
Capaciter les acteurs et les organisations du soin : un nouveau défi pour l'éthique

Grégory AIGUIER

Centre d'Ethique Médicale/Département d'Ethique
Université Catholique de Lille

Objectifs de la présentation

- Resituer le contexte de mobilisation de la notion d'empowerment comme visée éthique du soin;
- Passer de la visée éthique à la démarche éthique : la capacitation
- Présenter un projet inter-organisationnel visant la capacitation des acteurs et des organisations en contexte gériatrique

SECTION 1

**Un contexte de renforcement de la logique
d'empowerment dans les soins**

Des situations de soins complexes

- ❑ Chronicité, vieillissement, dépendance, situations de handicap,
 - Pathologies plurielles
 - Plus de réponses « évidentes »
 - Impact majeur sur la vie des patients/usagers
 - Nécessité d'une prise en charge globale



Un contexte complexe...

- ❑ ...compte-tenu de l'évolution et de l'impact des progrès technoscientifiques sur les pratiques,
- ❑ ...compte-tenu de la régulation sociale et politique de la santé
 - en matière de choix et de dépenses de santé
 - en matière de droit des patients/usagers
- ❑ ... compte-tenu de l'organisation des soins
 - réseaux de santé (réseaux gérontologiques, etc.)

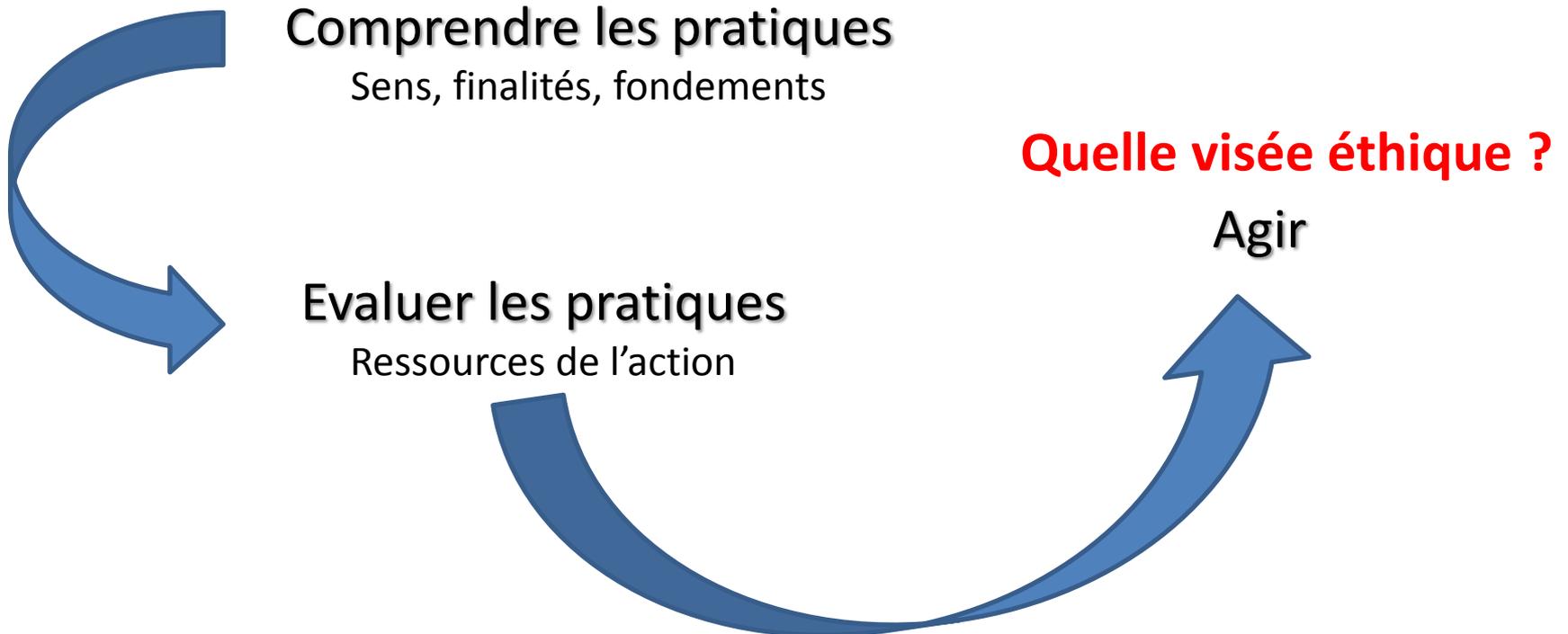
Evolution de l'intervention en santé

❖ Une intervention de « qualité » doit...

- ❑ ...intégrer de manière plus effective le patient (idée de patient-partenaire : Flora, 2015 ; Dumez, 2013);
- ❑ ...se développer dans un cadre collectif (Rothier-Bautzer, 2013);
- ❑ ...s'inscrire dans un cadre social et politique

Un nouvel enjeu pour l'éthique

- ❖ Dans une perspective pragmatique (Aiguier et al., 2015 ; Maesschalck 2020), l'éthique est une ressource d'action que les professionnels doivent développer pour non seulement questionner leurs pratiques (dimension critique et réflexive) mais aussi agir de manière responsable :



L'empowerment comme **visée éthique** du soin

- Développer le « pouvoir d'agir » libre et autonome des patients et donc leur capacité de participation à la construction de leur projet de soins.
- **Un patient-partenaire et non pas une cible !**



SECTION 2

L'empowerment comme visée éthique

L'empowerment en question

- Empowerment = « *pouvoir d'agir libre et autonome* »
- L'empowerment :
 - un processus visant à développer les capacités de participation, de maîtrise et de contrôle individuel sur les décisions et l'action impliquant ses intérêts.
 - une démarche qui nécessite l'association de l'individu aux décisions le concernant et, autant que possible, sa participation par la mobilisation de son potentiel et de ses ressources dans l'action.

