

R ENCONTRE

Nathalie JAJKIEWICZ

Cadre formateur
à l'I.F.S.I. de Valenciennes

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS*

RÉSUMÉ

Approche Praxistique de l'Intervention Éducative en Institut de Formation en Soins Infirmiers

À l'heure du développement de la promotion de santé en France, il ne va pas de soi de recentrer l'hôpital et les dimensions du soin vers la santé et son éducation. Curatif et préventif ne semble pas encore en complète interaction. Néanmoins, face à l'évolution des conceptions et des politiques, il devient urgent d'éclairer en formation initiale infirmière, les futurs soignants vers leurs nouvelles fonctions en matière d'éducation. Nous proposons donc, dans ce travail, une étude réflexive sur la construction de compétences en pratiques éducatives. Nous pourrions voir comment au travers de cette démarche praxistique, nous aboutirons à l'élaboration de deux axes de travail :

- l'élaboration d'un référentiel de compétences spécifique en santé publique
- la conception d'une stratégie didactique d'apprentissage basé sur le concept de progressivité.

Mots clés : Éducation pour la santé, interventions éducatives, dimension du soin infirmier, profil infirmier, compétences, professionnalisation, formation par alternance, formation-action, référentiel de compétences, stratégie didactique du formateur

SUMMARY

Praxiological Approaches to Educational Intervention at Nursing Training Institutes

The current development of health awareness in France will not be felt in hospitals and other health-care organizations in regards to health and health education. Curative and preventive do not seem to be in complete interaction. None-the-less, in the face of a conceptual and political evolution, it is urgent to enlighten, through initial nursing training, future health-care workers towards new functions in the area of education. Therefore in this study we suggest a reflective study on the creation of practical educational competencies. We will be able to demonstrate through this praxiological approach how we will succeed in elaborating two work models :

- the elaboration of a competency reference pertinent to public health-care
- the conception of a didactic learning strategy based on a progressiveness concept

Key words: Health education, educational interventions, dimensions of nursing care, nurse profile, competencies, instructor's didactic strategy

* Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en éducation et Santé université des sciences humaines Lille.

R ENCONTRE

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

INTRODUCTION

À l'heure actuelle, on parle beaucoup du développement de la promotion de santé dans les hôpitaux, or dans une institution dédiée depuis ses origines à la maladie, à la souffrance et à la mort, il ne va pas de soi de recentrer l'hôpital d'aujourd'hui et de demain sur le patient et la santé.

Il en est de même en IFSI, où la culture de l'acte éducatif n'est pas encore bien inscrite dans les mentalités.

À nous formateurs, de nous mobiliser pour accompagner les étudiants à prendre conscience de l'importance de la promotion de la santé et de leur responsabilité face à l'acte éducatif.

La problématique s'est posée d'elle-même : Comment les pratiques éducatives en santé peuvent-elles prendre sens et se construire en formation initiale infirmière ?

À cette problématique se joignent différentes questions :

- Pourquoi de nos jours, l'éducation pour la santé est-elle autant promue ?
- Quelles sont les compétences que les étudiants doivent mobiliser pour devenir éducateurs de santé ?
- Comment en tant que formateur, pouvons nous amener les étudiants à développer des compétences en pratiques éducatives ?

Pour tenter de répondre à ces différentes interrogations, je me suis inspirée des dires de Michel Vial, ce qui a permis de situer la problématique de départ dans un quadruple cadre de référence.¹

« Tout acteur assurant une fonction de formation déroule ses pratiques dans des situations où agissent un certain nombre de surnormes.

Quatre paraissent fondamentales :

- la commande institutionnelle (lisible dans l'ensemble des textes officiels propres à son institution)
- les référents disciplinaires régissant le corps des contenus de la formation
- les modèles et les théories que le formateur utilise pour éduquer (le projet d'apprentissage)
- l'inscription paradigmatique des acteurs de la situation : l'efficacité rentabilité ».

J'ai donc entamé par le biais de ce travail une analyse réflexive sur l'apprentissage de savoirs professionnels en éducation pour la santé, sur la construction de compétences professionnelles en adéquation avec l'ampleur primée actuelle de la dimension préventive et éducative des soins infirmiers.

Le cadre d'analyse va s'articuler autour de plusieurs logiques et concepts en interaction. Nous sommes bien dans un cadrage systémique.

Pour prendre appui sur les dires de M. Vial, deux paradigmes se doivent donc d'être explorés :

- les références officielles faisant état d'une nouvelle approche de l'éducation pour la santé dans la dimension des soins
- l'approche conceptuelle des compétences sur laquelle vont venir s'appuyer d'autres attributs de concepts tels que la question de la professionnalité, de l'alternance et enfin du concept de formation-action.

Ensuite, nous verrons qu'au travers du parallèle établi entre les références officielles et la clarification des concepts clés, on peut être amené, en IFSI, à proposer une stratégie d'apprentissage qui peut mener à l'élaboration d'un nouveau profil infirmier « éducateur en santé ».

PREMIÈRE PARTIE : UN CADRAGE LÉGISLATIF : LES DIRECTIVES MINISTÉRIELLES FRANÇAISES

1 – LES ENJEUX POLITIQUES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FRANCE

1.1 – Le parcours de 1996 – 2000²

Durant les années 1980, l'observation de la santé est née et s'est développée en France, notamment sous l'égide des observatoires Régionaux de Santé (ORS). L'absence d'indicateurs homogènes se faisant cruellement sentir, c'est à cette tâche que se sont attelés les ORS (données de mortalité, morbidité, offre de soins, recours aux soins...), donnant naissance aux tableaux de bord régionaux.

¹ Vial M. (2000), « La recherche en Sciences de l'éducation et la santé », *Revue Spirale, Numéro spécial Education et santé*, 25, p 119-142.

² Lebrun T. Méréau M, Sailly JC. Communication au 1^{er} colloque international des économistes de la santé », Paris, 3 et 4 février 2000.

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Il a fallu attendre la décennie 90 pour que se mette en œuvre, d'abord timidement, puis de façon plus volontariste depuis le plan de réforme du système de soins français de 1996, un souci de gestion de ce système davantage fondé sur la connaissance et la prise en compte des besoins des populations. La dimension économique de ce plan de réforme est clairement inscrite :

- dans son objet : ordonnances prises pour la maîtrise des dépenses de santé
- dans sa dynamique : Conférences Régionales et Nationales qui ouvrent dialogues et partenariats pour une optimisation de l'utilisation des ressources disponibles.

L'allocation régionale des ressources, en vue d'une réduction des inégalités de santé, participe à ce plan de réforme et exige de décliner l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie au niveau régional en fonction des besoins de santé de la population et des priorités de santé publique.

C'est dans ce contexte que s'intègrent la Conférence Nationale et les Conférences Régionales de Santé dont la présente contribution analyse le rôle, les apports et les enseignements dans la détermination de priorités de santé en France, et ce après une demi-décennie de recul. L'économie de la santé apparaît devoir inscrire ces évolutions du système de santé dans le champ de ses réflexions et de ses recherches.

1.1.1 – Les conséquences du plan Juppé d'avril 1996

L'application des ordonnances Juppé d'avril 1996 comporte plusieurs conséquences, les unes explicites, les autres plus implicites :

- sont explicites
- la nécessaire maîtrise des dépenses de santé que l'on souhaite la plus médicalisée possible,
- un raisonnement concomitant par objectif de dépenses avec élaboration de mécanismes d'enveloppes réparties régionalement et destinées aux différents secteurs de soins.
- de là, une nécessaire déclinaison régionale des ressources avec péréquation nationale des enveloppes entre régions et niveaux de décisions régionaux (Agences régionales d'Hospitalisation (ARH), Programmes Régionaux de santé (PRS) pilotés par les DRASS, par exemple) ;

- sont implicites, dans le plan de réforme :
 - la nécessaire connaissance des besoins des populations,
 - la détermination de priorités nationales et régionales,
 - la mise en œuvre et l'organisation de nouvelles structures régionales (ARH, URCAM, URMEI) et d'actions de santé (PRS) en réponse à ces besoins et priorités.

Tout ceci, dans le cadre contraint de ressources pré affectées.

1.1.2 – La détermination des priorités de santé en France

La réforme de 1996 précise mieux la répartition des compétences entre l'Etat et le parlement, mais les politiques de santé relèvent parfois davantage d'ajustements ponctuels que d'une vision synthétique et durable (Berthod-Wurmster, 1995).

Est soulignée, la difficulté de mettre en œuvre des actions de santé publique qui, ou bien n'apparaissent pas naturellement, ou bien dépassent fortement le seul fonctionnement du système de soins, ou bien encore n'entraînent pas d'emblée une demande sociale, même si des évolutions substantielles se font jour en la matière (Lebrun, 1999).

C'est le début d'un parcours long, non ancré culturellement et qui s'insère dans la longue histoire du système de soins français dont on ne peut changer brutalement l'importance, la structuration, le fonctionnement et les modes d'organisation et de financement.

Les balbutiements sont nombreux, le travail et les réalisations restent empiriques, mais des chantiers sont ouverts en matière :

- d'évolution des concepts et des méthodes en santé publique, en évaluation
- d'élaboration d'une démocratie sanitaire,
- et d'un meilleur résultat pour nos collectivités
- sans oublier l'extension du débat « des politiques sanitaires aux politiques socio-économiques et culturelles ».

1.2 – Le parcours de 2000 à ce jour : Où en sommes-nous?³

Les membres de la Conférence nationale de Santé (CNS) ont approfondi leurs analyses sur l'évolution du système de soins. À partir des apports du CreDES, de la Drees, de l'observatoire européen des systèmes de santé (observatoire de l'OMS pour les 51 Etats d'Europe) quatre thèmes ont été sélectionnés pour les débats de la CNS :

- l'évolution du panier de biens et de service de santé, nouvelle étape pour une problématique déjà débattue en 2000 à partir du rapport du HCSP ;
- l'évolution de la démographie de l'ensemble des professionnels de santé, au cœur des complémentarités entre professions médicales et paramédicales ; mais aussi au carrefour des enjeux d'égalité d'accès aux soins et d'organisation équilibrée de l'offre de soins dans une région ;
- l'aménagement du territoire : il existe une tension entre services à proximité des populations et exigences de qualité ; le territoire, c'est l'espace de vie des citoyens, l'échelle géographique adaptée à une réflexion sur la promotion de la santé ;
- les évolutions des comportements, à la fois des professionnels et de la société civile, en regard de deux évolutions que sont d'une part les développements des systèmes d'information et de communication « Internet », et d'autre part l'évolution des recours en responsabilité pour les soins.

Au carrefour des évolutions attendues du système de soins et des préoccupations régionales, figure la prévention.

1.2-1. Le plan national d'éducation pour la santé⁴

Ne sont présentés ici que les éléments nécessaires à l'articulation des différentes données dans l'intérêt de ce travail.

Le plan national d'éducation pour la santé, présenté en conseil des ministres le 28.02.2001 a pour objectif général que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social

et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte. Il comporte trois axes :

- la mise en place d'un service public en éducation pour la santé, dont l'élaboration de schémas régionaux d'éducation pour la santé, objet de la présente circulaire ;
- le développement de la formation et de la recherche ;
- la valorisation de l'éducation thérapeutique.

Le plan national d'éducation pour la santé est un des éléments permettant de s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé.

L'éducation pour la santé, composante de l'éducation générale, ne dissocie pas les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle de la santé. À ce titre, l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés.

