



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des soins**  
**Promotion 2006**

---

**La pratique réflexive : un enjeu  
déterminant pour les professions  
paramédicales**

---

**Stéphane GUERRAUD**

---

# Remerciements

---

Je remercie,

Tout particulièrement les professionnels et les étudiants qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion dans le cadre de ce travail,

Mais aussi,

Les professionnels, qui tout au long de ma carrière, m'ont permis d'analyser ma pratique,

Madame Collet, pour son accompagnement dans mon projet professionnel,

Mesdames Coudray et Galant, Messieurs Bourgeon et Guérin, pour leurs précieuses contributions lors de mes stages,

Madame Gauthier, tuteur de positionnement lors de ma formation de directeur des soins, accompagnateur très « réflexif »,

Monsieur Bertrand, qui a su guider nos travaux de mémoire avec écoute et bienveillance,

A Béatrice, Catherine, Véronique et Vincent.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE :</b> .....	<b>9</b>
<b>CONCEPTS DE COMPÉTENCE et de PRATIQUE RÉFLEXIVE</b> .....	<b>9</b>
<b>1 L'émergence du modèle de compétence</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 Les facteurs d'influence de la compétence</b> .....	<b>9</b>
1.1.1 Les événements, les aléas.....	10
1.1.2 La communication .....	11
1.1.3 Le service .....	12
1.1.4 L'organisation du travail .....	12
<b>1.2 Les définitions de la compétence</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Les pratiques réflexives : de quoi s'agit-il ? Quelles perspectives ?</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Pratique réflexive et analyse des pratiques professionnelles : essai de clarification conceptuelle</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 Les conditions de développement de la pratique réflexive</b> .....	<b>22</b>
2.2.1 La place d'un système d'évaluation .....	22
2.2.2 La relation entre le professionnel et le client .....	23
<b>2.3 Les perspectives offertes par la pratique réflexive</b> .....	<b>24</b>
2.3.1 L'apprentissage .....	25
2.3.2 L'influence sur les métiers.....	26
<b>DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE DU TERRAIN</b> .....	<b>29</b>
<b>1 La méthode</b> .....	<b>29</b>
<b>1.1 L'analyse des programmes</b> .....	<b>29</b>
<b>1.2 Les entretiens</b> .....	<b>30</b>
1.2.1 Le guide d'entretien .....	30
1.2.2 Le choix des instituts et des interviewés.....	30
1.2.3 L'organisation et le déroulement.....	31
<b>1.3 L'analyse</b> .....	<b>31</b>
1.3.1 La grille et la méthode d'analyse.....	31

<b>2</b>	<b>L'analyse des données</b>	<b>32</b>
2.1	Les programmes de formation	32
2.1.1	La formation des infirmiers	32
2.1.2	La formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale	35
<b>3</b>	<b>Résultats et synthèse de notre démarche</b>	<b>35</b>
3.1	La place de la pratique réflexive dans les deux instituts, terrains de l'observation	35
3.1.1	Le recueil documentaire	35
3.1.2	Les entretiens	37
3.1.3	Prolongements des entretiens	44
	<b>TROISIÈME PARTIE : PROLONGEMENTS PROFESSIONNELS</b>	<b>47</b>
<b>1</b>	<b>L'apport des pratiques réflexives au développement des compétences : du concept à la réalité</b>	<b>47</b>
1.1	Les limites de l'étude : un préalable à prendre en compte	47
1.2	Le passage obligé par l'analyse de l'activité	48
1.3	L'exploitation des référentiels de compétences	49
1.4	Le positionnement de la formation	52
1.5	Le projet de formation : les pratiques réflexives au cœur de la formation	52
1.6	De nouveaux partenariats à envisager	53
<b>2</b>	<b>L'engagement dans un dispositif d'amélioration continue de la qualité</b>	<b>56</b>
2.1	Un choix stratégique	56
2.1.1	Une finalité claire	56
2.1.2	Des enjeux partagés	56
2.2	Une méthodologie	56
2.2.1	La place des clients	57
2.2.2	Un dispositif d'évaluation simple	57
	<b>Conclusion</b>	<b>59</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AS :	Aide-Soignant(e)
AFNOR :	Association Française de NORmalisation
CEREQ :	Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
IFMEM :	Institut de Formation des Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MEDEF :	Mouvement des Entreprises DE France
VAE :	Validation des Acquis et de l'Expérience

## INTRODUCTION

Les entreprises, les organisations dans leur ensemble et le milieu hospitalier n'échappent pas à l'obligation de s'adapter aux exigences d'un environnement en profonde mutation. Le système de santé s'inscrit dans une dynamique de changement qui s'est particulièrement accentuée depuis dix ans. Les exigences économiques, les choix politiques et les attentes légitimes des usagers clients refondent et révolutionnent l'offre de santé en France. L'hôpital s'ouvre progressivement au regard extérieur, la place des acteurs, médicaux et non médicaux se modifie, à tel point que certains professionnels ont parfois du mal à saisir les enjeux et les répercussions des réformes en cours.

Notre étude s'intéresse au développement des compétences des professionnels paramédicaux. Cette notion, tout juste exploitée depuis une dizaine d'années dans le champ de la santé, apparaît structurante et porteuse d'enjeux nouveaux sur le plan du management et de la formation professionnelle. Notre projet professionnel nous conduit à une fonction de coordination de plusieurs instituts de formation. A ce titre, notre étude s'inscrit dans une perspective d'analyse générale de la problématique de la formation des professionnels paramédicaux. Une recherche plus approfondie s'intéresserait aux spécificités de chaque profession. Cela n'est pas notre objectif. Nos motivations s'appuient sur l'observation de décalages de plus en plus prononcés entre les exigences des clients de la formation et les dispositifs d'offre en place. S'agit il d'une fausse impression ou est-ce le témoignage d'un malaise plus profond ? Afin de préciser notre questionnement et de structurer notre raisonnement nous nous sommes attachés à synthétiser les facteurs environnementaux qui influencent la compétence professionnelle et à analyser les enjeux qui s'y rapportent.

En quoi la compétence est elle reconnue et gérée comme une ressource ? L'engagement, l'implication des professionnels est souvent louée par les responsables et les médias. Mais la gestion des compétences est le plus souvent considérée comme complexe par les directeurs d'hôpital. Des ébauches de gestion prévisionnelle des compétences se dessinent parfois. Mais les contraintes de gestion des ressources humaines sont quant à elles beaucoup plus clairement évoquées. La compétence apparaît floue, difficile à appréhender, difficile à construire et à gérer. Ces difficultés freinent elles l'ambition de vouloir s'attacher à les développer, pour au final mieux les utiliser ? Qu'en est-il dans le domaine de la formation paramédicale ? Les stratégies de formation et les dispositifs mis en place tiennent ils suffisamment compte de la finalité de la formation qui peut se résumer ainsi : former des professionnels de santé compétents et susceptibles de le rester ?

Pour mieux comprendre ces prémices de réflexion, nous nous sommes attachés à synthétiser nos constats.