Quelles sont les origines de la notion d'empowerment ?

- Diverses sources d'inspiration (cf. Bacqué & Biewener, 2013)
 - La psychologie communautaire (J. Rappaport) :
 - Prise en compte des déterminants sociaux et communautaires de la santé ;
 - Développement de formes plus égalitaires entre soignants et soignés.
 - Les mouvements féministes
 - Mouvement des femmes battues aux USA
 - Mouvements pour l'égalité hommes/femmes

Quelles sont les origines de la notion d'empowerment ?

- La pédagogie de la conscientisation (P. Freire)
 - La conscientisation comme acte de transformation de la société par et pour les opprimés.
- Le pragmatisme social et démocratique (J. Dewey)
 - Il appartient aux acteurs concernés par un problème de s'engager dans le traitement de ce dernier (démocratie participative)
- Les *capabilities* (A. Sen)
 - Le pouvoir d'agir libre et autonome dépend des ressources mises à disposition mais aussi des capacités des personnes à exercer ce pouvoir.

Trois dimensions interdépendantes de l'empowerment

- **La dimension individuelle** : développement d'une conscience critique et d'une capacité d'agir.
- **La dimension interindividuelle, collective et organisationnelle** : développement d'une « capacité d'agir avec et sur ».
- **La dimension sociale et politique** : transformation de la société, de l'environnement, du contexte socioprofessionnel au travers de l'action collective.

L'empowerment comme visée éthique du soin :

Une contextualisation de la visée éthique de Paul Ricoeur ?

| <i>« La vie bonne... »</i> | <i>...avec et pour autrui</i> | <i>...dans des institutions justes »</i> |
|--|---|--|
| JE | TU | IL |
| Dimension individuelle | Dimension interindividuelle | Dimension sociétale |
| La vie accomplie, le sujet responsable, capable d'actions réfléchies et d'initiatives | Le mouvement de soi vers l'autre, l'interpellation de soi par l'autre, l'autre comme soi | La médiation des structures, la mise à disposition des ressources, l'exercice des droits et des devoirs |
| Liberté Autonomie Estime de soi | Fraternité Responsabilité Sollicitude | Egalité Solidarité Justice |



Un point de vigilance : différents modèles de l'empowerment

- Selon, Bacqué & Biewener (2013), on trouve 3 modèles de l'empowerment :
 - **modèle radical** = action collective de transformation sociale (visée d'émancipation).
 - **modèle social-libéral** = centrée sur le sujet, sur l'autonomie et la capacité du sujet à faire des choix intentionnels et à les transformer en actions et résultats.
 - **modèle néolibéral** = capacité à faire des choix, injonction « de se prendre en main ».
 - Quid de la liberté de ne pas vouloir agir ?

Trois grands enjeux de l'empowerment à questionner

- Bacqué & Biewener (2013) appellent à un usage « *contre-hégémonique* » de la notion d'*empowerment*, appuyé sur les critiques sociales et féministes.
- Elles rappellent trois enjeux que comporte la notion :
 1. La reconnaissance et la prise en compte de l'*agency* (capacité à faire des choix) et des subjectivités;
 2. L'articulation entre émancipation individuelle, collective et projet politique
 3. La réflexion sur la nature et les différentes formes du pouvoir.

SECTION 3

**De la visée éthique à la démarche éthique :
la capacitation**

Vers une capacitation des acteurs

Notre hypothèse

- Une pratique de soins visant l'empowerment du patient requiert une démarche de capacitation des acteurs du soin (soignants, patients et leurs proches).
- Le soin devient dans cette perspective un projet collectif, co-élaboré/co-construit par l'ensemble des acteurs qui doivent se rendre capable d'agir.

Qu'est-ce que la capacitation ?