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication, d'intérêt général, dont l'objectif est de sensibiliser la population à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales ;
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la promotion de la santé, sur les moyens de prévention, sur les maladies, sur les services de santé, en utilisant des supports et des formulations variés, adaptés à chaque groupe de population ;
- des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

L'éducation pour la santé se fonde sur les relations humaines : elle nécessite des actions de proximité qui permettent un travail d'accompagnement, de cheminement avec les personnes concernées.

³ Professeur Bodin M. (2001), « Conférence nationale de santé-Rapport 2001 », 27-29 mars, Strasbourg.

⁴ Circulaire DGS/SD6 n°2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Ministère délégué pour la santé.

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

La démarche éducative encourage et organise le débat entre les usagers et les professionnels du système de santé ou du système socio-éducatif. Elle favorise ainsi l'autonomie et la participation des citoyens et donc le développement de la démocratie sanitaire.

L'éducation pour la santé est un ensemble de pratiques mises en œuvre par des professionnels issus de disciplines différentes et exerçant des métiers différents : enseignants, médecins, infirmières, pharmaciens, éducateurs, psychologues, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, diététiciennes, masseurs kinésithérapeutes... Leur qualification en éducation pour la santé est en augmentation régulière depuis une dizaine d'années mais reste encore trop limitée et les offres de formation sont très insuffisantes par rapport aux demandes.

Il paraît donc aujourd'hui nécessaire :

- d'initier à l'éducation pour la santé tous les professionnels concernés par cette activité, dès leur formation initiale ;
- de permettre à tout prestataire de soins d'accéder, en formation initiale ou en cours d'emploi, à des enseignements spécialisés en éducation thérapeutique ;
- de permettre à tout professionnel des secteurs sanitaire, social et éducatif d'accéder, en formation initiale ou en cours d'emploi, à des enseignements spécialisés en éducation pour la santé ;
- de créer des formations universitaires de deuxième et troisième cycle spécialisées en éducation pour la santé.

Quel que soit le niveau de formation, les compétences à acquérir relèvent schématiquement des champs de la santé publique et des sciences humaines (sciences de l'éducation, de la communication, psychologie, sociologie, anthropologie.), ces deux domaines disciplinaires ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais complémentaires. Il est par conséquent souhaitable que les formations à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique reflètent cette interdisciplinarité.

Le plan national d'éducation pour la santé vient renforcer de manière très précise l'importance de former les professionnels tels que les infirmières (iers) à l'éducation pour la santé et souligne bien la notion des compétences à acquérir à ce niveau.

1.2.2 – Le cas du Nord-Pas-de Calais⁵

Analyse succincte du contexte

Le processus de régionalisation des politiques de santé dans l'ensemble des régions françaises a été confronté à l'antériorité des expérimentations locales. Dans cette perspective, le cas du Nord-Pas-de Calais s'est révélé particulièrement intéressant pour un ensemble de raisons. Tout d'abord, ce territoire bénéficie d'une tradition d'intervention publique locale développée et innovante en matière de santé. Ensuite, l'ensemble de la région est marqué par des indicateurs épidémiologiques plutôt alarmants et par un déficit global de la prise en charge sanitaire⁶. De plus, la situation économique et sociale de cette région ayant été singulièrement difficile depuis le milieu des années 1970, elle a profité très tôt des expérimentations « politiques de la ville » et des programmes européens de lutte contre la pauvreté. Enfin, l'évolution nationale favorable à la participation des usagers des politiques de santé a rencontré, dans le Nord-Pas-de Calais, des tentatives pré-existantes d'introduction de pratiques pour s'appuyer sur la participation des usagers.

La régionalisation des politiques de santé dans le Nord-Pas-de Calais

Dans le Nord-Pas-de Calais, la première conférence régionale de santé s'est déroulée en avril 1996, lors de cette manifestation, le jury a déterminé quatre priorités régionales de santé publique : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les conduites de consommation, santé et précarité. Une cinquième priorité a été introduite, suite à la conférence de 1997, la santé des jeunes. Le premier programme régional de santé faisant suite à la définition des priorités est celui ciblant le cancer, en 1998. Les autres thématiques sont concrétisées en 1999. Ces expériences sont basées sur des pratiques partenariales stables entre la Drass, le Conseil régional, les Conseils généraux du Nord-Pas-de Calais, la Caisse régionale d'assurance maladie, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, et l'Union régionale des médecins d'exercice libéral. À cet égard, il faut souligner le très fort investissement des collectivités locales de la région par rapport aux pratiques mises en place dans l'ensemble du territoire national⁷.

⁵ Loncle P, Schaezel F. (2001), « Article paru dans la revue Pouvoirs locaux », *Septembre*.

⁶ « Dans la mesure où nous gagnons en moyenne un an d'espérance de vie tous les quatre ans, c'est un peu comme si vingt ans de développement séparaient le Nord-Pas-de-Calais de la région Midi-Pyrénées en termes de résultat sur l'état de santé » (Polton, 1998).

⁷ ADSF, n°30, mars 2000.

Actuellement en 2002, les programmes régionaux de santé sont au nombre de six :

- PRS Conduites de consommation à risques
- PRS Précarité et santé (PRAPS)
- PRS Santé Cardio-vasculaire
- PRS Santé des enfants et des jeunes
- PRS Cancers Challenge
- PRS Santé et Environnement (PRASE)

Le PRS est donc un outil opérationnel de santé publique, s'appuyant sur l'existant et se caractérisant par les principes suivants :

- la volonté d'agir pour améliorer l'état de santé des populations ;
- la mobilisation et la coordination des acteurs ;
- une démarche méthodologique rigoureuse.

Les conditions requises pour l'établissement des PRS sont les suivantes :

- la durée est à moyen terme (cinq ans) ;
- la démarche doit être centrée sur la population ;
- la démarche est globale et prend en compte la prévention, la prise en charge et l'accompagnement ;
- la démarche est multipartenariale et centrée sur le territoire.

Les objectifs visent :

- la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics
- l'implication des populations et des professionnels
- la structuration de la promotion, de la prévention et de l'éducation pour la santé.

On le voit, le projet est ambitieux, révolutionnaire, puisqu'il tend à proposer une réponse de synthèse aux problèmes sociaux et de la santé des territoires. À l'appui de ce projet, la logique de ces pratiques et initiatives, en matière de financement, de décision et de déclinaison territoriale est sous-tendue par le même fil conducteur : regrouper autour des questions de santé publique l'ensemble des financeurs et décideurs ; obtenir un consensus sur les opérateurs et les initiatives qu'il convient de soutenir ; renforcer la cohérence ; s'appuyer sur les expériences préétablies et dépasser ces expériences dans les territoires non encore pourvus.

Pour renforcer cette dynamique en santé sur les territoires et au plus près des habitants, le préfet M. Rémy Pautrat a annoncé lors de la Conférence Régionale de santé du 12.12 2000 l'élaboration dès 2001 des Programmes Territoriaux de Santé. (PTS)

Les Programmes Territoriaux de Santé⁸.

Les Programmes Territoriaux de Santé se veulent la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et intégré d'activités en vue d'améliorer la santé d'une population déterminée sur un territoire.

Les PTS répondent à la nécessité d'articuler à l'échelle du territoire les initiatives et politiques développées dans le domaine de la santé en relation avec les besoins recensés et les ressources disponibles.

Sont concernés par l'élaboration des PTS : la population, les professionnels de santé, l'ensemble des opérateurs du champ de la santé et du social ainsi que les collectivités et organismes oeuvrant dans le domaine de la santé : Etat, Conseil Régional, Conseils Généraux, Communes et structures intercommunales, organismes de protection sociale.

En faisant de la participation des citoyens, un des axes majeurs des PT.

Les PTS présentent un atout supplémentaire : l'implication des citoyens dans leur propre santé et sur leur territoire. « Il s'agit de développer la notion de capital santé autour d'une véritable politique de promotion de santé, adaptée aux priorités de santé »⁹

Pour conclure, il semble que la région Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'une tradition bien établie en matière de partenariats territoriaux et que l'on peut augurer du devenir positif de ce processus de régionalisation des politiques de santé.

Au terme de cette étude, sur la dynamique des politiques en matière de santé en France et principalement dans la région Nord-Pas-de-Calais, nous retiendrons quelques points clés nécessaires pour la suite de ce travail :

- Nous sommes dans une période charnière où nous passons d'un système fondé essentiellement sur une stratégie du curatif vers un système de santé plus global comprenant la prévention, le dépistage, l'éducation et l'information sanitaire ainsi que l'accompagnement et le suivi médico-social en plus des soins.
- La notion d'équipe pluridisciplinaire est renforcée.
- La coordination des actions en santé est nécessaire pour donner du sens aux populations visées.

⁸ <http://www.npcprev.sante.gouv.fr>

⁹ <http://www.sante.gouv.fr/egs/l-demarche/confreg/12propos.htm>

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

- **Partir des besoins locaux en santé est nécessaire afin d'optimiser une politique de proximité et son financement.**
- **Les usagers sont enfin considérés comme acteurs à part entière dans la prise en charge de leur santé et contribuent à améliorer ou préserver leur territoire.**
- **La formation des professionnels médicaux et paramédicaux est nécessaire afin de valoriser la dimension préventive de l'acte de soins.**

DEUXIÈME PARTIE : UN CADRAGE ACADÉMIQUE : COMMANDE INSTITUTIONNELLE ET DISCIPLINAIRE

2 – LA PROMOTION DE SANTÉ ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ AU SEIN DE LA FORMATION INITIALE INFIRMIÈRE

2.1 – Le déroulement et contenu de la formation initiale infirmière

Au préalable, il est nécessaire de préciser que nous sommes en plein bouleversement législatif, via le programme de formation.

En effet, le programme du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier, était à l'époque déjà une révolution dans la profession car il permit de regrouper deux types de formations jusqu'alors fort distinctes : le programme d'infirmiers en soins généraux et le programme d'infirmiers en soins psychiatriques. Il s'agissait d'un premier pas significatif vers une fusion de deux formations que la création de ce diplôme d'infirmier polyvalent a permis de rendre effective.

Actuellement, ce programme n'est pas complètement remis en cause, néanmoins certaines modalités relatives :

- aux condition d'admission dans les IFSI ;
- à la répartition horaire des enseignements théoriques et cliniques de la formation ;
- au contenu des stages et à leur indemnisation ;
- à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études, qui ont été modifiés principalement par l'arrêté du 6 septembre 2001 complétés par ailleurs par d'autres textes y apportant des précisions.

Ces modifications ont un grand intérêt pour l'élaboration de ce travail car elles visualisent l'évolution et l'ampleur primée par les politiques de santé sur la prévention et l'éducation pour la santé au sein des études d'infirmières (iers).

Cependant il est important de prendre en compte que l'application effective des ces nouvelles modalités ne s'applique qu'à partir de l'année 2001, donc avec la promotion en cours Année 2001-2004.

Les 2^{ème} Année (Promotion 2000-2003) et les 3^{ème} Année (Promotion 1999-2002) fonctionnent avec les modalités du programme du 23.03.1992.

2.1.2 – Organisation du temps de formation

L'ensemble du programme se déroule sur trois années, soit 132 semaines ou 4620 heures d'enseignement et 4 semaines ou 140 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4760 heures.

Pendant la durée de leur formation, les étudiants ont droit à 27 semaines de vacances réparties annuellement de la façon suivante : 2 semaines en hiver, 2 semaines au printemps, 5 semaines en été.

