et des rapports à l'action. Revue des sciences de l'éducation, 31(1), 15-31. https://doi.org/10.7202/012356ar

Brunger, F., & Duke, P. S. (2012). The evolution of integration : Innovations in clinical skills and ethics in first year medicine. Medical Teacher, 34(6), e452-458. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.668629

Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Tattersall, M. H. N., & CUES Team. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues : Evaluation of a communication skills training program. Psycho-Oncology, 17(3), 209-218. https://doi.org/10.1002/pon.1217

Campanale, F. (2007). Analyse réflexive et autoévaluation dans la formation des enseignants : Quelles relations ? In A. Jorro (Éd.), Evaluation et développement professionnel. Editions l'Harmattan. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01172015

Chaubet, P. (2010). La réflexion, processus déclenché et constructeur : Cas d'enseignants de FLS en formation ou en exercice et d'aspirants coopérants internationaux. https://www.academia.edu/23698747/La_r%C3%A9flexion_processus_d%C3%A9clench%C3%A9_et_constructeur_cas_d_enseignants_de_FLS_en_formation_ou_en_exercice_et_d_aspirants_coop%C3%A9rants_internationaux

Correa Molina, E., Collin, S., Chaubet, P., & Gervais, C. (2010). Concept de réflexion : Un regard critique. Éducation et francophonie, 38(2), 135-154. https://doi.org/10.7202/1002160ar

Cressey, P., & Boud, D. (2006). The emergence ofproductive reflection. In Productive Reflection at Work : Learning for Changing Organisations. (Routledge, p. 11-26.).

Cuenot, S., Cochand, P., Lanares, J., Feihl, F., Bonvin, R., Guex, P., & Waeber, B. (2005). L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : Résultats d'une évaluation préliminaire. Pédagogie Médicale, 6(4), 216-224. https://doi.org/10.1051/pmed:2005026

De Cock, G. (2007). Le journal de bord, support de la réflexion sur la pratique professionnelle pour les futurs enseignants en stage [UCL – Université Catholique de Louvain]. https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:5293

Decety, J. (2020). L'empathie en médecine. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 178(2), 197-206. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.12.015

Demeester, A., Vanpee, D., Marchand, C., & Eymard, C. (2010). Formation au raisonnement clinique : Perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. Pédagogie Médicale, 11(2), 81-95. https://doi.org/10.1051/pmed/2010013

Derobertmasure, A., & Dehon, A. (2012). Développement de la réflexivité et décodage de l'action : Questions de méthode. Phronesis, 1(2), 24-44. https://doi.org/10.7202/1009058ar

Dewey, J. (1933). How we think : A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process. D. C. HEATH & CO., PUBLISHERS.

Dory, V., Foy, T. de, & Degryse, J. (2009). L'auto-évaluation : Postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale, 10(1), 41-53. https://doi.org/10.2515/pedmed/20080318

Dowell, J., & Merrylees, N. (2009). Electives : Isn't it time for a change? Medical Education, 43(2), 121-126. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03253.x

Duquesne-Belfais, F. (2008). Répondre aux exigences de la formation des enseignants de l'ASH. L'analyse de pratiques comme lien entre théorie et pratique. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, N° 41(1), 11-24.

Duquette, C., & Dabrowski, L. (2016). A Study of Classroom Inquiry and Reflection Among Preservice Teachers Candidates. McGill Journal of Education / Revue Des Sciences de l'éducation de McGill, 51(1), 575-595. https://doi.org/10.7202/1037360ar

Dyke, M. (2009). An enabling framework for reflexive learning : Experiential learning and reflexivity in contemporary modernity. International Journal of Lifelong Education, 28(3), 289-310. https://doi.org/10.1080/02601370902798913

Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. JAMA, 287(2), 226-235. https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226

Euzet, J. P., & Méard, J. (1996). Identification des incidents critiques et pratique réflexive chez les enseignants débutants de Lycée/Collège débutants. Actes du Colloque International « Actualité de la recherche en Education Physique et Sportive ». Actualité de la recherche en Education Physique et Sportive, Toulouse.

Fabre, M., & Lang, V. (2000). Le mémoire professionnel IUFM est-il professionnalisant ? Recherche & formation, 35(1), 43-58. https://doi.org/10.3406/refor.2000.1669

Fainzang, S. (2004). Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique. Représentations de santé et construction des normes médicales, 12-20.