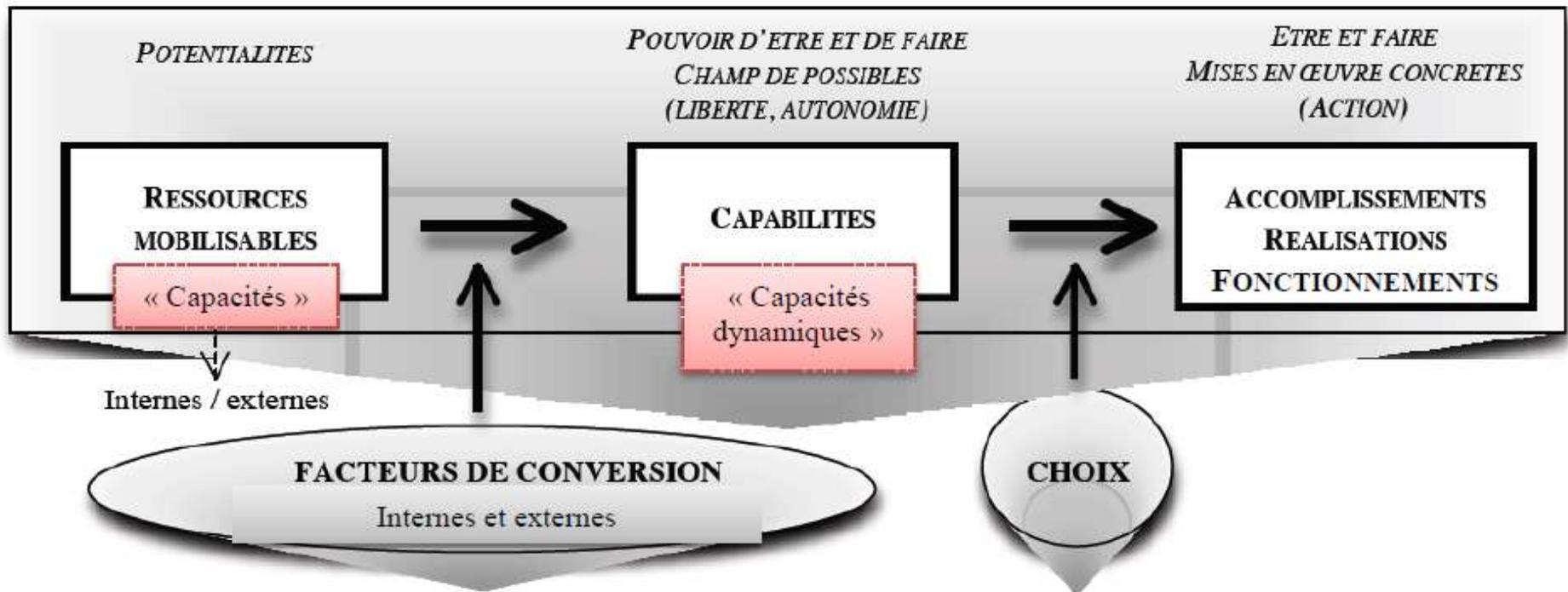
Capacitation ≠ Compétence

- Compétence = un processus sociocognitif visant un savoir-agir complexe qui requiert la mobilisation et l'articulation adéquate de ressources internes et externes à l'individu.

Capacitation ≠ Capacité

- Capacité = savoir faire quelque chose
- Capacitation = être en mesure de faire quelque chose ; disposer d'un réel pouvoir d'agir (renvoie aux capacités de Sen)

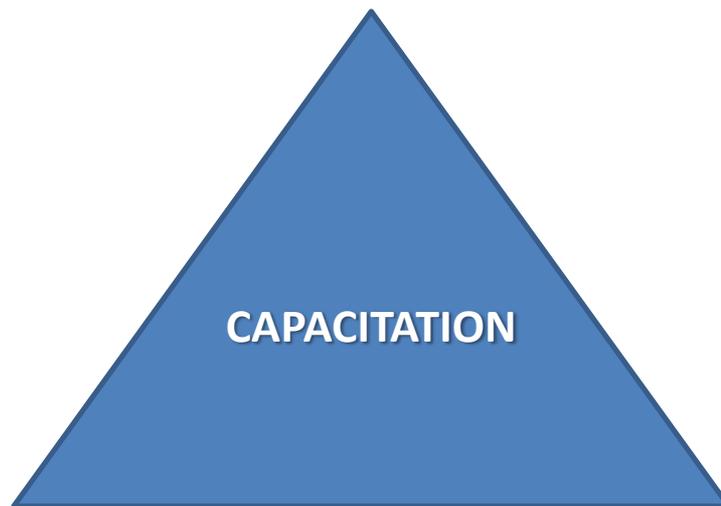
De la capacité à la capacitation : les facteurs de conversion



L'approche par les capacités adaptée de Fernagu-Oudet, 2012

Les ressorts de la capacitation

Vouloir agir
motivation, engagement

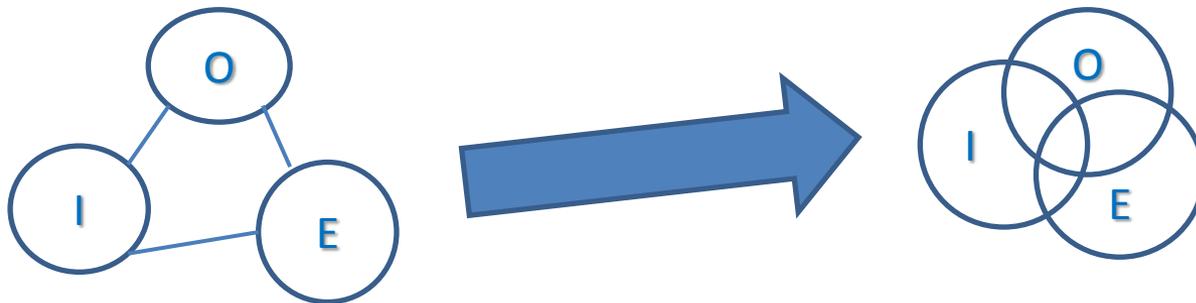


Savoir agir
savoirs, habiletés,
capacités, schèmes,
expérience, compétences

Pouvoir agir
ressources de l'environnement,
dispositifs, etc.