- **L'évolution de la société**

L'un des premiers éléments de cette évolution repose sur les changements dans la relation de l'homme au travail. Le travail bien qu'essentiel pour l'équilibre de l'homme n'occupe plus une place aussi importante. La sphère des loisirs, d'activités occupationnelles variées font qu'il ne montrera pas un attachement inconditionnel au travail et à l'entreprise. Les changements de postes, d'activités voire de métiers sont désormais fréquents au cours d'une carrière. Le professionnel peut avoir pour seul projet de travailler, comme il peut avoir un projet construit et très évolutif. Le rapport au temps est davantage maîtrisé. La société offre un panel d'activités élargi et, a priori, plus accessible. L'adaptation constante devient prégnante, l'engagement dans l'activité professionnelle, même s'il n'est pas remis en cause par ce constat, change de nature, il devient moins inconditionnel. La compétence professionnelle doit se saisir de ce facteur sociétal, au même titre que le management doit en tenir compte. Ce d'autant que la diversité des acteurs professionnels, des générations qui se côtoient, font que les aspirations et les rapports au travail peuvent être très différenciés. En cela, et pour d'autres raisons le contexte professionnel évolue.

- **Le contexte professionnel**

Le milieu du travail évolue au rythme des changements organisationnels. Les enjeux économiques, les évolutions scientifiques et techniques conduisent les responsables à repenser le pilotage de l'établissement et l'organisation des soins. Les variations d'activités, la gestion optimale des flux, la prise en compte du parcours du patient, incitent à une approche beaucoup plus transversale des organisations. Il s'agit de penser une organisation selon une logique de finalité partagée. La logique rassurante et contenue aux frontières d'un service s'estompe au profit d'un travail plus diversifié, où la coordination des acteurs, des activités et le développement des collaborations s'intensifient. Le rapport à l'environnement se doit d'être repensé. Ces facteurs influencent les compétences des professionnels de santé. En quoi les appareils de formation prennent ils en compte ces facteurs ?

Les orientations nationales nous conduisent à cette réflexion. Créée par la loi du 17 janvier 2002, la validation des acquis de l'expérience (VAE), connaît un succès croissant, qui s'imisce désormais dans le champ paramédical. Le répertoire des métiers permet de recenser et d'identifier les métiers de l'hôpital. Il est une aide pour clarifier la répartition des effectifs, pour repérer les besoins en formation. Il n'identifie cependant que les savoir faire clés. En cela il n'est pas un « référentiel métier », ni a fortiori, un « référentiel de compétences ». Il est une base à l'usage interne des établissements, mais aussi pour l'ensemble des associations et des décideurs, afin de communiquer sur des notions partagées. Pour approcher la réalité du métier, il apparaît nécessaire de compléter le

répertoire d'un référentiel d'activités. Ce n'est qu'à cette condition que l'élaboration d'un référentiel de compétences est envisageable. Le dispositif de VAE conduit par le ministère couple ce référentiel de modalités d'évaluation et de validation, dont l'exploitation se trouve facilitée, autant pour ce qui concerne le processus de VAE que dans le cadre de la formation. Cela signifie très concrètement que les dispositifs de formation sont ou vont être revus de fond en comble. Le référentiel de compétences conduit à la refonte des référentiels de formation. Cela doit générer des réflexions de fond, tant au niveau des projets de formation que des dispositifs qui en découlent. Se contenter de simples ajustements des formations actuelles consisterait en une lacune stratégique importante. Les enjeux et les objectifs ne seraient pas appréhendés dans leur plénitude. Ce d'autant que le champ des compétences se modifie pour certains métiers, et qu'il apparaît nécessaire d'accompagner avec attention la clarification des activités et des responsabilités entre professionnels. Notre réserve trouve son origine dans nos observations en stage. Il nous a été possible d'analyser le passage de la formation issue du texte de 1994 à celui de 2005 pour les aides-soignantes (AS) et de constater une simple accommodation des onze modules initiaux en huit nouveaux sans appréhender totalement leur correspondance aux huit compétences de l'AS.

- **La mutation du contexte hospitalier**

Notre propos n'a pas pour objet de reprendre l'évolution historique des réformes de l'hôpital. Cependant l'analyse de certains facteurs permet de mieux cerner les raisons et les enjeux qui nécessitent de revisiter le milieu de la formation.

Tout d'abord l'environnement est très instable depuis les années 80. La dénatalité et le vieillissement s'accroissent. L'apparition de nouveaux facteurs épidémiologiques et de crises sanitaires ont des répercussions insoupçonnées. Le poids des associations et les évolutions des exigences de la population ont pour effet d'interroger l'offre de soins et le rôle des acteurs de santé. La complexité hospitalière, la diversité des métiers et des cultures ont conduit à des cloisonnements analysés dans de nombreuses publications depuis dix ans. La place très exposée de la santé dans notre société, les préoccupations financières qui l'accompagnent soumettent ce secteur à une pression médiatique très forte. L'hôpital doit se remettre en question et accélérer sa réforme.

En synthèse, il est possible de considérer quatre grandes catégories de motivations.

- **Une crise identitaire** : pour les médecins dont le positionnement dans la société se modifie. En proie au joug administratif ils perçoivent une diminution de leurs libertés. Soumis comme tous les professionnels à une fracture des générations, l'identité du corps médical se transforme pour partie. Pour les paramédicaux, la place du soin apparaît moins prégnante, au profit, selon eux, du temps administratif et organisationnel. Plus encore,

la diversité des professions et la complexité de leurs représentations ne facilitent pas la clarification de leur rôle et de leur contribution à l'offre de santé.

- **Une crise démographique** : très prégnante au début des années 2000 pour les infirmières, elle est toujours majeure pour certaines spécialités médicales et elle le devient pour certains paramédicaux, comme les manipulateurs en électroradiologie médicale. Plus de 50% des professionnels aujourd'hui en activité seront à la retraite en 2015. La problématique de gestion des compétences s'intensifie.
- **Une crise financière** : elle se constate à partir de la vétusté du patrimoine, les reports de charge et les difficultés tant pour l'assurance maladie que pour les établissements à équilibrer leurs comptes.
- **Une crise bureaucratique** : l'accroissement des normes de sécurité, la propension du principe de précaution contraignent les établissements à des actions correctives et préventives parfois lourdes. Mais le cœur de la crise bureaucratique se situe davantage dans le processus de prise de décision. Le système apparaît rigide, peu réactif, alors que les facteurs environnementaux et les demandes de la population contraignent à une plus grande réactivité.

Le plan « Hôpital 2007 » a pour objectif de répondre à ces différentes crises. Les efforts d'investissements, la réforme de la planification sanitaire, de la tarification à l'activité et la refonte de la gouvernance témoignent d'une réponse globale aux symptômes présentés. Ce détour par le contexte hospitalier situe la complexité de la construction et de la gestion des compétences. L'instabilité des structures et des acteurs conditionne une analyse précise et continue des besoins du champ professionnel, pour former des professionnels susceptibles de s'adapter aux exigences d'aujourd'hui et de demain. Une constante se dégage clairement. Les repères professionnels seront nouveaux et changeants et la nécessité de collaborer, de travailler davantage ensemble, dans des conditions nouvelles devient une priorité. Un directeur des soins, responsable de formations se doit d'en tenir compte.

Il en est de même de la culture qualité, amorcée récemment à l'hôpital. Les évaluations des pratiques, des compétences et des performances sont à ce jour très balbutiantes. Pourtant, elles constituent des enjeux déterminants pour adapter l'offre de soins aux besoins. En quoi en tenons nous compte dans nos dispositifs de formation ? Peut-on espérer accompagner le changement sans inscrire ces orientations dans les stratégies et dispositifs de formation ?