Fendler, L. (2016). Teacher Reflection in a Hall of Mirrors : Historical Influences and Political Reverberations: Educational Researcher. https://doi.org/10.3102/0013189X032003016

Fiedler, K., & Beier, S. (2014). Affect and Cognitive Processes in Educational Contexts. International Handbook of Emotions in Education Routledge, 36-54.

Good, B. J., Herrera, H., Good, M. J., & Cooper, J. (1982). Reflexivity and countertransference in a psychiatric cultural consultation clinic. Culture, Medicine and Psychiatry, 6(3), 281-303. https://doi.org/10.1007/BF00114195

Gouttenoire, L., Fiorelli, C., Trognon, L., & Roux, C. (2019). Renforcer les capacités réflexives à des fins de développement professionnel : Une grille-repères pour la conception de dispositifs pédagogiques. Phronesis, 8(3-4), 47-61. https://doi.org/10.7202/1067215ar

Guillaumin, C. (2009). La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation. Cahiers de sociolinguistique, n° 14(1), 85-101.

Hargreaves, A. (1994). Development and Desire : A Postmodern Perspective. 51. https://eric.ed.gov/?id=ED372057

Hayward, L., & Charrette, A. L. (2012). Integrating Cultural Competence and Core Values : An International Service-Learning Model. https://doi.org/10.1097/00001416-201210000-00013

Holden, M. M. (2012). Using critically reflective practice when implementing ethical and sensitive spiritual frameworks in social work practice. Reflective Practice, 13(1), 65-76. https://doi.org/10.1080/14623943.2011.626021

Jones, S. H. (2005). (M)othering Loss : Telling Adoption Stories, Telling Performativity. Text and Performance Quarterly, 25(2), 113-135. https://doi.org/10.1080/10462930500122716

Jorwekar, G. J. (2017). Reflective practice as a method of learning in medical education : History and review of literature. International Journal of Research in Medical Sciences, 5(4), 1188-1192. https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20171223

Kelchtermans, G. (2001). Formation des enseignants : L'apprentissage réflexif à partir de la biographie et du contexte. Recherche & formation, 36(1), 43-67. https://doi.org/10.3406/refor.2001.1690

Kolb, D. A. (1981). Experiential Learning Theory and the Learning Style Inventory : A Reply to Freedman and Stumpf. The Academy of Management Review, 6(2), 289–296. https://doi.org/10.2307/257885

Lam, C. M., Wong, H., & Leung, T. T. F. (2007). An Unfinished Reflexive Journey : Social Work Students' Reflection on their Placement Experiences. The British Journal of Social Work, 37(1), 91-105. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl320

Leplat, J. (2000). L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes. octares éditions.

Lison, C. (2013). La pratique réflexive en enseignement supérieur : D'une approche théorique à une perspective de développement professionnel. Phronesis, 2(1), 15-27. https://doi.org/10.7202/1015636ar

Lison, C. (2016). La pratique réflexive en formation initiale d'enseignants : Quels liens avec l'estime de soi, la self-efficacy et la conception du processus d'enseignement-apprentissage ? In P. Buznic-Bourgeacq & L. Gérard (Éds.), L'apprentissage du métier d'enseignant : Constructions implicites, espaces informels et interfaces de formation (p. 79-100). Presses universitaires de Caen. http://books.openedition.org/puc/8109

Macdonald, M. E., Carnevale, F. A., & Razack, S. (2007). Understanding what residents want and what residents need : The challenge of cultural training in pediatrics. Medical Teacher, 29(5), 444-451. https://doi.org/10.1080/01421590701509639

Malterud, K. (2002). Reflexivity and metapositions : Strategies for appraisal of clinical evidence. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 8(2), 121-126. https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2002.00353.x

Mamede, Silvia, Schmidt, H. G., & Penaforte, J. C. (2008). Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. Medical Education, 42(5), 468-475. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03030.x

Mamede, Sílvia, Schmidt, H. G., & Rikers, R. (2007). Diagnostic errors and reflective practice in medicine. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13(1), 138-145. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00638.x

Maubant, P., Routhier, S., Oliveira Araújo, A., Lenoir, Y., Lisée, V., & Hassani, N. (2005). L'analyse des pratiques d'enseignement au primaire : Le recours à la vidéoscopie. Les Dossiers des Sciences de l'Éducation, 14(1), 61-75. https://doi.org/10.3406/dsedu.2005.1209

McIlveen, P., Beccaria, G., Preez, J. du, & Patton, W. (2010). Autoethnography in Vocational Psychology : Wearing Your Class on Your Sleeve: Journal of Career Development. https://doi.org/10.1177/0894845309357048

Ménard, L., & Ratnapalan, S. (2013). Reflection in medicine. Canadian Family Physician, 59(1), 105-107.