Répartition horaire des enseignements théoriques et cliniques de la formation préparant au diplôme d'Etat d'Infirmier.

Enseignements	Heures
Enseignements théoriques obligatoires	2080
Enseignements théoriques optionnels obligatoire	160
..... TOTAL	2240
Stages cliniques obligatoires	1680
Stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques	700
..... TOTAL	2380
Suivi pédagogique	140
..... TOTAL GENERAL	4760

2.1.3 L'enseignement théorique

La formation est organisée en 30 modules dont le volume varie entre 40 et 360 heures ; 28 modules sont obligatoires ; 2 optionnels sont choisis par les étudiants sur une liste proposée par les instituts avec comme objectif un approfondissement des connaissances dans

un domaine tel que la cardiologie, la psychiatrie, la santé publique et communautaire...

Les 28 modules obligatoires sont composés :

- de 6 modules globaux transversaux qui traversent les 3 années d'études
- Sciences Humaines
- Anatomie-Physiologie-Pharmacologie
- Législation, Ethique, déontologie, Responsabilité, Organisation du travail (LEDRO)
- Santé Publique
- Soins Infirmiers
- Hygiène (80 heures)
- de 22 modules spécifiques dont la répartition au sein des années d'études est laissée au choix des équipes pédagogiques.

2.1.4 Les stages cliniques

Ils ont pour but l'apprentissage des gestes techniques et l'initiation progressive de l'étudiant aux prises de responsabilités qu'impliquent les différentes prestations de soins infirmiers et leurs protocoles de mise en œuvre.

Répartition des stages cliniques

La répartition des stages cliniques obligatoires doit être équilibrée sur les 3 années d'études. Elle ne peut, pour une année, être inférieure à 12 semaines.

Sont allouées aux étudiants et ce pour la 1^{ère} fois depuis les programmes infirmiers : une indemnité de stage et une indemnité de déplacement selon des critères énoncés dans l'arrêté du 6.09.2001 et dans la circulaire du 3.10.2001 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

Citons une particularité définie par le nouvel Arrêté du 6.09.2001 :

« Au cours de la formation, les étudiants ont la possibilité d'effectuer deux stages de santé publique dans le secteur extrahospitalier, chacun d'entre eux ayant une durée maximale de quatre semaines en étant encadrés par des professionnels non infirmiers. Dans ce cas, un contrat d'encadrement, doit être conclu entre l'équipe pédagogique et la structure d'accueil définissant les objectifs, le déroulement et les critères d'évaluation du stage. »

Répartition des stages cliniques

DISCIPLINES	SEMAINES	HEURES
MÉDECINE	8	280
CHIRURGIE	8	280
SANTE MENTALE ou PSYCHIATRIE	8	280
PEDIATRIE ou PEDO-PSYCHIATRIE	4	140
SANTÉ PUBLIQUE	8	280
GÉRIATRIE ou GÉRONTO-PSYCHIATRIE	8	280
RÉANIMATION, URGENCES, SOINS INTENSIFS, BLOC OPÉRATOIRE	4	140
TOTAL	48	1680
FORMATION CLINIQUE laissée à l'appréciation de l'équipe enseignante de l'IFSI		
DISCIPLINES	SEMAINES	HEURES
« 20 semaines organisées librement par les équipes pédagogiques en fonction du potentiel de stage, du projet pédagogique de l'IFSI et du projet professionnel de l'étudiant. Ces stages se déroulent dans trois disciplines différentes. Parmi ceux-ci, est mis en place un stage de projet professionnel, d'une durée de 8 semaines au minimum et de 12 semaines maximum. Ce stage se déroule en fin de formation. »	20	700
TOTAL GENERAL	68	2380

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

2.1.5 Evaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier (Arrêté du 6 septembre 2001)

	Évaluations théoriques	Évaluations cliniques	Stages
O B J E T	<ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation des modules présentant un caractère global et transversal est intégrée à celle des autres modules (cotation différenciée) - L'enseignement est évalué sous forme d'un contrôle de connaissances obligatoire, ces contrôles prennent la forme de multi questionnaires et de cas cliniques - Modules optionnels 1^{er} module en 2^{ème} Année 2^{ème} module en 3^{ème} Année 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en situation professionnelle (MSP) destinée à évaluer les capacités de l'étudiant compte tenu du stade de formation auquel il est parvenu à élaborer une ou des démarches de soins ou des actions de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - Note et appréciation précise et motivée, communiquée à l'étudiant au cours d'un entretien à chaque stage
O R G A N I S A T I O N	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} Année : 5 évaluations notées /20 - 2^{ème} Année : 6 évaluations notées /20 - 3^{ème} Année : 5 évaluations notées /20 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 MSP notées /20 Démarche de soins à une personne ou démarche de santé publique /10 Réalisation des soins ou actions de santé publique /10 - 2 MSP notées /20 Démarche de soins pour 2 à 6 personnes /10 Organisation et réalisation des soins /10 1 évaluation notée /10 pour le module optionnel - 2 MSP notées /20 Démarche de soins pour un groupe de personnes ou démarche de santé publique /10 Organisation et réalisation des soins ou actions de santé publique /10 1 évaluation notée /10 pour le module optionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque stage /20 - Chaque stage /20 - Chaque stage /20
Q U I	<ul style="list-style-type: none"> - Un enseignant de l'IFSI ou autre personne ayant participé à l'enseignement 	<ul style="list-style-type: none"> - Un enseignant de l'IFSI et une personne responsable de l'étudiant en stage 	<ul style="list-style-type: none"> - Personne du service responsable de stage en collaboration avec l'équipe
Q U A N D	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le trimestre qui suit le module 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de la deuxième semaine de stage 	<ul style="list-style-type: none"> - A l'issue de chaque stage

	Évaluations théoriques	Évaluations cliniques	Stages
R A T T R A P A G E	<ul style="list-style-type: none"> - Si note <10/20 une épreuve écrite de rattrapage organisée selon les mêmes modalités que celle de l'évaluation initiale - Avant la rentrée scolaire suivante - Les notes obtenues à chacune de ces épreuves de rattrapage se substituent à la note obtenue à l'évaluation initiale si elle est supérieure à celle-ci - L'évaluateur doit être différent de celui qui a évalué le premier contrôle de connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - Si note moyenne <10/20 ou si note <8/20 à 1 MSP, une MSP de rattrapage est organisée - Au cours d'un autre stage de l'année - Un enseignant de l'IFSI responsable de l'étudiant en stage - Les évaluateurs doivent être différents de ceux qui ont évalué les MSP initiales 	
Passage en 2 ^{ème} , et 3 ^{ème} Année	<ul style="list-style-type: none"> - Note > 50/100 (1^{ère} et 3^{ème} Année) - Note > 60/120 (2^{ème} Année) - Pas plus de deux notes <10/20 - Pas de note <à 8/20 	<ul style="list-style-type: none"> - Moyenne > 10/20 - Pas de note < 8/20 	<ul style="list-style-type: none"> - Moyenne > 10/20 - Pas plus de 2 notes <8/20
D.E.	<ul style="list-style-type: none"> - L'épreuve écrite : Un travail écrit de fin d'études de 15 à 20 pages Thème d'intérêt professionnel Jury de 2 pers (cadre enseignant et personne qualifiée dans le domaine traité) Notée sur 60 pts (30 pts pour écrit et 30 pts pour soutenance) Durée : pas plus d'une heure, préparation incluse 	<ul style="list-style-type: none"> - La MSP Pendant l'un des 2 derniers stages de 3^{ème} Année hormis le stage du projet professionnel Dans le service hospi ou extra hospitalier Prise en charge d'un groupe de 2 à 10 personnes Durée : 2 à 4 heures Notée sur 60 pts (30 pts pour les Démarches de soins et 30 pts pour les soins) 	

«L'étudiant qui à l'issue des épreuves de rattrapage ne satisfait pas à l'ensemble des conditions définies pour l'admission, peut être autorisé à redoubler par le Directeur de l'IFSI après avis du Conseil Technique. Il perd le bénéfice de l'ensemble des évaluations réalisées au cours de l'année d'études qu'il avait effectué».

2.2 - Les enjeux pédagogiques du programme du 23.03.1992 modifié par l'arrêté du 6.09.2001

Nous allons essayer de mettre en évidence les modalités pouvant marquer la modification du profil des étudiants infirmiers.

Ce qui existait depuis 1992

- La cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles ;
- Le dynamisme du projet de formation fondé sur la progression et le renforcement des connaissances régulièrement réactualisées ;

- L'accent mis sur une pédagogie active basée tant sur le questionnement que sur le contenu
- Le renforcement des sciences humaines en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné ;
- Le développement de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice, avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé (Une formation par alternance) ;
- L'importance accordée à la responsabilisation de l'étudiant pour lui permettre, tout au long du cursus des études, d'élaborer son projet professionnel ;
- Un suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci ;

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Ce qui a été renforcé avec l'arrêté du 6.09.2001

- Le renforcement de la pratique gestuelle par la mise en place de 20 semaines de stage que les IFSI organisent librement en fonction du potentiel de stage existant au plan local, du projet pédagogique de l'IFSI et du projet professionnel de l'étudiant. Ces stages se déroulent dans trois disciplines différentes;
- Le renforcement du projet professionnel de l'étudiant par la mise en place d'un stage dit « de projet professionnel » d'une durée de 8 semaines au minimum et de douze semaines au maximum, inclus dans les 20 semaines citées précédemment;
- Le renforcement des stages de santé publiques par l'extension de 4 semaines au lieu de trois préconisée en 1992 avec la possibilité d'un encadrement assuré par des professionnels non infirmiers, en 1^{ère} année et en 3^{ème} année;
- La reconnaissance normative de la dimension éducative par la possibilité d'effectuer au sein des stages de santé publique: des évaluations cliniques comprenant une démarche de santé publique et des actions de santé publique (celles-ci n'étaient pas instituées par le programme auparavant mais pouvaient exister de part le projet pédagogique);
- Le positionnement intellectuel de la profession par l'épreuve écrite du Diplôme d'Etat qui est validée par un travail écrit de fin d'études (TEFE) avec un thème d'intérêt professionnel: TEFE dont les thématiques peuvent être variables mais souvent portées sur l'éducation pour la santé, ainsi que l'éducation thérapeutique patient; On peut dire que la dimension éducative se trouve renforcée. Ce renforcement existe d'autant plus que l'on peut le mesurer plus précisément avec les textes régissant la profession, qui eux aussi ont été revus, et exploités de façon différente.

2.3 - Les textes régissant la profession d'infirmier

Nous ne ferons apparaître que les éléments importants des trois principaux textes régissant la profession, dans le souci analytique de servir au mieux l'intérêt de ce travail.

- **Décret N°93-221 du 16 février 1993** Relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Chapitre 1 – Devoirs Généraux

Art. 20. - « L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, **d'éducation de la santé**, de **formation** ou de **recherche**, une autre

activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. »

- **Décret N°2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier modifiant le décret du 15.03.1993.

Le décret du 11 février 2002 comprend 14 articles dont 42 actes relevant du rôle propre infirmier (c'est à dire les soins que l'infirmière (ier) peut engager seul sans prescription médicale.

L'organisation du présent décret est modifiée dans sa conception et renforce la responsabilité et l'engagement des professionnels.

Dans sa forme, le décret est restructuré dans ses articles, ce qui met en évidence un nouveau cadrage de l'exercice professionnel avec un champ d'actions plus élargi.