- **La formation des professionnels paramédicaux**

Aujourd'hui la logique du savoir et des contenus domine. Les stages occupent une place importante, ils représentent parfois la moitié de la formation. L'alternance n'est cependant pas toujours envisagée, dans un processus construit de formation. La logique de gestion des stages se heurte à des contraintes organisationnelles et concurrentielles nouvelles. Il est rare d'observer des procédures tutorales élaborées, de constater des dispositifs de collaborations formalisés entre le milieu de la formation et le champ de l'offre de santé. Il existe partout des liens, mais le plus souvent, circonstanciels. Ils relèvent du bon vouloir de certains acteurs. Ce n'est pas inscrit dans une culture de l'alternance construite.

Au sein des établissements de santé, peu d'éléments unissent formation initiale et formation continue. Les contributions de ces secteurs ne peuvent donc pas s'articuler pour envisager un continuum de professionnalisation.

Les instituts et écoles sont encore à ce jour très rarement inscrits dans des démarches qualité, exceptionnellement dans une procédure d'accréditation ou de certification. Que peut-on en conclure ? A priori, le souci de se soumettre à un regard extérieur n'est pas inscrit dans la culture des directeurs des soins et des équipes pédagogiques. Ne peut-on pas imaginer une résonance négative pour les formés et bien entendu pour les compétences visées par la formation ?

A ce jour, les dispositifs de formation des paramédicaux contribuent à former des professionnels compétents sans être inscrits dans une logique de formation à la compétence.

Sommes-nous alors en mesure de répondre aux enjeux qui se dessinent pour les professionnels et les structures de santé ?

Il s'agit de contribuer à une offre de soins performante. Les dispositifs de soins doivent s'adapter aux besoins de la population et dans le même temps les professionnels de santé doivent s'adapter aux orientations et aux organisations mises en place. Le contexte que nous avons décrit appelle à l'optimisation des ressources. Les compétences humaines en constituent les fondamentaux. Comment alors ne pas s'étonner de ne pas observer plus d'attention et d'investissement dans le domaine ?

A la croisée des champs du soin et de la formation, se situe l'engagement dans une démarche qualité, efficiente, soucieuse de fournir des réponses adaptées aux besoins et attentes des clients. La relation de type « client-fournisseur », devient de ce fait, un angle d'analyse plutôt novateur dans le secteur sanitaire. La formation des professionnels de santé s'inscrit désormais dans une problématique nouvelle : s'adapter en permanence, pour initier et contribuer au développement des compétences de demain, tout en se positionnant dans un environnement beaucoup plus concurrentiel et encore très instable. Cette instabilité résulte pour partie de la mutation du milieu hospitalier, mais aussi et plus

directement, de l'apparition d'une tutelle nouvelle. La décentralisation au profit du conseil régional, issue de la loi du 13 août 2004, amène des incertitudes, dans le domaine de la gestion des instituts, et dans le positionnement de ceux-ci dans l'offre de formation régionale.

Pour s'inscrire dans la mutation de l'offre de santé en cours, les professionnels paramédicaux doivent travailler en « pluri » et en interdisciplinarité. La logique des moyens supplémentaires, communément appelée la logique du « toujours plus », s'estompe au profit d'une finalité partagée. La hiérarchisation verticale du pouvoir de décision, les frontières étanches entre services se muent progressivement en organisation fondée sur une approche transversale du processus de soins. L'adaptation, la réactivité, sans doute la capacité à créer, à faire face aux aléas deviennent des atouts de choix pour répondre aux enjeux qui se présentent à nous. En conséquence, si les professionnels de santé doivent toujours répondre parfaitement au prescrit, ils doivent aussi aller au-delà, en s'engageant avec responsabilité, dans un parcours professionnel, où le **développement continu des compétences devient le facteur premier de professionnalisme.**

Or, il est difficile d'agir avec compétence dans un contexte fragilisé, où la culture professionnelle est finalement peu valorisée. Il apparaît de plus en plus important de réfléchir au sens de l'action, de plus en plus singulière. **L'enjeu est d'allier la sécurité de pratiques reconnues pour leur efficacité et adaptées au contexte à la réponse spécifique aux besoins de santé des personnes. Il s'agit d'une problématique, située au carrefour de la construction et de la gestion des compétences.** La réflexion sur l'action et dans l'action suggère une place de choix aux pratiques réflexives. Celles-ci semblent faciliter le développement des compétences ; elles favorisent, l'adaptation, la réactivité adaptée. Ne faut-il pas, en conséquence, les promouvoir davantage dans les instituts de formation ?

Ceci nous conduit à formuler la question de départ de notre travail :

**« En quoi la pratique réflexive est-elle à même de favoriser le développement des compétences des professionnels paramédicaux ? »**

Notre première partie a pour objectif de clarifier les concepts de compétence et de pratique réflexive. Nous axons notre raisonnement sur la volonté d'élucider la problématique de construction des compétences dans une perspective affirmée de valoriser la professionnalisation des acteurs de santé. L'enjeu pour nous est d'identifier les causes de la difficulté que nous avons pu observer, autant dans la prise en compte de

la compétence dans le champ de la formation, que dans la gestion de celle-ci au sein des établissements de santé. La pratique réflexive est-elle la réponse la plus pertinente ? Nous allons là encore nous efforcer de préciser ce qu'elle recouvre, pour analyser sa possible contribution au développement des compétences.

### **Nos hypothèses sont de deux ordres :**

#### **Hypothèses de nature explicative :**

- La pratique réflexive contribue au développement des compétences si :
  - Un dispositif d'évaluation de celles-ci existe
  - Le lien au(x) client(s) est explicite
  - La qualité de la prestation visée est explicite et évaluable

#### **Hypothèses de nature prescriptive :**

- L'engagement institutionnel dans la promotion des pratiques réflexives est favorable au développement des compétences
- Les pratiques réflexives renforcent l'identité professionnelle

Dans notre deuxième partie, nous nous confronterons à la réalité des textes, des programmes de formation. En quoi permettent-ils le développement des compétences ? Quelles perspectives peut-on entrevoir de l'élaboration des référentiels de compétences qui voient le jour depuis quelques mois ? Quels enjeux pour les appareils de formation ? Il nous est apparu alors nécessaire de nous entretenir avec les acteurs de terrain. Directeurs des soins, cadres de santé formateurs, étudiants, directeurs des ressources humaines, et conseillers du ministère nous apporterons un éclairage de choix pour étayer et enrichir notre réflexion et vérifier nos hypothèses.

La confrontation de notre raisonnement théorique et l'analyse des entretiens nous permettent d'envisager des prolongements professionnels qui structureront notre troisième partie, et très probablement notre futur positionnement de directeur des soins.