La capacitation: un processus transactionnel

- Organisation et intervention sont interdépendantes et en recherche d'équilibre au sein d'un environnement.
- L'intervention contribue à la transformation de l'organisation
- L'organisation doit favoriser l'intervention capacitante
- Intervention et organisation contribuent à une transformation de l'environnement autant que ce dernier ne les impacte.



La capacitation : un apprentissage collectif...



...et une responsabilité partagée !

- Pas d'intervention capacitante sans une organisation elle-même capacitante !

Fondements de l'apprentissage collectif

1. Un apprentissage par l'expérience (Dewey, 2013)

- apprendre en expérimentant en contexte de nouvelles pratiques, plus collectives.

2. Une démarche réflexive (Schön, 1984) et critique

- Prendre sa pratique comme objet de réflexion
 - « *marcher et se regarder marcher* ».

3. Un apprentissage organisationnel (Argyris & Schön, 2002)

- Faire du soin une problématique commune pour apprendre à construire des compétences collectives et non pas uniquement individuelles.
- Démarche projet

Vers des organisations du soin plus capacitantes

- Un environnement capacitant est « *un environnement qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie.* » (Falzon, 2007, p. 13).
- L'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend à la fois des possibilités (les ressources) offertes par l'environnement mais aussi des capacités des personnes à exercer ce pouvoir (cf. les capabilities de Sen).

Qu'est-ce qu'une organisation du soin capacitante ?

- ❖ Une organisation qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences, de nouvelles pratiques...
- ❖ ... mais aussi d'élargir leurs possibilités d'action (leur créativité);
- ❖ Une organisation qui favorise l'autonomie et contribue au développement des sujets et des **communautés de soin**;
- ❖ Une organisation qui favorise l'intelligence des situations pour ainsi mettre les individus en capacité d'apprendre à co-construire une pratique adéquate de soin en fonction de la singularité des situations.

SECTION 4

Illustration : le projet

« Ensemble bâtir l'interdisciplinarité au service de la personne âgée »

Contexte de départ du projet

- ❖ accroissement du nombre de personnes âgées prises en charge au sein des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille;
- ❖ Recrudescence des états polypathologiques.

Une double nécessité :

- Besoin d'une prise en charge globale intégrant la perspective du patient (projet de soins/projet de vie) et améliorant son bien-être
- Nécessité de développer des pratiques collectives du soin :
 - Partage d'une même visée de soin;
 - Meilleure articulation et coordination des pratiques.

Problèmes liés à la mise en œuvre d'une pratique collective et inclusive du soin

- Des pratiques de soin « *centrées sur* » et non pas construites avec le patient.
- Des cultures professionnelles cloisonnées;
- Des organisations hiérarchiques, bureaucratiques;
- Des approches plus coopératives que collaboratives
 - Distinction entre travail collectif et collectif de travail



Hypothèse du projet : Une pratique collaborative et inclusive du soin, ça s'apprend !

- La collaboration interprofessionnelle ne s'enseigne pas.
- Elle s'apprend en situation.
- Son apprentissage nécessite que les acteurs en expérimentent les conditions de mise en œuvre en contexte authentique (Dewey, 2013).
- L'organisation doit donc devenir apprenante (Argyris & Schön, 2002) et capacitante (Falzon, 2013)



2. Un projet institutionnel

❖ **Constitution d'un groupe-projet** : des soignants, des cadres de santé, des formateurs et des chercheurs en éthique mandatés par leurs organisations pour :

1. Sensibiliser les étudiants et soignants aux enjeux d'une action collective du soin favorisant une prise en charge globale des patients âgés et intégrant ces derniers à la démarche de soins;
2. Contribuer à l'évolution des pratiques du soin et de la formation en santé (gouvernance réflexive)
 - **Projet intégré à une filière gériatrique et labellisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais**

2. Un projet institutionnel

❖ Une double démarche de recherche-intervention et d'intervention-éducative (Aiguier, Poirette et Pélissier, 2015)

1. Animation de sessions de formation à destination d'étudiants en stage
 - Expérimentation de nouvelles pratiques pédagogiques, plus expérientielles et réflexives.
2. Evaluation/Analyse de la démarche
 - Comprendre les ressorts d'une pratique de la collaboration interprofessionnelle en situation;
 - Construire des connaissances/compétences sur l'interprofessionnalité;
 - Repenser les modalités du soin et de la formation en santé.
3. Recherche fondamentale : séminaires, colloques, publications, thèse de Doctorat

Exemple d'un dispositif d'apprentissage du soin expérimenté : Le recours aux méthodes de confrontation

❖ Objectif des méthodes de confrontation (Aiguier *et al*, 2015)

- Comprendre et autoévaluer son agir à partir des traces audiovidéo de son activité (Mollo & Falzon, 2004).
- Envisager les pistes de transformation de son agir.
- Contribuer à un apprentissage actantiel et organisationnel

❖ Fondements théoriques

- Clinique de l'activité (Y. Clot)
- Théories de l'activité (Ergström)

• Champs d'utilisation

- Psychologie du travail, Sciences de l'éducation, Sciences de gestion, Ergonomie

Journal of
**Interprofessional
Care**

<https://informahealthcare.com/ijc>
ISSN 1751-1012 print, 1469-3527 (electronic)
Interprof. Care, July-October 2015
© 2015 Informa UK Ltd. DOI: 10.1080/17511012.2015.1089162