Mezirow, J. (1990). Fostering Critical Reflection in Adulthood : A Guide to Transformative and Emancipatory Learning.

Morisse, M., & Lafortune, L. (2015). L'écriture réflexive. Objet de recherche et de professionnalisation. Revue française de pédagogie, 190(1), 132–134.

Mruck, K., & Breuer, F. (2003). Subjectivity and Reflexivity in Qualitative Research—A New FQS Issue. Historical Social Research / Historische Sozialforschung, 28(3 (105)), 189-212. JSTOR.

Nias, J. (1996). Thinking About Feeling :The emotions in teaching. Cambridge Journal of Education, 26(3), 203-306. https://doi.org/10.1080/0305764960260301

Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. Revue française de pédagogie, 138(1), 9-17. https://doi.org/10.3406/rfp.2002.2859

Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.faber.2011.01

Perrenoud, P. (1995). Des savoirs aux compétences. De quoi parle-t-on en parlant de compétences ? Pédagogie collégiale, 9(1), 20-24.

Perrenoud, P. (2004). Évaluer des compétences. Educateur, 8-11.

Piot, T. (1997). Les représentations des enseignants débutants sur leurs pratiques Une clef pour comprendre la construction de la professionnalité enseignante. Recherche & formation, 25(1), 113-123. https://doi.org/10.3406/refor.1997.1433

Plack, M. M., & Greenberg, L. (2005). The reflective practitioner : Reaching for excellence in practice. Pediatrics, 116(6), 1546-1552. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0209

Saujat, F., & Laurent, Y. (2015). L'intervention en milieu de travail éducatif entre visée de transformation et visée de connaissance. Carrefours de l'éducation, 39(1), 19-35.

Schinke, R. J., McGannon, K. R., Parham, W. D., & Lane, A. M. (2012). Toward Cultural Praxis and Cultural Sensitivity : Strategies for Self-Reflexive Sport Psychology Practice. Quest, 64(1), 34-46. https://doi.org/10.1080/00336297.2012.653264

Schön, D. (s. d.). Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Consulté 15 mai 2020, à l'adresse https://www.decitre.fr/livres/le-praticien-reflexif-9782893812267.html

Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner : How professionals think in action. Basic Books.

Shapiro, J., Kasman, D., & Shafer, A. (2006). Words and wards : A model of reflective writing and its uses in medical education. The Journal of Medical Humanities, 27(4), 231-244. https://doi.org/10.1007/s10912-006-9020-y

Shaw, S. J., & Armin, J. (2011). The ethical self-fashioning of physicians and health care systems in culturally appropriate health care. Culture, Medicine and Psychiatry, 35(2), 236-261. https://doi.org/10.1007/s11013-011-9215-1

Smith, E. (2011). Teaching critical reflection. Teaching in Higher Education, 16(2), 211-223. https://doi.org/10.1080/13562517.2010.515022

Stern, D. T., & Papadakis, M. (2006). The developing physician—Becoming a professional. The New England Journal of Medicine, 355(17), 1794-1799. https://doi.org/10.1056/NEJMra054783

Stojiljković, S., Djigić, G., & Zlatković, B. (2012). Empathy and Teachers' Roles. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 69, 960-966. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.021

Tochon, F. V. (1996). Rappel stimulé, objectivation clinique et réflexion partagée : Fondements méthodologiques et applications pratiques de la rétroaction vidéo en recherche et en formation. Revue des sciences de l'éducation, 22(3), 467-502. https://doi.org/10.7202/031889ar

Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le concept de « développement professionnel » en enseignement : Approches théoriques. Revue des sciences de l'éducation, 31(1), 133-155. https://doi.org/10.7202/012361ar

Vacher, Y. (2011). La pratique réflexive. Un concept et des mises en œuvre à définir. Recherche et formation, 66, 65-78. https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1133

Van Beveren, L., Roets, G., Buysse, A., & Rutten, K. (2018). We all reflect, but why? : A systematic review of the purposes of reflection in higher education in social and behavioral sciences. Educational Research Review, 24, 1-9.