## **PREMIÈRE PARTIE :**

# **CONCEPTS DE COMPÉTENCE et de PRATIQUE RÉFLEXIVE**

## **1 L'émergence du modèle de compétence.**

### **1.1 Les facteurs d'influence de la compétence**

La question de la compétence comme support de qualification des salariés et de performance des entreprises est apparue en France au début des années 80<sup>1</sup>. Cette naissance, finalement récente, résulte de la volonté d'estomper les effets inadaptés du modèle des organisations tayloriennes et bureaucratiques. Il s'agissait déjà d'imaginer de nouveaux comportements, une plus grande réactivité, la qualification du salarié sur un poste de travail, la réponse à une prescription précise n'étant pas assez adaptée aux enjeux de production. Le parallèle avec l'évolution du contexte hospitalier se dessine avec un écart de vingt ans. Cependant, il apparaît important de ne pas cristalliser cette révolution sur les seules motivations économiques. Ainsi, nos constats sur l'évolution des rapports de l'homme au travail, nous conduisent à envisager de nouvelles attentes sociales. Le changement, les évolutions ne peuvent se concevoir sans une attention particulière, à l'homme, aux clients. Le service attendu, devient essentiel à clarifier. Il concerne tout autant le client que le fournisseur, et par là, le professionnel qui s'acquitte de ses tâches. L'homme n'est pas un « pion », qu'il soit, patient ou professionnel de santé.

Le risque du modèle de compétence a été identifié, dès lors que quelques précurseurs, se sont lancés au début des années 90 à l'hôpital dans des projets de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Le concept novateur est dès lors devenu l'objet de critiques, stigmatisant un effet de mode, plus qu'une réelle avancée gestionnaire et sociale.

P. ZARIFIAN propose une analyse qui permet de comprendre l'émergence et la portée du modèle de compétence. Elle repose essentiellement sur l'évolution du jugement que les dirigeants portent sur la qualification des salariés. Dans le monde de l'entreprise hier, comme à l'hôpital aujourd'hui, la complexification de la production, l'accroissement des

---

<sup>1</sup>ZARIFIAN.P : Objectif Compétence, Editions Liaisons, 2001, p.9

zones d'incertitudes ont fait prévaloir le facteur « intelligence ». Non qu'il soit ignoré auparavant, il s'agit de ne pas se contenter des seules capacités corporelles, que sont par exemple, la dextérité, l'habileté dans les gestes, la vitesse d'exécution. L'intelligence est ici considérée comme la capacité à appréhender les problèmes de performance. L'analyse sociologique égratigne également l'inadéquation des approches catégorielles et des qualifications pour détecter et évaluer les « *ressources en intelligence et initiatives* »<sup>2</sup>. Le dernier facteur remis en cause est celui du poste de travail. Celui-ci présente plusieurs inconvénients. Tout d'abord il soumet un cadre rigide aux situations de travail, qui sont de plus en plus diversifiées. De plus le poste de travail ne rend pas compte de la compétence de l'agent. Cela conduit à un questionnement qui porte sur une évaluation transversale des compétences. Des compétences qui seraient communes à plusieurs professionnels, mais qui ne dépendraient pas de la seule spécificité du poste ou du lieu de travail seraient-elles alors à rechercher et à promouvoir ? Nous en prenons le parti.

### **1.1.1 Les événements, les aléas**

La compétence se rapporte incontestablement à l'activité, à des situations de travail. La standardisation, le développement des procédures et des protocoles sont des balises dont l'importance n'est pas à démontrer. Cependant, se contenter de ces repères pour s'assurer de l'adéquation de la prestation au besoin du client n'est sans doute pas suffisant. L'activité humaine « *se repositionne sur l'affrontement à des événements* »<sup>3</sup>. L'événement est à considérer comme tout élément venant perturber l'action. Le signe ou l'aléa imprévu. C'est la panne, la survenue d'un symptôme inconnu du professionnel, un matériel manquant ou défectueux, la demande inattendue d'un patient etc. Le travail et la compétence consistent à prendre en compte ces aléas, à être en attente active par rapport à eux. L'événement ou l'aléa génère un problème au professionnel. La manière d'anticiper, d'être en veille, constituent une première dimension à prendre en compte pour appréhender le concept de compétence. La gestion de la situation problème et l'exploitation qui est faite a posteriori, à partir d'une réflexion sur l'action vécue, en constituent deux autres dimensions.

Il est possible à ce stade de notre réflexion de corréler l'analyse des facteurs environnementaux susceptibles de poser problème dans la situation de travail à laquelle on est confronté, au développement de la compétence. L'attention portée à l'évolution des besoins des patients ou des étudiants, l'implantation d'une clinique chirurgicale à

---

<sup>2</sup> Ibid p.17

<sup>3</sup> Ibid p.36

proximité d'un centre hospitalier ou plus simplement l'évolution technique et réglementaire sont des éléments à prendre en compte.

En synthèse, il apparaît d'ores et déjà impossible de contraindre la compétence dans le travail prescrit, ni même, a fortiori, dans la définition de tâches à effectuer. La compétence appartient à celui qui travaille, elle est étroitement liée à la relation de l'homme au travail, et à sa façon d'appréhender les situations problèmes. Elle s'inscrit dans le concret, tout en mobilisant l'acteur dans l'analyse de l'aléa. Plus la situation devient complexe, plus il est aisé de considérer l'intérêt de mobiliser les compétences conjuguées d'un réseau d'acteurs. Les notions de compétences individuelles et collectives se dessinent et se différencient.

### 1.1.2 La communication

Aujourd'hui, au sein de l'entreprise et dans le système de santé la qualité des interactions, des interfaces devient primordiale. Il s'agit donc de collaborer, de communiquer et de savoir rendre compte. Cela s'oppose radicalement, à la division des tâches, des responsabilités et aux frontières étanches entre services hospitaliers ou bien encore entre pôles. La qualité de la communication ne s'appuie pas sur de simples transferts d'informations, mais sur un enjeu de gestion des interfaces et des interactions. Car l'action de l'un, sa capacité ou non à communiquer, va influencer sur l'action de l'autre et réciproquement. Selon ZARIFIAN communiquer est « *avant tout construire une compréhension réciproque et des bases d'accord qui seront le gage de succès des actions menées en commun* »<sup>4</sup>, il poursuit en précisant :

- « *c'est comprendre les problèmes, les contraintes des autres..., en même temps que l'interdépendance, la complémentarité et la solidarité des actions* »
- « *c'est arriver à comprendre soi-même, à évaluer les effets de sa propre action sur les autres, en fonction de cette compréhension* »
- « *c'est se mettre d'accord ensemble sur les enjeux et les objectifs d'action, pris et assumés en commun, et sur les règles qui vont permettre d'organiser ces actions* »

Ceci nous conduit à la nécessité de concevoir le système d'information et de communication comme un élément déterminant de la stratégie d'entreprise, considérée ici au sens large. Avec des règles de justice, une exploitation positive et éthique des conflits, au final, susceptibles d'aider l'analyse critique des situations.

---

<sup>4</sup> Ibid p.41

### 1.1.3 Le service

La notion de service rendu est historiquement très ancrée dans les professions de santé. Elle apparaît à tous, telle une évidence, une sorte d' « allant de soi ». A l'exemple de P. ZARIFIAN, qui nous propose une définition qui suggère de prendre en compte l'impact sur l'état ou l'activité d'un tiers : « *travailler c'est engendrer un service, c'est-à-dire une modification dans l'état ou les conditions d'activités d'un autre humain ou d'une institution que l'on appellera destinataire du service, un client ou un usager* »<sup>5</sup>, il nous paraît important d'identifier et de rendre lisible cet effet attendu et visé. Il s'agit d'une condition sine qua non pour rendre concrète la notion de client. Ainsi, en priorisant le problème de l'usager-client, on se contraint à rechercher et à offrir une solution singulière. Qu'advient-il si dans le domaine de la formation professionnelle, il n'est nullement tenu compte, ni de la compétence visée, ni de ce que sont les étudiants, adultes différents, avec des trajectoires singulières, des projets ou non ? Il apparaît important de clarifier, ce qui est visé et de mettre en parallèle la situation de départ, pour élaborer une stratégie de formation pertinente. La question peut sans doute se discuter différemment au lycée ou à l'université.