Dans son contenu, trois grands axes se dégagent :

- La responsabilité législative et professionnelle est augmentée;
- La collaboration avec l'ensemble des professionnels pour la mise en œuvre des soins infirmiers se trouvent renforcée;
- La matière « santé publique », la qualité des soins et sa conception et analyse, ainsi que la gestion des outils propres à l'activité infirmière se trouvent valorisées;

Nous traiterons donc surtout du cadrage « santé publique ».

Art 1^{er}.

On y repère différents éléments tels que :

- « [...] *recueil de données cliniques et épidémiologiques* [...] »;
- « [...] *la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.* »;
- « *Les infirmiers exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médicosocial et du secteur éducatif* »;

Art 2.-

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...] dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociale et culturelle [...] »;

Art 14.-

On y repère différents éléments tels que :

- « Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires » ;
- « Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité » ;
- « Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives » ;
- « Éducation à la sexualité » ;
- « Participation à des actions de santé publique » ;
- « Recherche et participation à des actions en équipe pluridisciplinaire » ;
- « [...] toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes »

2.4 - Les appuis idéologiques de la promotion et de l'éducation pour la santé au sein de l'institut de formation en soins infirmiers

Il serait trop difficile d'expliquer la complexité des réflexions menées depuis des années au sein de l'IFSI sur ce sujet.

Nous ne retiendrons donc que quelques points d'ancrage sur lesquels repose la formation des étudiants infirmiers dans le champ de l'éducation pour la santé :

- La définition de la santé parue dans la circulaire n° 385 DGS/PGE/1A du 31 octobre 1985 relative aux propositions d'orientation pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé.

« La santé ne peut être définie comme une absence de maladie, mais comme un état harmonieux entre l'homme, les hommes et l'environnement »

- La charte d'Ottawa de 1986 qui inscrit l'éducation pour la santé dans une politique de promotion de la santé. « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens

davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. Il est crucial d'apprendre aux gens à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial et professionnel, et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et dans les institutions elles-mêmes ».

Nous sommes donc inscrits dans une démarche où l'adoption de comportements favorables à la santé est l'un des objets essentiels de l'éducation pour la santé.

Pour reprendre les dires de Bernard Kouchner¹⁰ : « L'éducation pour la santé a donc pour but que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ».

- Nous sommes également inscrits dans une démarche holistique incluse dans le domaine biopsychosocial de la santé :

Dans ce sens, l'éducation appliquée à la santé s'inscrit dans une approche dite appropriative c'est-à-dire « un processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de sa diversité, de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et contraintes pour les traduire en prise de décisions pour son avenir » (Rimouski, 1998).¹¹

- Nous sommes également conscients des limites que proposent les modèles constructivistes et béhavioristes « qui ne peuvent rendre compte de l'étiologie multifactorielle de l'éducation appliquée à la santé ».¹²

- Enfin face à la responsabilité professionnelle de l'infirmière (ier), nous sommes conscients des réflexions éthiques à mener dans le cadre de l'éducation pour la santé.

« Un territoire immense est désormais à défricher : celui d'une éducation à la santé, dans le cadre obligé de la promotion de sa santé, dont l'objectif n'est pas de parler au public de sa santé, mais de lui donner l'aptitude de parler de sa santé et des éléments qui la contraignent ou la favorisent, des choix à faire, des décisions à prendre, du bien à faire et du mal à éviter, de l'autonomie et de la justice sociale.

¹⁰ Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2002 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

¹¹ Billon J. (2000), « Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé », *Revue de recherches en Éducation*, 25, p17-29.

¹² Ibid

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

L'éthique, non plus comme réflexion sur l'éducation à la santé, mais comme l'objet de celle-ci.¹³

- Nous sommes donc dans le cadre de l'éducation pour la santé dans une dimension éthique où les éducateurs pour la santé, pour éviter des dérapages doivent s'imposer des règles.

Pour cela, nous faisons référence à Brigitte Sandrin-Berthon¹⁴ :

« (...) les éducateurs pour la santé s'imposent actuellement deux règles :

1. ne jamais considérer la santé comme un but en soi, comme une valeur suprême au-dessus de tout autre, mais uniquement comme un moyen « d'accéder à ».
2. développer à tous niveaux une démarche participative qui associe l'ensemble de la communauté (élèves, enseignants, parents...) au processus d'éducation pour la santé [...] »

« La participation réelle des jeunes à la mise en place et à la réalisation des activités de promotion de la santé est parfois considérée comme une utopie ou un vœu pieux. Elle est en fait le seul garant d'une démarche qui respecte une éthique de la santé et de l'éducation et ne fait pas de la population considérée « l'objet » mais le « sujet » d'une démarche de responsabilisation.

Il faut toutefois avoir conscience que même ces recommandations relèvent d'une certaine forme d'idéologie et que la neutralité n'existe pas dans ce domaine. Toute action que nous entreprenons est le véhicule de valeurs acceptables à l'époque à laquelle nous vivons ».

A l'issue des réflexions et du constat académique posé, on a pu voir que l'IFSI a pour mission première de proposer sur le marché des professionnels polyvalents et compétents, responsables, autonomes, et pouvant s'adapter à l'évolution des besoins en santé des personnes.

Le programme d'enseignement en soins infirmiers peut être présenté « comme une somme d'exigences codifiées par des textes de loi, expression d'une norme sociale prescrite¹⁵ ».

Pour mener à terme cette formation, les objectifs de l'IFSI s'articulent autour de deux pôles :

- développer des savoirs théoriques et cliniques en référence au programme de formation ;
- développer des capacités d'apprentissage et des **compétences** en terme d'adaptation à une **réalité professionnelle** par l'intermédiaire d'un dispositif de **formation en alternance** (IFSI/stages).

Suite aux bouleversements présentés par les nouvelles orientations du programme de formation en regard du module de santé publique et plus précisément des pratiques éducatives en santé, il semble opportun d'orienter ce travail vers l'étude de concepts qui ont transpiré jusqu'alors et qui vont être les piliers réflexifs sur lesquels, nous pourrons ensuite étayer nos hypothèses d'actions.

Il convient donc de clarifier les concepts tels que la compétence, la professionnalisation, la formation par alternance et enfin la formation-action.

TROISIÈME PARTIE : UN CADRAGE CONCEPTUEL

3 - LE CADRE CONCEPTUEL

3.1 - Le concept des compétences dans sa globalité¹⁶

Aujourd'hui, autour du terme de compétence semble se dessiner un certain consensus : il devient la base d'un langage commun dont se dotent gestionnaires du personnel et formateurs.

La formation représente incontestablement le terrain d'application privilégiée de la gestion des compétences, puisque c'est à elle qu'est confié prioritairement le soin d'en assurer l'acquisition et le développement. Cela confère à l'entreprise un rôle prédominant en la matière : elle est non seulement consommatrice de compétences mais aussi productrice de compétences professionnelles nécessaires à son développement économique et à sa modernisation.

¹³ Deschamps J. (2000), « Ethique et éducation à la santé. Plus qu'un enjeu : un objectif », *La santé de l'Homme*, 345, p4-5.

¹⁴ Sandrin-Berthon B et A1, 1, 2, 3... *Santé*.

¹⁵ Robertson G. (1998), « Du concept à la pratique... Approche didactique de la formation en IFSI : vers une formation de l'esprit », *Recherche en soins infirmiers*, n° 54.

¹⁶ Gilbert P., Parlier M. (1992), *La compétence du « mot-valise » au concept opératoire*. Actualité de la formation permanente.

3.1.1 Définition du terme « compétence »

La notion de compétence a donné lieu à une littérature abondante. Ce passage en revue met en évidence que cette notion n'est pas neuve en soi. Ce qui est nouveau, ce sont les usages qui en sont faits.

Le premier exemple sollicité est extrait du Larousse de 1930. Ce texte est d'étonnante actualité car l'essentiel est dit :

- la référence explicite à la maîtrise d'une activité professionnelle ;
- l'articulation de la compétence avec des savoirs théoriques ;
- la capacité de mobilisation à bon escient de ces savoirs théoriques, cette capacité étant partie intégrante de la compétence ;

La plupart des définitions relevées confirment ces caractéristiques.

Néanmoins, deux idées majeures restent à mettre en évidence. Elles sont mises en évidence dans les travaux de Viviane de Landsheere (1998) qui écrit : « *la compétence correspond rarement à une simple application de capacités cognitives, affectives ou psychomotrices isolées. En pratique plusieurs capacités discrètes sont combinées en structures adaptées aux contingences de la situation.* »

De cette définition, les deux idées majeures sont :

- **l'articulation étroite de la compétence et de l'activité. La compétence est en effet inséparable de l'action et elle ne peut véritablement être appréhendée qu'au travers des activités par lesquelles elle s'exprime et dont elle permet la mise en forme ;**
- **la compétence est composée d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique les uns par rapport aux autres : connaissances, savoir-faire pratiques, savoir-faire relationnels, etc.**

De ce point de vue, nous sommes en présence de véritables « systèmes de compétence ». Cette approche est cohérente avec la théorie des systèmes.

- Edgar Morin, qui milite depuis longtemps en faveur de l'approche systémique, nous ouvre d'autres perspectives par ses travaux sur l'hyper complexité. Il définit les compétences comme « *des propriétés globales résultant de la réorganisation et de l'accroissement en complexité du cerveau.* »

Elles sont « **aptés à organiser de l'ordre à partir du bruit** », **c'est-à-dire à partir des données mentales**

hétérogènes, proliférantes et désordonnées et des messages ambigus transmis par les sens. »

Dans la lecture de ces auteurs, on peut retenir trois caractéristiques communes, constitutives de la notion de compétences, propres à la définir et sur lesquelles un consensus semble se réaliser :

- La compétence possède un double caractère opératoire et finalisé : **elle n'a de sens que par rapport à l'action**
- **Elle est relative à une situation donnée**, tirant parti des différents éléments de cette situation pour permettre à l'individu de s'y adapter, ou plus exactement de s'adapter à ses conditions évolutives.
- **Elle combine de façon dynamique** (savoirs, savoir-faire pratiques, raisonnements...) les différents éléments qui la constituent pour répondre à ces exigences d'adaptation.

Des définitions ne suffisent pas, encore faut-il les rendre opératoire d'où l'accent sur les différentes dimensions constitutives de la compétence.

3.1.2- Le contenu de la compétence

Pour Gérard Malglaive (1990), pour qui la compétence est un « savoir en usage », la compétence combinerait quatre facettes du savoir :

- le savoir théorique qui permet d'appréhender le réel, de le comprendre, de l'expliquer, mais qui n'a rien avoir avec l'action ;
- le savoir procédural qui rend possible l'investissement du savoir théorique dans l'action ; il permet d'organiser, de structurer les activités et porte sur les « façons de faire, les modalités d'agencement des procédures, les manières dont elles fonctionnent » ;
- le savoir pratique, qui est lié à l'expérience, se constitue, se capitalise, en situation de travail ;
- enfin le savoir-faire, qui désigne « les gestes singuliers d'une pratique, ce que les Anglo-saxons appellent des « skills », terme traduit par « habiletés », ce qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique, mais encore de la faire avec adresse et dextérité. »

Avec ce point de vue, nous sommes dans une formulation globale des compétences : savoir théorique, savoir procédural, savoir pratique, savoir-faire ; **c'est cet ensemble structuré d'éléments qui, pour Malglaive, constitue une compétence.**

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Il en va tout autrement lorsqu'il s'agit de définir les compétences requises pour occuper un emploi afin de concevoir un programme de formation qui y prépare. **Cette opération réclame une analyse détaillée des activités constitutives de l'emploi.**

3.1.3- Les compétences et leur transférabilité

Par transférabilité des compétences, on entend la possibilité, acquise par l'individu qui les possède, de les mettre en œuvre dans une grande diversité des situations.