Vannotti, M. (2002). L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux, no 29(2), 213-237.

Voz, G., & Cornet, J. (2010). Comment former de futurs enseignants réflexifs ? Quel est l'impact de la formation à la réflexivité ? Comment l'améliorer ? Réponses d'étudiants. Education & Formation, e-294, 43-52.

Wald, H. S., & Reis, S. P. (2010). Beyond the Margins : Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. Journal of General Internal Medicine, 25(7), 746-749. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1347-4

Wentzel, B. (2008). L'insertion professionnelle des enseignants : Jalons pour une lecture compréhensive des limites actuelles d'une dynamique de professionnalisation. Formation et pratiques d'enseignement en questions, 8, 29-44.

Wentzel, B. (2010). Le praticien réflexif : Entre recherche, formation et compétences professionnelles. Actes de la Recherche, 15-35.

Partie II/C

Beaucourt, Christel, et Pierre Louart. « *Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif* », Management & Avenir, vol. 49, no. 9, 2011, pp. 114-132.

Corriveau, Lise, et Lorraine Savoie-Zajc. « *Introduction* », Lise Corriveau éd., Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation. Processus, stratégies, paradoxes. De Boeck Supérieur, 2010, pp. 7-12.

Dumas, Marc, Florence Douguet, et Youssef Fahmi. « *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?* », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, vol. 20, no. 1, 2016, pp. 45-67.

Gagnier, Jean-Pierre, et Linda Roy. « *Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire* », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 50, no. 1, 2013, pp. 85-104.

Gibert Anne-Françoise (2018). « *Le travail collectif enseignant, entre informel et institué* ». Dossier de veille de l'IFÉ, n°124, avril. Lyon: ENS de Lyon. http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=124&lang=fr

Hazan, Jean-Jacques. « *Pour une nouvelle alliance entre parents et enseignants* », Après-demain, vol. n ° 21, nf, no. 1, 2012, pp. 25-27.

Kherroubi, Martine. « *Introduction* », Martine Kherroubi éd., Des parents dans l'école. Érès, 2008, pp. 11-17.

Marcel, Jean-François, Vincent Dupriez, et Danièle Périsset Bagnoud. « *Introduction. Le métier d'enseignant : nouvelles pratiques, nouvelles recherches* », Jean-François Marcel éd., Coordonner, collaborer, coopérer. De nouvelles pratiques enseignantes. De Boeck Supérieur, 2007, pp. 7-17.

Perrenoud, Ph. (1993) « *Travailler en équipe pédagogique : résistances et enjeux* », Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Repris dans Perrenoud, Ph. Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe, Paris, ESF, 1996, chapitre 5.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

Partie II/D

Anheim, Étienne, et Bénédicte Girault. « *L'histoire, entre enseignement et recherche* », Annales. Histoire, Sciences Sociales, vol. 70e année, no. 1, 2015, pp. 141-149.

Boudier, Fabienne, Faouzi Bensebaa, et Adrienne Jablanczy. « *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante* », Innovations, vol. 39, no. 3, 2012, pp. 13-25.

Calafat, Guillaume. « *Expertise et compétences. Procédures, contextes et situations de légitimation* », Hypothèses, vol. 14, no. 1, 2011, pp. 95-107.

Debord, Guy, La Société du spectacle, éditions Buchet/Chastel, Paris, 14 novembre 1967.

Goullier, Francis. « *Quelles conceptions des apprentissages sous-tendent les programmes de langues vivantes en France et en Europe ?* », Administration & Éducation, vol. 152, no. 4, 2016, pp. 79-83.

Lefebvre, Hélène, et al. « Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques », Recherche en soins infirmiers, vol. 114, no. 3, 2013, pp. 31-45.

Pétré, Benoît, et al. « *Patient partenaire : de la pratique à la recherche* », Santé Publique, vol. vol. 32, no. 4, 2020, pp. 371-374.

Mosconi, Nicole. « *Quels savoirs sur l'éducation ?* », Informations sociales, vol. 161, no. 5, 2010, pp. 8-11.
J.-Y. Trepos, La Sociologie de l'expertise, Paris, 1996, p. 120.

Conclusion

Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., Sociologie des institutions. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.