**informa
healthcare**

ORIGINAL ARTICLE

Activity confrontation methods: a reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training

Gregory Aiguier¹, Alexandre Obœuf², Jean-Philippe Cobbaert¹ and Dominique Vanpee³

¹Catholic Institute of Life, Ethics Department/Center of Medical Ethics, Lille, France; ²Université Paris Descartes, UFR STAPS, Paris, France; and ³UCJ, Faculty of Medicine, Brussels, Belgium

Abstract
Integration of interprofessional collaboration into healthcare education and training programmes has become a fundamental issue. Its objective is to learn how to collectively build collaborative care practices that address the uniqueness of each context and the specific situation of the patient. It is also about understanding the general of collectively building collaborative care practices in order to be able to apply it in different contexts. This article describes a study that aimed to examine the value of relying on activity confrontation methods to develop training. These methods consist to film practitioners during an activity and to encourage them to analyse it. It was found that these methods encourage reflective analysis of the motives for pursuing interprofessional action (identifying constitutive factors) but also a metacognitive approach on the conditions of learning (p < 0.05). In addition to the educational dimension (methods and leadership practices) and organisational dimension (frameworks), it was found that the patient's role is essential in developing interprofessional care practice and training (p < 0.05). Given the nature of these findings, this article goes on to suggest that the patient must be considered a "partner" in development and delivery of interprofessional learning and care.

Keywords
Activity confrontation methods, experiential learning, interprofessional education, organisational learning, pragmatism

History
Received 31 August 2013
Revised 31 October 2014
Accepted 1 January 2015
Published online 27 January 2015

Introduction
Interprofessional education (IPE) has become a major component in certain healthcare training programmes (Baett, Greenwood, & Ross, 2003; Kasper, Ehrlich, & Browne, 2014; Reeves, Perre, Goldman, Frenth, & Zawadzka, 2011). Bari, Koppel, Reeves, Hammick, and Jevitt (2005) suggest that three key factors account for this growing interest. First, there are requirements for assuring care quality and patient safety. Studies show a correlation between care quality and the effectiveness of the relationship between professionals (Boill et al., 2002; Ballia, Henriksen, Dale, & Kessling, 2011; Nofra, 2014). Second, changing patterns in care practice for chronic illnesses and the aging population require biopsychosocial care that involves the interaction of several types of professionals. Finally, the shortage of healthcare professionals forces us to rethink the way we organise care and develop the right skills mix. In this context, the World Health Organisation (WHO) has confirmed its support for IPE and practice, putting them forth as strategies having the potential both to promote better clinical outcomes for patients and that can enable effective management of the global health workforce crisis (WHO, 2010).
However, interprofessional collaboration is a complex practice, which makes it difficult to teach. Indeed, interprofessional collaboration depends on changing contextual factors (e.g. Chutkan & Reeves, 2005). These factors may be linked to the way different actors (with their own cultural background, communicative skills and relational skills) interact to organisations (with different management styles and philosophies) and to institutions (with different cultural, social and political systems). Interprofessional collaboration also depends on the patient's clinical situation, on his or her life plan and on his or her uncertain commitment to the care plan. Thus, even when the multiple theoretical approaches used to build interprofessional collaborations (e.g. organisational sociology, social psychology, management and education) provide reference points to better understand the underlying causes, they do not guarantee that actors will be able to implement interprofessional collaboration in an authentic context (Clark, 2006; Coyle, Helme, & Jones, 2006; D'Amour, Ferrelle-Vieljeux, San Martin Rodriguez, & Resnik, 2005; Hoar, Cradick, Hammick, & Hammick, 2012). Interprofessional collaboration must be considered a context-based learning activity that is attentive to the uniqueness of situation, actors and organisations (D'Amour & Chaddars, 2005), thus formal teaching of theoretical content is not enough for inducing interprofessional collaboration.
Authors have suggested that situated, reflexive and non-reflective learning may enable actors to implement a more meaningful interprofessional approach (Gün et al., 2013; Hutchings, Scamone, & Quinonez, 2013). In this context, the learning outcomes for interprofessional care are as follows: learning to collectively and contextually build collaborative care practice and understanding the process for collectively building this

Correspondence: Mr Gregory Aiguier, Catholic Institute of Life, Ethics Department/Center of Medical Ethics, 4 rue du port, Lille, 59046, France. E-mail: gregory.aiguier@univ-catholielille.fr