La notion de service contribue pleinement à alimenter le jugement d'utilité développé par C. DEJOURS. Elle justifie aussi les organisations qui sont en place. Que peut-on dire d'une organisation dont on ne peut expliquer la réelle contribution à la réponse apportée aux besoins des clients ? Ce que nous traduisons dans notre pratique par une phrase simple : quelle valeur ajoutée apporte-t-on ?

La confrontation aux événements, la communication et le service sont trois facteurs qui influencent considérablement le concept de compétence. Ils apportent un éclairage qui relie le travail, le but visé et le travailleur. Cette approche ne s'oppose pas radicalement à la qualification, elle la complète et a priori, la modernise. Le travail possède une face visible dont il serait imprudent de se contenter. Le travail ne peut pas se réduire à une liste de tâches. La compétence ne peut se réduire à une liste de capacités adaptées à la réalisation de ces tâches.

### 1.1.4 L'organisation du travail

Notre propos n'a pas pour intention de lister les différents types d'organisation du travail. Notre volonté est de souligner l'influence que l'organisation peut avoir, sur la nature des compétences mobilisées mais aussi sur les conditions qu'elle offre aux professionnels pour qu'ils développent leurs compétences. A ce titre une organisation taylorienne, une

---

<sup>5</sup> Ibid p.43

organisation en réseau, une organisation en projets ne font pas appel aux mêmes ressources et ne constituent pas des situations d'apprentissage identiques. Cela interroge nos appareils de formation et l'organisation des soins. En d'autres termes, et nous devons cette analyse aux nombreuses publications de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, les organisations sont plus ou moins apprenantes. Dès lors que la prescription se rapproche de l'opérateur et de la situation de travail, l'initiative du professionnel s'accroît pour répondre au besoin et pour atteindre les objectifs qui s'y rapportent. Il perçoit naturellement mieux les enjeux de son action. Cela se traduit par une phrase clé : pourquoi, pour quoi et pour qui j'agis ?

Le type d'organisation distribue très différemment les compétences collectives et individuelles. Dans une organisation en réseau par exemple, chaque acteur perçoit le poids de la compétence collective, née de la complémentarité des compétences de chacun, tout en ayant une considération positive de sa propre contribution et donc de sa propre compétence.

Le modèle de la compétence évolue, il est vivant. Les évolutions de l'environnement et des contraintes internes et externes soumises aux situations de travail, montrent un nécessaire retour du travail sur le professionnel tout en stigmatisant la nécessité de prendre en compte les processus de compréhension entre acteurs. Cela signifie, que la définition de la compétence se doit de prendre en compte une perspective de retour réflexif sur les situations de travail.

## 1.2 Les définitions de la compétence

Le développement des compétences relève d'un enjeu stratégique prioritaire, sur lequel il apparaît judicieux d'investir. Pour autant de quoi parle-t-on ? Pour répondre à cette question nous allons procéder à une rapide synthèse du foisonnement des approches sur le sujet.

- *L'AFNOR<sup>6</sup> : « la compétence professionnelle est la mise en œuvre de capacités, en situation professionnelle, qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité ».*
- *Le CEREQ<sup>7</sup> : « la compétence est une séquence de comportements coordonnés, efficaces. Pour ce faire, sont sollicités des savoirs, connaissances générales, ou professionnelles issues de l'enseignement formel (scolaire, universitaire), des savoir-faire, connaissances issues des activités professionnelles concrètes et des*

---

<sup>6</sup> AFNOR : Association Française de Normalisation

<sup>7</sup> CEREQ : Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications

*savoir être, aptitudes à communiquer, à prendre des initiatives, des responsabilités (comportement social) ».*<sup>8</sup>

L'approche de l'AFNOR corréle les capacités et la situation de travail. La notion de but à atteindre se situe en toile de fond, sans ambition de précision, ni de performance. Il s'agit d'exercer « convenablement » une fonction ou une activité. Le qualificatif de convenable renvoie à une notion générale de performance, indépendante de la spécificité des besoins du client.

La définition du CEREQ allie connaissances, savoir faire et savoir être dans une perspective d'autonomie et d'engagement de l'acteur. Ainsi, la prise d'initiatives et de responsabilités est soulignée. Le rapport au client, n'est là encore, pas explicite.

Dans les deux définitions, le contexte, les aléas, les organisations du travail ne sont pratiquement pas pris en compte.

- *Le MEDEF : « la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer ».*<sup>9</sup>

Cette définition se rapporte à la personne. Elle insiste sur la spécificité du contexte. Elle apporte une contribution dans la responsabilité de l'entreprise. Elle doit « repérer, évaluer, valider et faire évoluer ». Cela signifie que le patronat estime que la compétence a une forme, qu'elle se définit, qu'elle se détecte et qu'elle est un objet d'investissement. Mais surtout elle stigmatise le rapport que la compétence entretient avec la situation de travail, avec l'action. L'évaluation ne peut donc s'envisager qu'à partir de l'activité, de la confrontation de l'individu à la situation de travail. Paradoxalement, cette approche, ne se situe pas dans un type particulier d'organisation du travail. Elle n'apporte aucun éclairage sur la contribution des compétences collectives, ni même sur l'un des axes de la compétence individuelle qui se situe dans la compréhension des rapports du professionnel à son environnement, du moins pas directement. Ainsi, les coopérations entre professionnels, les rapports au client sont ignorés. Plus étonnant sur le plan théorique, l'entreprise se positionne pratiquement comme le seul contributeur et évaluateur de la compétence. Cela questionne la neutralité et la posture de l'évaluateur, mais aussi et surtout, la place accordée à l'intégration de connaissances, dont la source est, au moins pour partie, externe et antérieure, à la vie en entreprise.

---

<sup>8</sup> DREVET.G : Mémoire ENSP 2004

<sup>9</sup> ZARIFIAN.P, Op. Cit., p. 63, citant le CNPF

Plusieurs auteurs ont largement contribué à l'approfondissement du concept de compétence. Parmi ceux-ci nous citerons Guy Le BOTERF, qui outre la notion de valorisation sociale apportée par la compétence, caractérise précisément la compétence en savoirs mobilisables en situation. En cela, la compétence ne se réduit pas à des connaissances, ni même à des capacités. Pour LORINO « *un savoir n'est utile que s'il se concrétise dans un savoir-faire, donc dans un faire : dans une activité. La compétence fait ses preuves dans l'action. Son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne.* »<sup>10</sup> L'acquisition de connaissances, le développement de capacités constituent un socle, à partir duquel, il est possible d'envisager la construction de compétences. La reconnaissance de la performance en action par des tiers constitue un pas dans l'identification de la compétence. Le BOTERF caractérise les savoirs mobilisables en plusieurs catégories :

- **Les savoirs théoriques** : visent la compréhension, l'analyse des situations ou des problèmes.
- **Les savoirs procéduraux** : ont pour objet de rendre explicite l'action à réaliser.
- **Les savoir-faire procéduraux** consistent à appliquer la prescription. L'expérience peut conduire à un savoir-faire.
- **Les savoir-faire expérientiels** : s'appuient sur les apprentissages, les enseignements tirés de la pratique.
- **Les savoir-faire sociaux** : les autres savoirs ne suffisent pas à appréhender la compétence. Il s'agit d'intégrer les codes ; un savoir être induit par les représentations sociales, les statuts, les règles d'une institution.
- **Les savoir-faire cognitifs** : apportent la capacité à résoudre des problèmes, à concevoir une démarche, à élaborer un projet complexe...