Le thème de la transférabilité (ou de la transversalité) des compétences peut être approfondi au regard des pratiques développées par nos voisins allemands. L'ensemble du système de formation initiale et professionnelle est, en effet, organisé en Allemagne autour d'un concept central, **celui de compétences-clés Schlüsselqualifikationen** (Grunwald, 1989. Reetz, 1989).

Les compétences-clés sont d'une part, celles qu'un individu doit posséder pour poursuivre, de façon continue, son apprentissage – ce sont des compétences pour apprendre –; d'autre part, celles qui permettent de rechercher les informations disponibles pour faire face à des situations données. Elles recouvrent donc tout aussi bien des processus de pensée logique, des processus techniques analytiques, des techniques d'expression orales, et d'argumentation, des techniques de classement, d'organisation et de planification, des techniques d'animation d'équipe [...] mais aussi des techniques de recherche, de sélection, d'acquisition et d'assimilation d'informations. Ces compétences sont transférables car elles sont réutilisables dans un nombre infini de situations. **Elles permettent à l'individu de s'adapter à un environnement en évolution.**

3.1.4 Le versant praxéologique des compétences¹⁷

Dans le cadre praxéologique, la définition d'une compétence et de son contenu est donc une opération de formalisation, destinée à construire la formation, en permettre l'évaluation, organiser les relations entre les partenaires sociaux de la formation.

1 - Décrire une compétence en termes de connaissances: c'est identifier et objectiver ce qu'il faut savoir pour devenir compétent dans un domaine d'activités. Plutôt que de savoir-faire, il est question de savoirs pour faire. C'est opérer une mise à disposition à partir d'une mise en disposition compétente de connaissances. **Le référentiel de la formation** n'est pas autre chose que la formalisation de ces savoirs pour faire, le « savoir » englobant et débordant le « faire ».

2 - On fera valoir, alors, que la description en termes de connaissances constitue l'avancée extrême que puisse pousser une approche praxéologique pour faire appel aux ressources du sujet actif et « acteur de sa formation ». Elle permet de dépasser et l'idée de performance et celle d'une qualification qui résulterait de purs savoir-faire déduits d'un poste de travail.

Pour praxéologique qu'il soit, le concept de compétence n'intéresse pas que la formation professionnelle, il intéresse aussi l'espace des activités sociales, ludiques, et celui de la formation initiale. La pédagogie est aussi dans le domaine des praxéologies (Gillet, 1987) qui s'applique à la formation initiale. Penser l'enseignement d'une discipline académique à partir des compétences dans le domaine, et non de l'exposé linéaire des contenus à produire de façon déclarative, serait un facteur et un signe de changement des « mentalités pédagogiques ». L'épistémologie viendrait alors en auxiliaire d'une « praxéologie didactique », qui reste, comme l'a écrit Durkheim à propos de la science de l'éducation, encore tout entière « à faire ».

Suite à cette étude relativement complète, je retiendrais trois éléments marquants :

- la compétence n'a de sens que par rapport à l'action;
- un programme de formation qui prépare au développement de compétences demande une analyse détaillée des activités constitutives de l'emploi;
- la reconnaissance des compétences peut déboucher sur une qualification, or un référentiel de formation peut y aider.

De plus, on peut mettre en évidence au travers des dires de ces différents auteurs, que la dynamique de compétence est étroitement liée aux situations professionnelles.

C'est pourquoi, on ne peut faire l'impasse d'aborder le couple : compétence et professionnalisation.

¹⁷ Begnis P, Bel M, Bertrand-Wurm C, Dulac I, Dulau G, Kodjayan V, Merlin C, Prosser D, Soriano J, Tabet F, Velati L, Wachowski H. (1998), « La compétence au travail-Formation et emploi », *Revue Education permanente*, 135, p30-42.

3.2 - Le concept de professionnalisation

3.2.1- La mobilisation des compétences professionnelles¹⁸

Guy Le Boterf définit le professionnel comme « celui qui sait gérer une situation professionnelle complexe ». Le professionnel est un bon navigateur. En effet, un cap (mission, résultat attendu, objectifs...) et des règles de navigation (efficacité, qualité totale, performance...) étant fixés, il lui reste à savoir « tirer les bords » (élaborer et conduire un projet) en tenant compte du champ de forces et des contraintes diverses et parfois opposés qui constituent la complexité. Si certaines séquences peuvent relever d'un pilotage automatique, d'autres nécessitent la reprise des commandes et l'initiative.

Différentes étapes sont nécessaires pour cela :

1 - Savoir agir avec pertinence

Le savoir-agir, c'est le « savoir quoi faire ». **La compétence devient donc une disposition à agir de façon pertinente par rapport à une situation spécifique. La compétence est donc une action ou un ensemble d'actions finalisées sur une utilité, sur une finalité qui a un sens pour le professionnel. La compétence s'incarnera donc dans des pratiques professionnelles qui auront un impact sur les performances réalisées.** Le Boterf distingue deux grands types de pratiques professionnelles :

- les pratiques professionnelles d'exécution : pratiques d'exécution automatisées ou routinières, elles font appel à des règles opératoires.
- Les pratiques professionnelles de résolution de problèmes : elles ne peuvent faire appel à des procédures mémorisées pouvant être appliquées ou adaptées. Elles visent à élaborer des procédures nouvelles à partir de la construction adéquate d'une représentation opératoire de la situation problème.

2 - Savoir mobiliser dans un contexte

Le professionnel n'est pas celui qui possède des savoirs ou savoir-faire, mais celui qui sait les mobiliser dans un contexte professionnel. La compétence requiert un équipement en savoirs et capacités mais ne se réduit pas à cet équipement. Un bon professionnel sait non seulement maîtriser une technique, mais il sait la

mettre en œuvre dans un contexte de compétitivité et de stress.

- La compétence en situation

Étymologiquement, le terme compétence vient du mot latin « competens », c'est-à-dire, « ce qui avec, ce qui est adapté à ».

Ce caractère le rapproche de la capacité d'analyse et de résolution de problèmes dans un environnement particulier. La compétence n'est pas une constante. **Elle peut et doit varier en fonction de l'évolution de la situation dans laquelle elle intervient.**

- Mobiliser les ressources d'un réseau

Le professionnel ne peut pas tout savoir. Les savoir et savoir-faire n'acquiescent le statut de compétences que lorsque ils sont communiqués et échangés.

3 - Savoir combiner

Savoir combiner, c'est savoir improviser face à l'imprévu. **On peut distinguer la compétence requise et la compétence réelle.**

- la compétence requise est attendue par l'organisation ou le client, il est possible de la décrire en terme d'activités requises.
- La compétence réelle se décrit en terme de conduites mises en œuvre face à l'exigence d'une activité ou d'un problème à résoudre. Là, le professionnel aura à élaborer une stratégie de réponse

4 - Savoir transposé

Le professionnel sait transposer. Cette faculté à transposer provient de trois facteurs :

- la capacité de prise de recul, d'analyse de ses propres démarches
- la richesse de l'expérience, du parcours professionnel et extraprofessionnel
- l'intention d'aborder et de traiter de nouvelles situations

5 - Savoir apprendre et savoir apprendre à apprendre

Le professionnel sait tirer les leçons de l'expérience. Il sait transformer son action en expérience. Il fait de sa pratique professionnelle une opportunité de création de savoir.

¹⁸ Le Boterf G. (Résumé du livre fait en mars 1999 par l'Institut de Formation des Cadres de santé de Lille), *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les éditions d'organisation.

6 - Savoir s'engager

Toutes les caractéristiques du professionnel qui viennent d'être présentées, supposent son engagement. Il faut vouloir agir pour pouvoir et savoir agir. Cet engagement crée la confiance: le professionnel est celui sur qui on peut compter.

3.2.2 Les principes directeurs de la professionnalisation¹⁹

Il peut exister plusieurs conceptions de la professionnalisation. On peut proposer 5 principes directeurs qui l'orientent vers le modèle de la « navigation professionnelle ».

- 1 - On ne professionnalise pas des personnes : seules celles-ci peuvent « se » professionnaliser si elles en ont la volonté et y consacrent l'énergie et les efforts nécessaires. Le professionnalisme résulte d'un investissement personnel.
- 2 - La professionnalisation est orientée vers la construction d'une professionnalité pour ceux qui s'y engagent.
- 3 - Le professionnalisme se construit au travers de parcours de professionnalisation qui peuvent se gérer comme des parcours de navigation.
- 4 - **La professionnalisation inclut la formation mais ne se réduit pas à celle-ci.**
- 5- **La professionnalisation suppose la mise en place de moyens de développer la réflexivité et la distanciation critique des professionnels sur leurs pratiques, leurs compétences et leurs ressources, leurs représentations, leur façon d'agir et d'apprendre.**

3.2.3 - La contribution de la formation à la professionnalisation²⁰

Qui dit savoirs dit formation et entretien de ces savoirs.

Les savoirs, quelque soit leur nature, s'apprennent. C'est là le travail de la formation. La formation s'adresse au passé pour donner les outils de l'avenir. Elle fait appel pour cela au savoir théorique et au savoir en action et le formateur ne réussit son entreprise que si l'enseigné est en fin de compte plus savant que lui, dans toutes les formes du savoir.

La formation au savoir pratique et en action est beaucoup plus difficile que la formation aux savoirs théoriques (dont la méthodologie est essentiellement magistrale) car elle repose sur l'activité elle-même et est donc consommatrice de temps. Elle est faite de tutorat, de compagnonnage, d'échanges et de communications dans lesquels vont jouer un mélange d'objectivité et de relationnel. Les méthodes utilisées sont longues, interactives et coûteuses, mais elles seules, vont permettre à l'enseigné de se forger des opinions, de faire des choix de comportement et aboutir à un professionnalisme, c'est-à-dire un savoir en action et l'acquisition d'une liberté et d'une indépendance par rapport aux anciens maîtres.

Les nouvelles formes de formation sont valorisées par les compétences autant qu'elles les valorisent. La notion de compétence se développe dans les systèmes de mobilisation de composantes identitaires comme par exemple les systèmes de travail et elle est particulièrement valorisée dans les nouveaux systèmes de socialisation professionnelle qui ne distinguent pas espace de production et espace de mobilisation de composantes identitaires, comme c'est le cas de bon nombre « **de nouvelles formes de formation** » : organisation qualifiante, **formation intégrée au travail**, recherche-action, tutorat, etc.

La formation doit être reconnue comme apportant une contribution spécifique à la professionnalisation. La formation doit être considérée comme un espace protégé. Cette condition est en effet nécessaire pour permettre l'apprentissage par essai et erreur, la prise de risques, la résolution des « conflits cognitifs » dans un climat de sécurité, l'explicitation et l'analyse des représentations.

Suite à l'étude de ce concept, on peut retenir que :

- **La compétence est une action finalisée sur une utilité qui a un sens professionnel : la compétence s'incarne dans des pratiques professionnelles ;**
- **La professionnalisation inclut la formation, c'est à dire la mise en place de moyens qui visent le développement de distanciation, des compétences et leurs ressources.**
- **la formation en action est plus difficile que la formation aux savoirs théoriques car elle repose sur l'activité.**

¹⁹ Le Boterf G. (1999), *L'ingénierie des compétences – Deuxième édition*, Paris, Editions d'organisation.