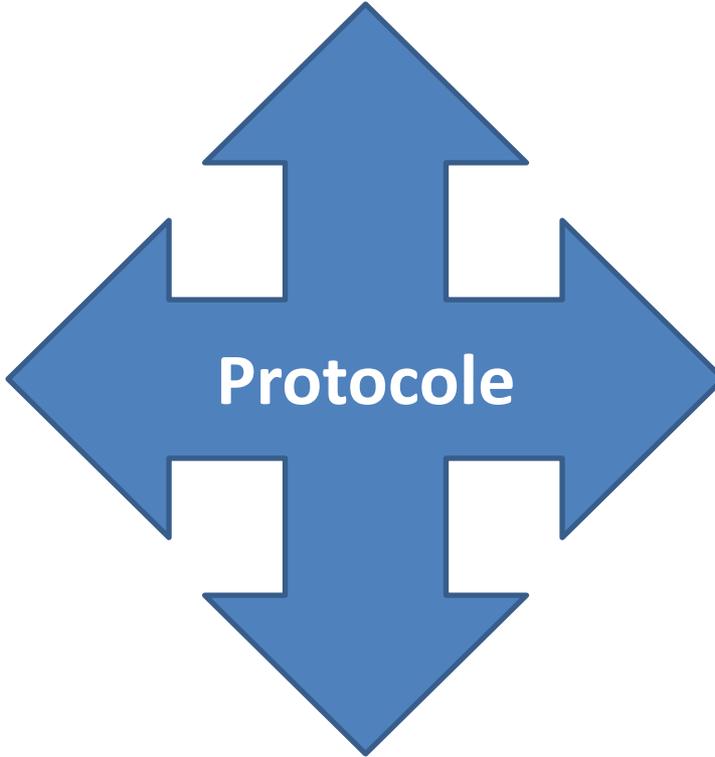
RIGHTS

1

- Travail des étudiants sur le dossier d'un patient hospitalisé
- Débriefing réflexif à chaud
- Autoconfrontation des étudiants à leur propre activité (séquences vidéos choisies par le chercheur)

2

Visionnage et analyse de la vidéo par le groupe de professionnels (préparation de la restitution aux étudiants)



Protocole

4

- Débriefing réflexif du groupe de professionnels
- Autoconfrontation des professionnels à leur propre activité
- Analyse et synthèse

3

Confrontation collective : retour du groupe de professionnels aux étudiants + analyse collective et synthèse

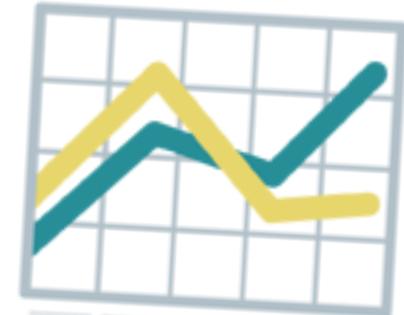
Comment sont recueillies les données ?

1. « Lecture flottante » (Bardin, 1977) des films
2. Retranscription intégrale des échanges
3. Identification des thèmes abordés par les acteurs
4. Regroupement des thèmes en catégories exclusives



Comment ont été traitées les données ?

1. Analyse de l'entièreté de la séquence
2. Analyse du contenu de chacune des catégories
3. Analyse de la dynamique des échanges :
 - Temps global consacré à échanger sur chacune des catégories
 - Temps de parole global de chacun des acteurs
 - Temps passé par chaque acteur à alimenter chacune des différentes catégories

A tilted image of a document or spreadsheet with text, likely representing the data source. The text is too small to read but appears to be a list of items with corresponding descriptions or values.

Qu'avons-nous appris de cette expérimentation des méthodes de confrontation ?

❖ **Emergence inductive des facteurs de l'interprofessionnalité :**

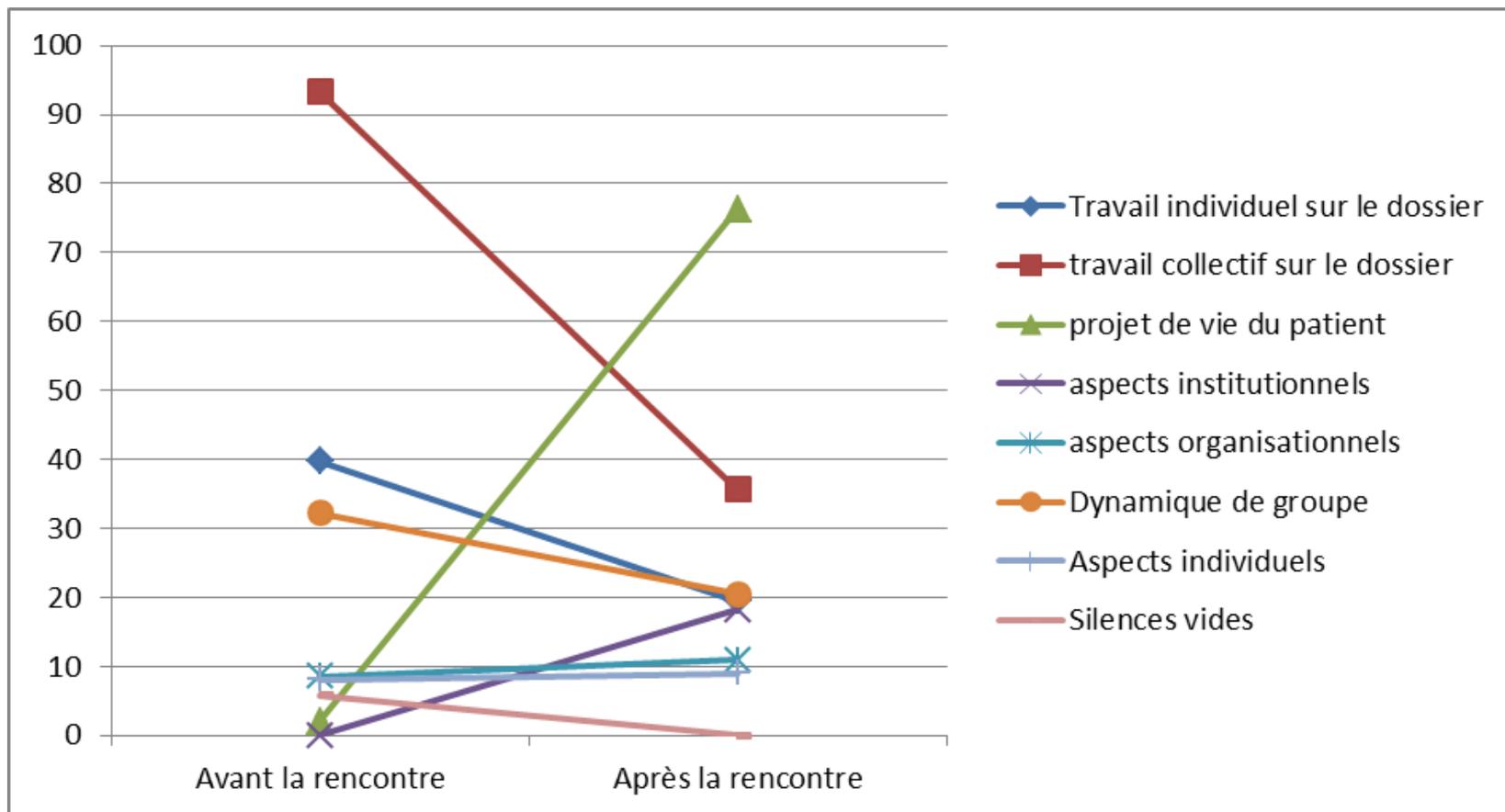
- *Facteurs interactionnels* : communication, relation, identité professionnelle, etc.
- *Facteurs organisationnels* : techniques/outils, organisation du service, etc.
- *Facteurs institutionnels* : culture professionnelle, politiques de santé, etc.