Il apparaît essentiel d'envisager la combinaison de ces différents types de savoirs pour caractériser la compétence. Le professionnel doit être en capacité d'intégrer un certain nombre de savoirs et de les transférer dans la situation de travail pour être en capacité d'agir avec efficacité. Nous approchons la notion de synthèse qui peut se définir par le savoir agir ou « agir avec compétence ». Outre l'intégration de savoirs, leur combinaison adaptée à la situation par un transfert pertinent, il est important d'identifier deux autres conditions incontournables de la performance : le vouloir agir et le pouvoir agir.

---

<sup>10</sup> LORINO.P : L'économiste et le manager, Edition La Découverte, 1989, cité par DREVET.G, Mémoire ENSP, 2004

Ainsi le professionnel peut agir avec compétence s'il est en capacité de mobiliser ses ressources et celles qui émanent de l'environnement dans une action qui lui est dictée par le but à atteindre, c'est-à-dire les résultats escomptés par le destinataire du service produit. A ce niveau, il est possible de distinguer une activité professionnelle standard d'une pratique professionnelle singulière. Entre les deux, la prise en compte du résultat attendu par le client influencera grandement le niveau de performance, et donc la compétence. Le professionnel a une responsabilité dans le vouloir agir, et il partage une responsabilité avec le management et l'organisation dans le pouvoir agir.

A ce stade nous pouvons dire que la compétence se caractérise par la capacité à mobiliser des savoirs de différentes natures dans une situation donnée, afin de répondre avec pertinence aux besoins que requiert le destinataire de l'action. Le contexte, l'organisation et le professionnel ont un rôle dans la performance de l'action. Tentons désormais d'approfondir le concept, pour entrer dans une perspective d'exploitation professionnelle plus concrète.

P. ZARIFIAN structure sa définition de la compétence en phases successives et complémentaires que nous allons commenter :

- **Phase 1** : *« la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté »*

Cette première approche souligne l'engagement de l'individu. Le professionnel est actif, il introduit de la nouveauté dans la situation qui se présente à lui. En introduisant la notion de responsabilité P. ZARIFIAN indique que le professionnel n'est plus dans la seule application d'une prescription. Il assume les effets de son action, il se met en posture de « répondre de », de rendre des comptes. Ceci est en parfaite adéquation avec son analyse de l'évolution de la notion de compétence, notamment la capacité à communiquer. Pour qu'un professionnel comprenne l'influence de son action, on ne peut se contenter d'une application cloisonnée et indépendante. Cela suggère également le développement de l'autonomie des professionnels et en corollaire la décentralisation des décisions. Si le professionnel ne peut rien décider il est difficile d'envisager sa prise d'initiative, son engagement et a fortiori, sa responsabilisation. Par la prise en compte de la situation, l'auteur nous invite à en distinguer trois éléments fondateurs :

- *« Les éléments objectifs, descriptibles, objectivables qui sont les données de la situation »*
- *« Des enjeux qui fournissent l'orientation des actions potentielles que cette situation peut appeler »*

- « *Et une manière subjective qu'a l'individu d'appréhender la situation, de se situer par rapport à elle, de lui faire face et de déterminer ses actions en conséquence* ». <sup>11</sup>

Ainsi, ce qui est en jeu a une importance clé, au même titre que le rapport qu'entretient l'individu aux éléments objectivables de la situation. Le professionnel doit appréhender clairement les enjeux de la situation pour agir avec compétence.

- **Phase 2** : « *La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.* »

Nous rejoignons ici l'approche de G. Le BOTERF, dans la capacité de l'individu à mobiliser des savoirs très différents. Chacun des savoirs est nécessaire, mais seul ou sans qu'il ne soit transformé dans une perspective pratique, concrète, il n'est rien. Il s'agit de mobiliser le savoir à bon escient. Plus les situations sont complexes et diversifiées, plus le professionnel doit être en capacité de mobiliser ses connaissances et d'interroger leur pertinence, voire leur validité dans le contexte. Cela signifie que l'on commence à effleurer le concept de compétence méta-réflexive, où le sujet se distancie de la situation et de ses propres connaissances pour peut-être, en créer de nouvelles, qui lui permettront de revenir à la situation pour mieux y répondre. Le BOTERF et ZARIFIAN se rejoignent totalement sur la dynamique d'apprentissage qui sous-tend la démarche compétence. Cela nous concerne particulièrement. Jusqu'alors la compétence n'était pas clairement exploitée comme une dynamique d'apprentissage au sein des instituts de formation paramédicaux, le domaine d'expression de la compétence n'étant pas celui de l'école. Nous nous interrogeons désormais sur la pertinence d'engager une dynamique d'apprentissage, dès la phase de formation professionnelle initiale, qui soit le terreau du développement constant du processus de construction de la compétence.

- **Phase 3** : « *La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.* »

Cette étape apparaît aussi importante que difficile à franchir pour notre champ professionnel paramédical. Il s'agit d'apprendre à identifier et à faire appel à des compétences que l'on ne possède pas. Au regard de l'analyse du contexte sanitaire, nos organisations et certains corporatismes ont pu nuire à cette dimension de la compétence professionnelle. P. ZARIFIAN parle d' « *appuis de solidarité dans l'action qui conforteront*

---

<sup>11</sup> ZARAFIAN. P. Op. Cit., p.68

*éthiquement les prises d'initiatives* »<sup>12</sup>. Les compétences d'un réseau convergent sur une même situation.

Partager sur les enjeux peut s'entendre communément par l'expression « donner un sens collectif à l'action ». Cette pratique existe dans de nombreux établissements ou services. On peut prendre l'exemple de services de réanimation qui organisent une réflexion collective, pluri-professionnelle, pour analyser la situation critique d'un patient. Les réflexions éthiques s'appuient sur cette logique. Cependant cette approche est rarement établie, instituée et généralisée au sein d'un établissement. Combien d'instituts proposent-ils des situations d'apprentissage où les différentes formations et filières travaillent, s'exercent ensemble, autour d'une même situation ? Une infirmière, un manipulateur, un kinésithérapeute, une diététicienne autour de la situation d'un patient victime d'un infarctus du myocarde sont des situations de formation totalement inédites. Une infirmière anesthésiste et une infirmière de bloc opératoire autour de la gestion d'une situation d'urgence est un autre exemple rarement observé. Notre pratique, nos observations en stage révèlent très peu d'exemples de concertations et d'organisations de formations mutualisées selon cette logique. Sans prôner une formation unique, il paraît pertinent de clarifier ce qui peut être partagé, de coordonner davantage les formations pour que la logiques de collaboration et de solidarité s'inscrivent dans la culture des professionnels de santé.