²⁰ Barbier JM. (1998), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Puf.

Ici, on voit bien le lien entre la nécessité d'une formation professionnalisante, en adéquation avec le milieu du travail pour y développer des compétences spécifiques.

C'est pourquoi, nous allons maintenant aborder le concept de l'alternance: pilier de l'apprentissage en formation initiale infirmière.

3.3 - Le concept d'alternance

3.3.1 La contribution de la formation par alternance à la construction des compétences²¹

La formation par alternance constitue une modalité de la formation permettant de s'approcher au plus près de la construction des compétences. Cela suppose que l'alternance ne soit pas conçue comme une simple succession de moments théoriques et de moments pratiques, mais que **ces deux moments interagissent l'un sur l'autre et s'alimentent mutuellement.**

Ces deux moments sont indispensables et indissociables pour la construction des compétences. Le savoir combinatoire suppose une variété de ressources. Celles-ci doivent être combinées et mobilisées en situation de travail pour s'actualiser en compétences.

- Les moments en formation contribuent à la production de « ressources » (connaissances, savoir-faire) qui seront utiles pour la construction de compétences.

- Les moments de formation permettent d'entraîner à la prise de recul, à la distanciation. Ils constituent une opportunité pour apprendre à réfléchir sur les pratiques professionnelles mises en œuvre en situation réelle de travail.

- Les mises en situations professionnelles constituent des opportunités pour apprendre à construire des compétences à partir des ressources acquises en formation. Elles entraînent le savoir combinatoire.

3.3.2 La pédagogie de l'alternance²²

Le propre de l'alternance, c'est d'abord, semble-t-il, l'action d'un « sujet apprenant » en situation professionnelle. L'action de l'acteur dans un environnement ne se situe pas seulement dans un rapport à l'objet quel qu'il soit. Quand on agit, on le fait en principe pour construire ou modifier un objet.

Dès lors, un des principes fondamentaux de l'alternance est de permettre l'action en vraie grandeur, où le sujet pourra construire ses propres expériences ce qui, bien sûr, n'est pas sans risque et ne peut se faire sans accompagnement.

Poser le problème de l'alternance, c'est aussi poser le problème des apprentissages « à l'école », « hors école », construits en synergie entre l'école et l'environnement et c'est par le fait même reconnaître qu'il existe plusieurs formes de savoirs et des façons variées de les construire.

Quelle sera alors la pédagogie qui permettra au mieux, à la fois, d'acquérir des savoirs par la pratique et par l'école, et d'intégrer au mieux les deux ? J. Piaget (1974), (...), montre qu'apprendre est une interaction du sujet avec l'objet, interaction qui conjugue réussite et compréhension. Réussite dans le sens d'agir, du faire, couplée avec une nécessaire compréhension (compréhension en action) et compréhension dans le sens d'une réflexion associée à l'action (réussite en pensée). De cette façon, le « réussir » et « comprendre » piagétien dépasse-t-il le désormais obsolète ou à agir dans des représentations classiques de la formation.

Apprendre devient alors un processus intégrant la dynamique de l'apprenant dans ses finalités et dans ses stratégies, c'est pour lui, pouvoir agir et penser simultanément dans le cadre d'un projet et d'une action. On dira alors, pour faire vite, que dans l'entreprise on essaiera de mettre le sujet apprenant en situation de Faire en Pensant (réussir et comprendre) et dans l'école on s'attachera davantage à Penser pour Faire (Comprendre et réussir).

L'enjeu majeur de l'alternance deviendra alors de permettre aux apprenants de construire leur(s) sens (direction, signification et sensibilité) en mobilisant les ressources permises par le monde école et le monde de la production (...).

Cela renvoie au développement d'une ingénierie complexe de l'alternance.

La formation en alternance requiert une organisation, des activités et des outils pédagogiques spécifiques

²¹ Le Boterf G. (1999), *L'ingénierie des compétences – Deuxième édition*, Paris, Editions d'organisation.

²² Clenet, J. (1998), *Représentations, formations et alternance*, Paris, L'Harmattan.

pour articuler les temps et les lieux, pour associer et mettre en synergie les dimensions professionnelles et générales, et pour optimiser les apprentissages.

3.3.3 La pédagogie de l'alternance²³

A la richesse des effets potentiels de l'alternance correspondent les exigences de son organisation et de son pilotage. Pour être efficace, l'alternance suppose la réunion d'un certain nombre de conditions de réussite.

- **Disposer de référentiels de compétences et de ressources.** Ces cibles professionnelles doivent être claires, lisibles, actualisées périodiquement.
- Mettre en place une pédagogie de projet. Les projets constituent des axes intégrateurs autour desquels s'articuleront des mises en situation de formation et des mises en situation professionnelles. Les projets seront élaborés de façon concertés entre les apprenants et leurs formateurs
- Rendre possible une variété de situations d'apprentissage : variété des contextes, des publics, des activités.
- Organiser l'apprentissage de la réflexivité sur les pratiques professionnelles et les façons d'apprendre
- Distinguer deux moments d'évaluation : l'évaluation des ressources pour construire les compétences (connaissances, savoir-faire...) et l'évaluation de la construction des compétences.
- Disposer d'un dispositif de pilotage régulant l'interaction et la synchronisation entre les moments en centre de formation et les moments en situation professionnelle.
- **Organiser la capitalisation progressive non seulement des acquis mais aussi des processus de professionnalisation :** portefeuille des acquis, récits de parcours professionnalisation.

3.3.4 La relation entre la formation par alternance et la formation action²⁴

C'est au sein de l'action de développement que s'élaborent les matériaux d'apprentissage. La formation est ainsi définie et articulée en fonction des buts de développement à atteindre ; elle constitue un mode d'inter-

vention centré sur l'amélioration des capacités autonomes de développement, ce qui suppose à la fois l'acquisition de connaissances techniques et la régulation de débats idéologiques. **On parle alors de formation-action pour que précisément le processus de formation s'inscrive dans une démarche de mobilisation collective locale de manière à confronter les champs d'apprentissage à faire avec les énergies mobilisatrices de chaque acteur local.**

Projet de développement et projet de formation sont intimement liés et obligent à des pédagogies actives et à des dynamiques d'alternance entre les défis de l'action et les compétences à acquérir dans l'action.

[...] Tout le problème est donc de créer de l'unité sans uniformité. Ce qui suppose un partenariat, un réseau de personnes attelées à des visées proches et non des acteurs isolés, juxtaposés ou sous la dépendance des autres. **Avec cet approfondissement, on a pu voir comment la formation par alternance est indissociable de la formation action.**

Formation action qui demande de penser des stratégies d'apprentissage qui créent une synergie entre les stages et le temps théorique.

Mais qu'est ce au juste une formation action ?

3.4 - Le concept de formation action

3.4.1 - Les caractéristiques d'une formation-action²⁵

- 1 – Le processus de formation est centré sur des problèmes à résoudre ou sur des problèmes à réaliser. Il ne s'agit pas de « problèmes d'écoles » ou « d'études de cas », mais de problèmes particuliers qui se posent aux acteurs concernés de l'entreprise et auxquels ils doivent trouver une solution dans le champ des contraintes et des ressources existantes.
- 2 – Les acteurs concernés apprennent en analysant et en résolvant « en vraie grandeur » des problèmes qu'ils doivent contribuer à résoudre.

²³ Le Boterf G. (1999), *L'ingénierie des compétences – Deuxième édition*, Paris, Editions d'organisation.

²⁴ Demol JN., Pilon JM. (1998), *Alternance, Développement personnel et local*, Paris, L'Harmattan.

²⁵ Le Boterf G. (1999), *L'ingénierie des compétences – Deuxième édition*, Paris, Editions d'organisation.

La formation-action n'est pas seulement une formation pour l'action mais une formation en action.

3 – Les problèmes ou les projets constituent des pivots autour desquels sont articulés des objectifs opératoires d'action et de formation ;

Les problèmes ou les projets retenus sont considérés comme des points de départ, des portes d'entrée du processus éducatif. Ils permettent l'acquisition, la combinaison et la mobilisation de ressources diversifiées (connaissances, savoir-faire, attitudes...).

4 – Une alternance est réalisée entre des temps de formation, d'acquisition et d'étude.

Il s'agit d'une articulation réelle entre des moments qui s'alimentent mutuellement. **La théorie oriente l'expérience pratique et celle-ci interroge la théorie. La pratique n'est pas la seule application de théories ou de méthodes, elle en est aussi la source.**

5 – Un processus de formation-action est itératif et non linéaire.

Il existe un processus permanent d'aller et retour entre les diverses étapes à effectuer. Ces boucles itératives sont non seulement nécessaires du point de vue de l'action mais également du point de vue pédagogique : tirer les leçons de l'action est aussi une façon d'apprendre.

Riche en effets sur la construction des compétences, la formation-action est exigeante quant à ses conditions de réussite. À l'interface entre des logiques de l'action et des logiques de formation, elle doit sans cesse pouvoir composer et trouver des compromis. La prise en compte des conditions de réussites exposées ci-contre est absolument nécessaire pour s'engager dans un tel processus.

3.4.2 Les conditions de réussite d'une formation-action

- 1 - La pertinence et la faisabilité du projet : il doit reposer sur un besoin ou une exigence réelle des limites opérationnelles et se situer dans le champ du possible.
- 2 - La faisabilité par rapport aux capacités et pouvoir d'intervention du groupe acteur

3 - Le soutien de la direction et de l'encadrement supérieur : il est nécessaire pour assurer la viabilité et la durabilité du projet et pour déboucher sur des décisions concrètes de changement ou d'amélioration. Le projet doit être validé pour pouvoir exister et se développer.

4 - La pertinence et la flexibilité de la composition du groupe acteur : elle doit être fonction du problème à traiter ou du projet à réaliser, et non « des besoins individuels » de formation des participants. La structure, l'organisation, le statut même du groupe acteur doivent pouvoir évoluer en fonction des exigences et des résultats de l'action.

5 - La potentialité formative des projets ou des problèmes retenus : un projet ou un problème peut être plus ou moins riche dans ses potentialités d'exploitation pédagogique. Il peut constituer ou non un centre d'intérêt à multiples facettes. Il est recommandé d'engager des processus de formation-action qui n'entraînent pas des apprentissages limités mais qui permettent de progresser dans la construction des compétences transposables à des catégories de situations problèmes.

6 - La mise en place et le fonctionnement d'une fonction d'accompagnement pédagogique souple et réactive.

7 - L'acceptation, par les instances directrices de l'entreprise, qu'un tel processus puisse entraîner des tensions ou des résistances passagères qui doivent être vécues avant d'être dépassées. L'affrontement à la résolution de problèmes ou à la réalisation de projets est autrement plus impliquante et plus « dérangeante » qu'une formation classique. La pédagogie de la découverte n'est pas toujours sécurisante.

Un processus de formation-action ne relève pas du fonctionnement spontané : il suppose une fonction d'accompagnement.

3.4.3 L'accompagnement d'un processus de formation action

Il s'agit de réunir les conditions pour que les individus et le groupe acteur apprennent en agissant (et non seulement apprennent pour agir).

La fonction d'accompagnement consiste essentiellement à :

- Aider le groupe acteur à nommer ce qu'il fait, à identifier les démarches qu'il met en œuvre, à repérer les difficultés auxquelles il s'affronte.