➤ L'apprentissage est plus signifiant (Ausubel, 1968)

❖ **L'expérience déterminante de la rencontre avec le patient :**

- La rencontre étudiants/patient a transformé la dynamique des échanges :
 - des échanges davantage centrés sur le projet de vie du patient après la rencontre
 - Un projet de soin construit « avec » le patient et non pas « pour »

➤ Un patient davantage partenaire



Evolution du temps (en %) consacré à chaque catégorie par l'ensemble des étudiants avant et après la rencontre avec le patient

Qu'avons-nous appris de cette expérimentation des méthodes de confrontation ?

❖ Une montée en complexité de l'analyse réflexive :

- Explicitation des stratégies d'action (« comment on s'y prend »)
- Compréhension des fondements de l'action (« ce qui motive/justifie notre action »)

❖ Les méthodes de confrontation favorisent la gouvernance réflexive de l'apprentissage et des pratiques de soins

- Les formateurs et soignants se voient aussi agir ! (logiques d'acteurs, hiérarchies professionnelles , etc.)

➤ Ce type de démarche peut devenir un outil de gouvernance du soin

Pour conclure

- Les méthodes de confrontation : un dispositif de capacitation des acteurs du soin
- Il n'en reste pas moins utile de questionner la participation du patient : pour l'heure, il reste un partenaire informel.
 - Le « Model Montréal » en question
- La gouvernance de ce type de dispositif, et plus largement l'institutionnalisation du projet est à renforcer.
 - Le projet LABCAP

Projet LABCAP

« *co-élaborer un laboratoire d'apprentissage
capacitant du soin* »



Campagne Horizon 2020 de l'Université Catholique de Lille

Le projet LABCAP

- Objectifs opérationnels : Construire le cahier des charges pédagogiques, techniques et organisationnelles d'un laboratoire d'apprentissage « capacitant » impliquant l'ensemble des partenaires de l'apprentissage (les usagers, les soignants, les formateurs, l'ensemble des organisations du soin et de la formation en santé de l'ICL).



1. Des expérimentations pédagogiques

- Simulation, jeu de rôles (Laboratoire sTimul)
- Usages des technologies
- Pédagogie en contexte authentique

2. La constitution d'une communauté apprenante

- En interne, au niveau des écoles et des établissements de santé;
- En externe : réseau international de recherche et de formation; « voyages apprenants »

3. Une recherche fondamentale sur le soin et son apprentissage

Secteur Santé Social

Cycle de séminaires
Le soin comme apprentissage
« Vers une capacitation des acteurs et des environnements »

DÉPARTEMENT D'ÉTHIQUE
 CHAIRS D'ÉTHIQUE MÉDICALE, ÉTHIQUE ÉCONOMIQUE, ÉTHIQUE EN LA PRATIQUE ET EN SOIN, CONTEMPORAINES

Organisé par le Centre d'Éthique Médicale dans le cadre du projet LABCAP (campagne Horizon 2020 de l'UCL)

en collaboration avec l'unité Hébéphrénologie, Autisme et Développement de la Participation Sociale et inscrit dans le parcours « éthique de la santé » de l'Institut de Santé Sociale et Philosophie (ISSS/DEPH)

Lundi 21 septembre, de 14h à 17h
 Séance introductive

Mardi 6 octobre, à 17h30
 « Qu'est-ce qu'un environnement capacitant ? »

Mercredi 21 octobre, de 14h à 17h
 « Concevoir une organisation : les conditions d'une intervention ergonomique capacitante »

Lundi 23 novembre, de 14h à 17h
 « Le concept d'innovation sociale »