La notion de coresponsabilité, loin de diluer la responsabilité individuelle, insiste sur la nécessité de clarifier ce qui relève de la responsabilité d'un collectif, d'une équipe, d'un réseau par exemple et celle qui relève de chacun des acteurs. A ce prix, chacun est en mesure de s'engager et d'assumer plus facilement ce qui relève de sa contribution.

**Ainsi les fondements de la compétence collective se dessinent : partager des enjeux, savoir coopérer, agir en responsabilité et en coresponsabilité, apprendre collectivement des expériences partagées.**

**Cela renvoie également à la responsabilité de l'ensemble de l'encadrement. Cela suppose que l'institution mette en place une stratégie et une ingénierie de la connaissance et des compétences, qu'elles soient individuelles ou collectives.**

La plupart des auteurs convergent sur des éléments clés qui permettent d'approcher la notion de compétence :

- Le rapport à l'action. La compétence est en acte.
- Elle se situe dans un contexte professionnel singulier.

---

<sup>12</sup> ZARIFIAN. P. Op. Cit., p.71

- Elle existe et se développe face à des résolutions de problème dans le contexte donné.
- Elle relève de la mobilisation à bon escient de savoirs.
- La compétence renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède.
- Une personne agit avec compétence si elle en a le « pouvoir » et le « vouloir ».
- La compréhension des enjeux est importante pour que la compétence apparaisse et s'exprime, d'autant plus que la situation est complexe.
- Plus le professionnel entretient un rapport « réfléchi » avec la situation et les interactions que celle-ci nécessite, plus il sera à même d'être efficace.

Elle relève d'une relation étroite entre l'individu, la situation, l'environnement mais aussi de la compréhension que l'individu a des enjeux et des résultats visés par le service qu'il produit à travers l'expression de sa compétence. Nous formulons l'hypothèse que plus il sera en capacité d'analyser sa pratique et plus il sera conforté dans sa responsabilité à le faire, plus il sera en mesure d'accroître ses compétences, et par là même son professionnalisme.

**Quelle peut-être alors, la place des pratiques réflexives dans le développement des compétences ?**

## **2 Les pratiques réflexives : de quoi s'agit-il ? Quelles perspectives ?**

En 1983, aux Etats-Unis, Donald SCHÖN, publiait « *Le praticien réflexif - A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* ». Ce titre, résultat d'une traduction canadienne, évoque la quête de savoirs, d'apprentissages issus de l'action. Le sous-titre original « *how professional think in action ?* » suggère la façon dont les professionnels pensent dans l'action. Ces deux approches ne situent pas l'acteur au même niveau. Nous faisons le choix d'exposer d'emblée notre finalité opérationnelle. Il est pour nous essentiel de nous interroger dans une perspective de favoriser le professionnalisme. Autant apparaît-il important de comprendre les savoirs qui se nichent dans l'action, autant il paraît essentiel que ceux-ci soient exploités pour produire de la compétence.

### **2.1 Pratique réflexive et analyse des pratiques professionnelles : essai de clarification conceptuelle**

L'action n'est que rarement le résultat d'un pur automatisme. Ou si c'est le cas, la machine remplace l'homme. Elle résulte d'un jugement, d'une décision. Les savoirs peuvent être cachés, implicites, la réflexion n'être que pratique, il n'en résulte pas moins que l'agir relève d'une forme de réflexion et qu'il propose des possibilités d'apprentissage.

La contribution de D. SCHÖN permet de distinguer très clairement «la réflexion dans l'action » et « la réflexion sur l'action »<sup>13</sup>. La conclusion de P. PERRENOUD est claire, la professionnalisation ne peut résulter exclusivement de l'application de savoirs construits par la recherche.

La pratique réflexive est une manière de penser, de réfléchir sur sa propre façon d'agir, dans une dynamique tout autant critique que constructive. Le petit Larousse définit le terme réflexif par : « qui relève de la réflexion, du retour sur soi de la pensée, de la conscience ». Nous avons pu voir précédemment que la compétence liait l'action, les enjeux de celle-ci et l'homme. La pratique réflexive facilite la mise en lien des éléments de la compétence tout en favorisant la conscience que l'acteur peut avoir des interactions entre ce qu'il fait, le contexte et la finalité de l'action. Ce retour sur soi, sur la manière de faire est souvent d'usage dans les situations extrêmes : le sportif de haut niveau qui décortique toutes les phases de ses gestes, le professeur qui perd le contrôle de sa classe, l'équipe de soins face à un cas particulièrement difficile. Ne faut-il pas, n'est il pas possible d'envisager une posture réflexive plus permanente ? P. PERRENOUD invite à une « pratique régulière et banale du doute, de l'analyse et du développement professionnel »<sup>14</sup>. Cet auteur questionne la pertinence et les orientations pédagogiques que soulève l'apprentissage d'une posture réflexive, de véritables compétences réflexives. Il élude les réponses trop immédiates qui consisteraient à répondre à ce défi en saupoudrant les formations de travaux d'analyses de pratiques ou d'analyses de problèmes. La pratique réflexive n'est pas «de l'ordre du savoir, mais du rapport au savoir, du regard sur l'action, de la posture critique, de la compétence »<sup>15</sup>. Il distingue les deux concepts par plusieurs aspects :

#### **La pratique réflexive :**

- Née du pragmatisme américain (DEWEY, SCHÖN, ARGYRYS), révèle une **« posture réflexive qui définit un praticien en exercice et se présente comme une composante de son identité, de son habitus, de son rapport au métier et au monde, comme un ensemble de dispositions et de compétences acquises et relativement stables »**
- Mais aussi, « une démarche de formation professionnalisante,... , intégrée à un dispositif défini »

La pratique réflexive n'est donc pas un savoir, ni encore moins un simple outil. Pour envisager de former des professionnels « réflexifs », cela suppose de concevoir le projet

---

<sup>13</sup> PERRENOUD. P : Les cahiers pédagogiques N 390, p.43

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid. p.44

de formation en ce sens, de travailler l'identité professionnelle, le rapport à l'institution, au savoir et au changement. C'est un enjeu qui réinterroge l'ensemble du dispositif de formation.

**L'analyse des pratiques** peut constituer une démarche isolée. La place qu'elle occupe, la répétition de séances pourront contribuer efficacement à la pratique réflexive. Pour caractériser l'analyse des pratiques professionnelles nous retiendrons les définitions les plus communément admises de chacun de ces termes.