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Il s'agit là d'une activité de conceptualisation.

- Mettre le groupe acteur en relation avec les ressources et les centres de décisions pertinents : avec une banque de données, avec des experts ou des spécialistes...
- Cette facilitation relève d'une activité de mise en relation.
- Fournir des apports directs de connaissances (théoriques, méthodologiques, techniques).

Les formateurs ou consultants ont alors une activité de facilitation de l'acquisition de savoirs et de savoir-faire.

- Aider les participants à choisir, combiner et mobiliser les ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, réseaux relationnels, banques de données...) pour construire des compétences.

Il s'agit ici d'une activité d'entraînement à la construction des compétences.

- Aider le groupe acteur à faire le point sur sa démarche et sur sa progression.

L'activité de capitalisation est nécessaire pour entretenir la motivation du groupe, faciliter sa fonction de synthèse, permettre la construction et l'articulation des savoirs qu'il crée progressivement.

Ici, on voit bien que le processus de formation action est un processus difficile, qui demande aux formateurs une fonction d'accompagnement, mais favorise la construction de compétences spécifiques : la potentialité formative en est indéniable.

QUATRIÈME PARTIE : LES HYPOTHÈSES D' ACTIONS

4 - Le principe de réalité en formation initiale infirmière

L'ensemble de la démarche pédagogique s'appuie sur la volonté de développer chez les étudiants en soins infirmiers des compétences en éducation pour la santé, de les aider à devenir des professionnels compétents en pratiques éducatives.

L'étude du programme de formation met bien en évidence que nous sommes dans un système de l'alternance, donc dans une démarche d'apprentissage articulant les acquisitions en situation de formation et les acquisitions en situation de travail.

Par là même, les formateurs en IFSI ayant toute latitude pédagogique, nous nous sommes appuyés sur la volonté de développer un système de formations actions, de processus de mentalisation du fonctionnement effectif du réel.

En effet, les stages professionnels permettent un réel partenariat entre les formateurs et les professionnels de terrain concourant ainsi à la formation plénière des étudiants en soins infirmiers, tout en agissant auprès et avec le public concerné.

Jean-Marie Barbier permet d'étayer ses propos :

- « dans le domaine de la formation et du développement, on constate des évolutions importantes qui paraissent s'orienter dans un sens proche : développement de formations intégrées à l'action et au travail, utilisations explicites de démarches d'écritures, de formalisation et de recherche à des fins de formation et de développement, construction de dispositifs d'ensembliers (ex. alternance) articulant les acquisitions de formation et les acquisitions en milieu de travail, individualisation des parcours, etc. Toutes ces évolutions ont en fait un point commun : elles supposent de la part des formés ou des apprenants une activité intellectuelle sur et à partir des actions ou des situations concrètes dans lesquelles ils sont engagés, à des fins de production de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences. Autrement dit, dans ces nouvelles formes de formation, l'engagement dans une action de transformation du réel est considéré comme délibérément inducteur d'une transformation identitaire, lorsqu'il est doublé d'une activité de production de représentations et de savoirs sur et à partir de cette action. L'acte de travail devient acte de formation lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même. La production de savoirs par l'apprenant est alors utilisée comme un outil direct de productions de compétence [...] ».²⁶

En faisant référence à l'analyse praxiste, il est urgent pour tout formateur de s'interroger sur ses pratiques pédagogiques. La formation en IFSI, en plein bouleversement doit s'adapter et développer un nouveau profil infirmier sachant mesurer et utiliser à bon escient les dimensions

²⁶ Barbier JM. (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaires de France.

curatives, préventives et éducatives du soin. C'est pourquoi, à travers ce travail, je me suis interrogée sur les différents concepts vus précédemment qui m'ont permis d'émettre deux hypothèses d'actions :

- favoriser la construction d'un référentiel de compétences qui répondrait aux nouvelles exigences de la profession : un professionnel capable de réaliser des pratiques éducatives
- développer des pratiques didactique et d'apprentissage en adéquation avec la réalité de terrain de manière à former les étudiants en soins infirmiers aux pratiques éducatives

Avant tout, ce travail ne se situe pas dans le cadre d'une recherche mais constitue la formalisation d'une pratique institutionnelle enrichie par une analyse. L'objectif est d'interpeller, d'ajuster et enrichir les pistes réflexives proposées.

4.1 – La mise en place d'un référentiel de compétences professionnelles

Il s'agit donc de s'interroger sur les compétences requises par l'exercice professionnel infirmier en matière de santé publique.

« Il ne s'agit plus de développer des savoir-faire techniques, mais d'intégrer des compétences clés comme la résolution de problèmes, la planification, la prise de décision, la gestion de l'information, de la communication et de l'interaction. »²⁷

Dans le cadre de l'éducation pour la santé, nous sommes dans un processus d'acte éducatif, dans un processus enseignement-apprentissage²⁸.

« Il est possible de définir l'enseignement comme l'arrangement des contingences de renforcement qui entraînent les modifications de comportement. »²⁹

« L'acte éducatif se distingue du processus d'influence, qui s'exerce dans divers lieux sociaux par le jeu d'actions, concertées ou non, dans le but de faire pénétrer

une idée, une opinion, un sentiment, ou de déclencher une action par le fait qu'il annonce son intention formatrice en direction d'un des partenaires de l'interaction. C'est le devenir d'un homme et d'une humanité qui est au centre du processus éducatif par l'intermédiaire de membres de la communauté sociale.

L'acte éducatif se propose une construction de comportements chez un sujet, selon un vecteur orienté. Il suppose un ensemble cohérent d'actions entreprises en vue d'une fin, un système ordonné de moyen. Tout option éducative est un acte de foi dans des valeurs, et par là elle suscite le désir de transformer autrui.

La relation éducative est l'ensemble des rapports sociaux qui s'établissent entre l'éducateur et ceux qu'il éduque, pour aller vers des objectifs éducatifs, dans une structure institutionnelle donnée, rapports qui possèdent des caractéristiques cognitives et affectives identifiables, qui ont un déroulement, et vivent une histoire³⁰ ».

Les facettes du soin infirmier s'étendent donc pour intégrer de nouvelles dimensions.

Or être reconnu compétent exige des preuves plus solides que de simples notes d'examen ou le résultat d'activités strictement académiques.

« Il faut développer une attitude entrepreneuriale vis à vis des compétences. Les principes fondamentaux qui animaient les créateurs du nouveau système de référentiels de compétence étaient que la formation et les performances en situation de travail peuvent être améliorées :

- si les personnes savent exactement ce qu'on attend d'elles dans leur rôle professionnel ;
- si les personnes peuvent être évaluées de manière fiable et indépendante³¹ ».

Les référentiels de compétence professionnelle expriment sous une forme explicite les produits ou résultats de performance attendue sur le lieu de travail. *« Ils sont comme un benchmark (un mètre étalon) qui permet de mesurer les performances attendues dans un secteur spécifique de l'industrie, du commerce ou du secteur public³² ».*

²⁷ Layte M, Ravet S. (1998), *Valider les compétences avec les NVQs*, Les édition DEMOS.

²⁸ Postic M. (2001), *La relation éducative*, Vendôme, Education et formation, Presses Universitaires de France.

²⁹ Skinner.B.F. (1968), *La révolution scientifique de l'enseignement*, Bruxelles, Dessart, p 136.

³⁰ Postic M. (2001), *La relation éducative*, Vendôme, Education et formation, Presses Universitaires de France.

³¹ Layte M, Ravet S. (1998), *Valider les compétences avec les NVQs*, Les édition DEMOS.

³² Ibid

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Les référentiels se fondent sur un concept de la compétence qui est le résultat d'un vrai travail de réflexion, de consultation et d'expérimentation.

Les référentiels de compétence sont construits au moyen d'un processus d'analyse fonctionnelle qui au niveau de chaque secteur commence par définir l'objet clé de l'activité du secteur. A partir de cet objet clé, sont définis un certain nombre de rôles professionnels clés permettant de répondre à la question : « Que doivent réussir les personnes afin d'accomplir l'objet clé du secteur professionnel ? ». Le résultat de ce processus est un descriptif des rôles clés du secteur. Il est à noter que le processus d'analyse fonctionnelle s'appuie sur des déclarations décrivant les résultats des activités, depuis le niveau organisationnel, jusqu'au niveau individuel. En s'appuyant sur la description de fonctions plutôt que de tâches, l'approche fonctionnelle produit des référentiels qui reflètent une vision plus large de la compétence : « *Il ne s'agit pas d'examiner comment enchaîner des actes élémentaires pour arriver à un produit final (tâche), mais de pouvoir organiser l'enchaînement de ces tâches, de prendre en compte les imprévus, les relations avec les personnes, l'innovation et la résolution de problèmes*³³ ».

Les référentiels de compétences se présentent toujours sous forme de spécification de compétence composée d'un certain nombre d'Unités. Les Unités sont les composantes des NVQs (National Vocational Qualifications, i.e. qualifications professionnelles). Les unités en sont les composantes de base. Elles doivent avoir un sens et une valeur dans le domaine d'emploi auquel la NVQ se rapporte. Elles sont normalement spécifiées d'après des fonctions professionnelles. Chaque unité peut être découpée en éléments. Les éléments décrivent les critères de performances et de connaissances attendues ainsi que la gamme de situations dans lesquelles les performances doivent s'exercer.

La terminologie de spécification utilisée dans les référentiels peut être différente en fonction des lieux d'activité professionnelle, néanmoins, on doit toujours retrouver les notions précisées ci dessus.

C'est pourquoi, il s'avère nécessaire de mettre en évidence que dans le cadre d'une formation surtout professionnelle, comme en IFSI, un distinguo est à réaliser entre le référentiel de diplôme et le référentiel de l'emploi.

Dans le cadre de la formation initiale infirmière, un référentiel de compétence dit de diplôme s'avère nécessaire mais doit corrélérer au référentiel de l'emploi.

Le référentiel de l'emploi³⁴ est un document qui précise ce que va devoir faire le futur salarié, le futur professionnel sur le lieu de production. Il définit les champs d'intervention du professionnel sur le terrain et recense les fonctions de l'emploi.

Le référentiel de diplôme³⁵ est à construire après avoir bâti le référentiel de l'emploi car il détermine les compétences globales et terminales du formé.

En IFSI, le référentiel de compétences que l'on pourrait nommer référentiel pédagogique, pourrait être un outil de formation et d'évaluation qui précise le profil attendu de l'étudiant en fin de formation.

Des compétences clés pourraient être les véritables fils conducteurs de la formation. Chacune de ces compétences pourraient se voir préciser par les connaissances et les aptitudes qui la sous-tendent.

Des objectifs spécifiques de la formation théorique et clinique évalués par des critères minimaux et de perfectionnement pourraient être le canevas du module transversal de santé publique.

Les profils attendus en fin de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année seraient définis par les paliers de compétence à maîtriser en fin d'années.

Toute personne participant à l'évaluation de l'étudiant se référerait aux critères d'évaluation précisés dans ce référentiel.

Avec cette méthode, on indexe bien qu'un référentiel indique ce sur quoi porte « l'évaluation certificative », c'est à dire sur des savoirs et des compétences.

Il faut partir de situations pédagogiques intéressantes, ancrées dans la réalité, pour pouvoir ensuite décomposer et rebondir dans le référentiel.

On propose des objectifs d'apprentissage sur la transférabilité des contenus enseignés (théoriques et cliniques) et on spécifie les performances attendues de la part des étudiants par année de formation.