Lundi 23 novembre, de 17h30 à 19h30
 Conférence/Table ronde

Mardi 24 novembre, de 9h30 à 12h30
 « La fabrique des corps hybrides : capacitation et émancipation par la prothèse »

Mardi 24 novembre, de 14h à 17h
 « Le concept d'environnement capacitant de soin revisité à partir de recherches consacrées à la gouvernabilité algorithmique »

Mardi 15 décembre, de 15h à 17h30
 « Quelles conditions pour une gouvernance réflexive des environnements capacitants en contexte de soin ? »

Lieu des séminaires :
 Maison de la recherche
 Université Catholique de Lille
 58 rue du port / 5^{ème} étage

Renseignements et inscription :
 > gregory.alquier@univ-catholille.fr
 > alain.lotte@univ-catholille.fr

Secteur Santé Social

DÉPARTEMENT D'ÉTHIQUE
 CHAIRS D'ÉTHIQUE MÉDICALE, ÉTHIQUE ÉCONOMIQUE, ÉTHIQUE EN LA PRATIQUE ET EN SOIN, CONTEMPORAINES

Organisé par le Centre d'Éthique Médicale dans le cadre du projet LABCAP (campagne Horizon 2020 de l'UCL)

inscrit dans le parcours « éthique de la santé » de l'Institut de Santé Sociale et Philosophie (ISSS/DEPH)

Séminaire

S'approprier le care :
entre subversion, inclusion et régulation sociale

Date 2015 :
 22 octobre
 23 octobre
 26 novembre
 17 décembre

4. Un comité de pilotage institutionnel

- Composition du comité : des soignants, des formateurs, des étudiants, des directeurs d'établissements (écoles, hôpitaux), des responsables RH, des cadres de santé, des chercheurs.
- Missions :
 - réfléchir à l'implémentation de nouveaux dispositifs pédagogiques au sein des curriculums et de la formation continue en santé (DPC)
 - Réfléchir aux modalités d'une nouvelle gouvernance du soin et de son apprentissage (intégration des étudiants, des patients et de leurs proches)

Bibliographie

- Aiguier G. & Loute A. (2016). L'éthique comme apprentissage : vers une capacitation des acteurs et des organisations du soin. *Nouvelles Pratiques Sociales* (à paraître)
- Aiguier G. & Cobbaut J.Ph. (2015). Le tournant pragmatique de l'éthique : enjeux et perspectives pour la formation. *Journal International de Bioéthique*, vol.26 n°4.
- Aiguier G., Poirette S. & Pelissier M.-F. (2015). Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal International de Bioéthique*, vol. 26 n°4.
- Aiguier G., Oboeuf A., Cobbaut J.-PH., Vanpee D. (2015). Activity Confrontation Methods: A reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training. *Journal of Interprofessional Care* (On line before edition]
- Aiguier G. (2014). La visée d'une capacitation éthique des professionnels de santé : des fondements éthiques et pédagogiques aux enjeux de gouvernance réflexive des dispositifs de formation. In M. Beauvais M. & A. Haudiquet. *Éthique et formation : de la recherche à l'ingénierie*. Paris : L'Harmattan, collection « Ingénieries et Formations », pp.167-182.

Bibliographie

- Argyris C. & Schön D.A. (2002/1996). *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Bacqué M.-H., Biewener C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte (Politique et sociétés).
- Clot Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Dewey J. (2010). *Le public et ses problèmes*. Paris : Gallimard.
- Dewey J. (1993). *Logique : la théorie de l'enquête*. Paris : PUF, (1ère édition 1936).
- Elkjaer B. (2009). Pragmatism: a learning theory for the future. In K. Illeris (ed.), *Contemporaries Theories of Learning* (pp.74-89). New York : Routledge.
- Engeström Y., Miettinen R., & Punamäki R.L. (Eds) (1999). *Perspectives on Activity Theory*. Cambridge, New York : Cambridge University Press.
- Fabre M. (2009). *Philosophie et pédagogie du problème*. Paris : Vrin.
- Falzon P. (2013). *Ergonomie constructive*. PUF
- Falzon P. & Mollo V. (2004). Auto and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied ergonomics*, 35 (6), 531-540.

Bibliographie

- Fernagu-Oudet S. (2012). Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. In Bourgeois E & Durand M. (sous la dir.), *Apprendre au travail*, (chapitre 14, pp. 201-213). Paris : PUF.
- Gum L.F., Lloyd A., Lawn S., Richards J.N., Lindemann I., Sweet L., Ward H., King A. and Bramwell D. (2013). Developing an interprofessional capability framework for teaching healthcare students in a primary healthcare setting. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6) pp. 454-460.
- Hean S., Craddock D., Hammick M. & Hammick M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education : AMEE Guide No. 62.
- Hutchings M., Scammell J., Quinney A. (2013). Praxis and reflexivity for interprofessional education: towards an inclusive theoretical framework for learning. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 358-366.
- Maesschalck M. (2012). L'intervention éthique en régime pragmatique. *Journal International de Bioéthique*, 23(3-4).
- Maesschalck M. (2010). *Transformations de l'éthique : de la phénoménologie radicale au pragmatisme social*. Bruxelles : Peter Lang.
- Rothier-Bautzer, E. (2013). L'autonomie du malade chronique, enjeu de nouvelles coopérations interprofessionnelles. *Education Permanente*, 195(2), 109-120.