³³ Layte M, Ravet S. (1998), *Valider les compétences avec les NVQs*, Les éditions DEMOS.

³⁴ Cours de M. Laurent (psychopédagogique), Formation Cadre – Année 1998.

³⁵ Op Cit

On vise alors la transférabilité des connaissances et leur transformation en savoir construit et conservé.

Il est donc nécessaire d'utiliser en IFSI, des pratiques pédagogiques de type formation-action, où le stage devient : «réel lieu d'apprentissage et apprentissage du réel».

On aboutit là à la deuxième hypothèse : le formateur en IFSI doit développer des pratiques didactiques et d'apprentissage en adéquation avec le réel.

4.2 - Transposition didactique et d'apprentissage en formation initiale infirmière

L'étudiant s'inscrit dans un cycle de l'alternance entre les concepts et la réalité, il confronte en permanence l'abstrait et le concret.

« Il détermine des schèmes fonctionnels d'application des savoirs intégrés en réponse à une situation donnée. Ces schèmes sont dépendants du système des représentations de l'apprenant dans lequel représentations personnelles et théories se combinent, et vont permettre la transformation d'un savoir théorique construit par d'autres en un savoir théorique personnel réinvesti par l'apprenant³⁶ ».

« La distanciation entre les savoirs enseignés et ceux appropriés est rendue possible par la confrontation permanente entre le concept et la réalité.

Cet aspect est essentiel dans la construction des savoirs et le développement des capacités d'apprentissage. C'est sur cette compréhension que l'étudiant a de son fonctionnement cognitif, que s'appuiera le référent pédagogique pour mener à bien son rôle de facilitateur d'apprentissage ».³⁷

Geneviève Roberton développe dans son article, ce qu'elle nomme : le principe de progressivité, qui constitue le fil conducteur des études conduisant à la profession d'infirmier, et est présent à tous les niveaux de la formation, tant sur le plan pédagogique, que sur le plan organisationnel.

« La progressivité, dans son sens premier exprime une évolution graduelle et constante, du latin progressum avancer (dictionnaire Robert). Appliquée au champ pédagogique, au processus d'apprentissage, la progressivité peut être admise comme un principe qui permet de transformer un

savoir pur en savoir transférable, applicable et adaptable à une situation donnée, selon une progression d'apprentissage organisée et hiérarchisée, étalée sur un temps donné. C'est-à-dire qu'à partir d'un savoir enseigné, l'étudiant doit être capable d'adapter un comportement à une situation en fonction de son niveau de formation. Il doit être également capable d'indexer son corpus de connaissances sur des situations concrètes. Mais aussi, à partir de situations concrètes, l'étudiant doit-il être en mesure, par des successions enseignées, d'accéder à l'abstraction. »

Le principe de progressivité permettrait donc à l'étudiant de développer dans des domaines spécifiques, des capacités à adapter son comportement à des situations concrètes précises, à partir d'un savoir théorique et clinique, et en rapport avec le niveau de formation dispensée.

Ce concept s'applique parfaitement aux stratégies d'actions engagées dans le cadre de la formation par alternance et donc de la formation-action et nécessite la réalisation d'un référentiel de compétences.

En effet, comme le précise G Roberton : *« Les capacités que les étudiants doivent développer dépendent d'un processus d'évolution selon trois niveaux pédagogiques distincts et complémentaires. Ces trois niveaux s'inscrivent dans une temporalité qu'il est fondamental de prendre en compte ».*

Pour cela, elle détermine trois degrés comme suit :

Premier degré :

- Acquérir les éléments du savoir organisé et constituer une base de données à partir de savoirs enseignés : niveau extérieur à l'apprenant
logique de restitution des connaissances (capacités de mémorisation)

Deuxième degré :

- Etablir des liens entre ces différents éléments (mise à distance), intériorisation des savoirs extérieurs
logique analogique (capacités d'analyse)

Troisième degré :

Rechercher le sens de ces liens et fournir une réponse adaptée (mobilisation des connaissances et application de celles-ci dans une situation différente de celles de leur acquisition)
logique globalisante et transversale (capacité de synthèse)

³⁶ Roberton G. (1998), « Du concept à la pratique... Approche didactique de la formation en IFSI : vers une formation de l'esprit », *Recherche en soins infirmiers*, n° 54, Septembre.

³⁷ Ibid

APPROCHE PRAXISTIQUE DE L'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Cette progression montre bien qu'elle intéresse les processus d'apprentissage requis de la part des étudiants et le degré d'exigence fixé par le formateur au regard des compétences attendues.

Nous sommes bien dans une finalisation de compétences terminales en adéquation avec le référentiel de l'emploi.

Le dernier degré révèle l'importance du retour à la pratique.

La dimension de l'action contribue, comme nous l'avons vu précédemment, au passage d'une logique de restitution de savoirs à une logique d'utilisation et de production de savoirs cognitifs en les finalisant vers une action pratique.

« Il s'agit d'un transfert opératoire de connaissances théoriques intériorisées (savoirs cognitifs) vers un niveau de performance professionnelle dans une situation spécifique, définie dans le temps et dans l'espace (savoirs, pratiques) ».

« Le savoir de la pratique est construit dans l'action à des fins d'efficacité, il est contextualisé, incarné, finalisé, c'est un savoir adapté à la situation. Cette « adaptivité » du savoir se construit à partir de l'expérience vécue, à l'aide des perceptions et interprétations faites dans des situations antérieurement vécues³⁸ ».

Ainsi le principe de progressivité a pour finalité d'aider le formateur dans sa fonction didactique en vue d'amener l'étudiant sur les chemins de la compétence professionnelle.

Au terme des réflexions menées sur les deux hypothèses d'actions proposées dans ce travail, je pense que l'on peut retenir trois points clés :

- **l'étudiant pour développer des compétences en éducation pour la santé doit se mesurer à la réalité du terrain ;**
- **au formateur d'ajuster sa stratégie d'apprentissage afin d'accompagner l'étudiant dans cette évolution ;**
- **un cadrage à type de référentiel est indispensable, véritable fondement de la formation et de la profession.**

CONCLUSION

Arrivée au stade terminal de ce travail, j'ai pu prendre conscience de l'approche complexe et unifiante du domaine qui y a été abordé.

Néanmoins, grâce à l'ensemble des recherches et réflexions menées, des domaines qui jusqu'alors transparaissent au travers de notre pratique quotidienne de formateurs, ont pu être formalisés.

L'essai réalisé dans cet écrit, concernant le référentiel de compétences en regard du module de santé publique, a permis de se rendre compte de la nécessité de le contextualiser dans sa globalité et ce sur les trois ans de formation.

Ceci permettrait de révéler les addictions nécessaires au profil infirmier concernant ses compétences en pratiques éducatives.

De plus la nécessité de travailler en adéquation avec le réel, demande une autre approche de la fonction de formateur et donc, d'autres modes de fonctionnements pédagogiques.

Dans cette perspective les objectifs pédagogiques d'enseignement nécessitent d'être en adéquation avec la logique de formation.

Ils doivent prendre en compte tout à la fois des méthodes de raisonnement et des méthodes d'apprentissage, ceci en vue de permettre aux futurs infirmiers d'identifier un environnement professionnel évolutif sous l'action d'une société en perpétuel mouvement.

Conscientiser le fait que prévenir est tout aussi important que guérir, que ces deux composantes sont indissociables de l'acte de soigner, et correspondent à l'aboutissement de l'évolution des conceptions et des politiques de santé, n'est pas chose aisée.

Il faut considérer et positionner le rôle pédagogique des soignants au cœur de son activité professionnelle. La communication et la formation de la population sont des sciences que tout soignant doit apprendre à maîtriser.

Cela est vrai dans le cadre de la promotion de santé, mais se vérifie également auprès du patient avec l'éducation thérapeutique dans le cadre du suivi des maladies chroniques.

L'ambition de ce travail reste à poursuivre dans ce sens.

Corréler et catalyser l'approche préventive et éducative thérapeutique reste à développer en formation initiale infirmière.

Nous sommes en pleine évolution des conceptions inhérentes aux représentations de la santé et de la maladie : l'objectif étant d'éduquer pour mieux soigner. Un prochain travail reste à mener afin de clarifier les rôles et compétences en éducation pour la santé et les rôles et compétences en éducation du patient, tout en mesurant que le même soignant est amené à exercer ces deux fonctions.

³⁸ Roberton G – Op. Cité.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

Barbier JM. (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaire de France

Clenet, J. (1998), *Représentations, formations et alternance*, Paris, L'Harmattan.

Demol JN., Pilon JM. (1998), *Alternance, Développement personnel et local*, Paris, L'Harmattan.

Gilbert P., Parlier M. (1992), *La compétence du « motivalise » au concept opératoire*, Actualité de la formation permanente.

Layte M, Ravet S. (1998), *Valider les compétences avec les NVQs*, Editions DEMOS.

Le Boterf G. (1994), *De la compétence Essai sur un attracteur étrange- Deuxième tirage*, Paris, Les éditions d'organisation.

Le Boterf G. (Résumé du livre fait en mars 1999 par l'Institut de Formation des Cadres de santé de Lille). *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les éditions d'organisation.

Le Boterf G. (1999), *L'ingénierie des compétences – Deuxième édition*, Paris, Editions d'organisation.

Postic M. (2001), *La relation éducative*, Vendôme, Education et Formation, Presses Universitaires de France.

Skinner.B.F. (1968), *La révolution scientifique de l'enseignement*, Bruxelles, Dessart, p 136.

Revues :

Begnis P, Bel M, Bertrand-Wurm C, Dulac I, Dulau G, Kodjayan V, Merlin C, Prosser D, Soriano J, Tabet F, Velati L, Wachowski H. (1998), « La compétence au travail-Formation et emploi », *Revue Education permanente*, 135, p30-42.

Berthod-Wurmser M, Baudeau D. (1995), « Planification et besoins de santé de la population », *Actualités et Dossiers en santé Publique*, n° 11.

Billon J. (2000), « Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé », *Revue de recherches en Education*, 25, p 17-29.

Deschamps J. (2000), « Ethique et éducation à la santé. Plus qu'un enjeu : un objectif », *La santé de l'Homme*, 345, p4-5.

Derenne O, Lamy Y. (1996), *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*. Editions ENSP.

Lebrun T. (1999), « des conférences Régionales de Santé aux Etats Généraux de la santé ». *AMIP-Info*, n° 55.

Loncle P, Schaetzel F. (2001), « Article paru dans la revue Pouvoirs locaux », *Septembre*.

Maestri. (1994), « Quand certains silences règnent dans les IFSI », *Objectifs soins*, 19, p. 34.

Polton Dominique. (1998), « Allocation de ressources et régionalisation », *L'hospitalisation privée*, n° 343, pp 47-50.

Sailly JC. (1999), « Nécessité et difficultés de la détermination des priorités en matière de santé publique. L'expérience française », *Journal d'Economie Médicale*, t., 17, n° 6.

Roberton G. (1998), « Du concept à la pratique... Approche didactique de la formation en IFSI ; vers une formation de l'esprit », *Recherche en soins infirmiers*, n° 54.

Vial M. (2000), « La recherche en Sciences de l'éducation et la santé », *Revue Spirale, Numéro spécial Education et santé*, 25, p. 119-142.

Internet :

<http://www.npcprev.sante.gouv.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/egs/1-demarche/confreg/12propos.htm>,