**Pratiques :** « *Dans le sens le plus courant, est alors « pratique », toute application de règles, de principes qui permet d'effectuer concrètement une activité, qui permet donc d'exécuter des opérations, de se plier à des prescriptions...Ainsi...la pratique, bien qu'incluant l'idée de l'application, ne renvoie pas immédiatement au faire et aux gestes, mais aux procédés pour faire. La pratique est tout à la fois la règle d'action...et son exercice ou sa mise en œuvre...d'un côté, les gestes, les langages, les conduites ; de l'autre, à travers les règles ce sont les objectifs, les stratégies, les idéologies qui sont invoqués...les pratiques sont des objets sociaux, abstraits et complexes...Elles ne peuvent se comprendre et s'interpréter que par l'analyse. Les pratiques sont observables ou décrites par des agents qui leur sont extérieurs mais peuvent être aussi racontées et observées par leur auteurs.* »<sup>16</sup>

**Professionnelles :** « *s'attachent à un métier et il s'agit toujours d'une activité de transformation dans des conditions économiques et sociales déterminées.* »<sup>17</sup>

**L'analyse des pratiques professionnelles :** « *est donc une démarche de théorisation des pratiques à partir de modèles et concepts issus de recherche ou de formalisation des outils qui émanent de la confrontation des praticiens eux-mêmes.* »<sup>18</sup>

L'analyse des pratiques « requestionne » l'opposition classique entre théorie et pratique. Ce ne sont pas les savoirs théoriques qui commandent mais les savoirs pratiques. « *L'analyse part des savoirs pratiques et de l'expérience et en opère la transformation. Elle retravaille la pratique vécue et la réélabore. Les savoirs théoriques ne servent que de médiateurs, d'opérateurs de transformation* » nous dit N. MOSCONI<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> BEILLEROT.J. L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? Les cahiers pédagogiques, No 346, sept 1996, p.12-13

<sup>17</sup> ibid

<sup>18</sup> BLANCHARD-LAVILLE. C. L'analyse des pratiques professionnelles, Paris : L'Harmattan, 1996, p.18

<sup>19</sup> MOSCONI. N. in BLANCHARD-LAVILLE. C et FABLET. D. Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles, Paris : L'Harmattan, 2001, p. 33

**Nous retenons que la pratique réflexive est intégrée par le professionnel, elle fait partie de son identité, de ses caractéristiques.** Ce praticien tire le meilleur profit des savoirs cachés dans l'action. Il n'en a pas nécessairement la pleine conscience. Il peut agir et réagir intuitivement, sans être en mesure de décortiquer le processus mental qui le conduit à juger de la situation pour y répondre efficacement. Il est très fréquent de constater que certains responsables réfutent la place de la réflexion en cours d'action. A trop réfléchir, l'action n'est plus adaptée. Il est vrai que plus on pense à l'action que l'on est en train de faire plus on met à jour sa complexité. Certains profils professionnels peuvent en être déstabilisés. Ceux-ci ne pourront pas exercer utilement dans un service d'urgences. Notre réflexion ne remet pas totalement en cause ce constat. Mais nous ne situons pas notre raisonnement à ce niveau. La pratique réflexive est culturellement intégrée, elle devient une seconde nature, comme une « méta-compétence », celle qui aide au développement des autres compétences. Le praticien réflexif n'est pas un théoricien de sa pratique, mais il exploite les données de la situation pour agir. Seule la réflexion utile pour l'action est exploitée. De multiples exemples illustrent ce propos, ainsi le joueur de tennis performant s'appuie sur ses points forts mais il analyse aussi « en direct » les points faibles de l'adversaire ; ainsi il adapte son jeu pour le déborder. Pourquoi ne s'interroge t-on pas davantage pour comprendre pourquoi une infirmière réagira presque toujours de façon adaptée dans différentes classes de situations alors qu'une autre sera moins performante ? Nous nous contentons trop souvent du constat lapidaire qu'il s'agit d'une excellente professionnelle et pas l'autre, voilà tout.

Nous formulons l'hypothèse que la culture de la pratique réflexive favorise le développement des compétences. Voyons maintenant quelles sont les conditions de cette acculturation.

## **2.2 Les conditions de développement de la pratique réflexive**

### **2.2.1 La place d'un système d'évaluation**

D. SCHÖN considère que la « *constance d'un système d'évaluation est une condition sine qua non à la réflexion en cours d'action. C'est ce qui rend possible la structuration initiale d'une situation problématique et c'est aussi ce qui permet au chercheur de réviser son appréciation de la situation à la lumière de ce qu'il constate dans les retours d'information.* »<sup>20</sup>

Le système d'évaluation facilite la compréhension de l'enjeu. C'est un repère sécurisant, un référent constructif à l'action. Le système d'évaluation peut se rapporter à plusieurs

---

<sup>20</sup> SCHÖN. D. Le praticien réflexif, 1994, p.324

classes de situations. Pour le moins il formalise un rapport entre le praticien, son action et les attentes du client.

## 2.2.2 La relation entre le professionnel et le client

Le professionnel de santé produit des « services ». Il n'est pas dans la culture sanitaire de considérer le patient, un étudiant ou un autre service hospitalier comme des « clients ». Pourtant ceux-ci sont en droit d'attendre une prestation adaptée à leurs besoins. Nous pouvons observer que dans les professions où le terme de client n'est pas considéré comme adapté, les compétences sont difficiles à formaliser. Cette absence de clarification nuit à l'engagement du professionnel car il lui est difficile de saisir les enjeux de sa prestation. Il n'est pas responsable de son moindre engagement, mais la culture institutionnelle ne coordonne pas sa stratégie et ses actions en ce sens. Quels sont les services de radiologie qui ont clarifié les attentes spécifiques de leurs clients ? Quelles sont les modalités organisationnelles mises en place pour y répondre ? Nos observations n'ont trouvé que peu de réponses à ces questions. Il est donc difficile de concevoir des normes partagées, base structurante d'une forme de solidarité professionnelle. Il est tout aussi peu probable d'envisager une contractualisation réussie entre les prestataires et les clients. Pourtant, il apparaît que la plus grande responsabilité du professionnel se situe dans sa compétence à rendre explicite le contrat qui le lie au client. L'évolution des droits du malade, le devoir d'information, la propre responsabilité du malade dans son projet de soins nous confortent dans notre raisonnement. Si la compétence technique est facile à concevoir et à observer, celle qui structure la relation professionnel - client l'est beaucoup moins. Le professionnel réflexif, au sens de SCHÖN, « *reconnaît que sa compétence technique est enchâssée dans un ensemble de significations. Il attribue à ses clients, ainsi qu'à lui-même, la faculté de s'expliquer, de savoir et de planifier.* »<sup>21</sup> Nous retrouvons les caractéristiques de la compétence décrite par ZARIFIAN, la communication, l'initiative, la responsabilité...

La compétence et le pouvoir noble qui en découle, résulte plus de la capacité du professionnel à manifester son savoir singulier lors de ses interactions avec les clients que de ses diplômes ou de ses seules capacités techniques. Cela questionne l'histoire de nos professions paramédicales, où l'expertise et la spécialisation ont eu une reconnaissance exacerbée. Le professionnel réflexif accepte de réfléchir sur son savoir en pratique. Il en accepte la remise en cause, il s'ouvre à d'autres compétences, en cela rien n'est jamais acquis. La satisfaction et la reconnaissance ne se situent pas à un même niveau. SCHÖN parle alors de « *l'engagement dans un processus continu d'auto-*

---

<sup>21</sup> Ibid p.348

*éducation* ». <sup>22</sup> Il s'agit d'une voie courageuse qui privilégie l'ouverture et l'incertitude qui s'y rapporte plutôt que celle de la position de sécurité, de confort et d'auto-défense. SCHÖN différencie les sources de satisfaction et les exigences en ce qui concerne la compétence, entre l'expert et le praticien réflexif, à partir de :

- La relation au savoir
- La distanciation à l'égard du client
- L'expression et la nature de la compétence
- Le rapport à l'incertitude
- La liberté dans la relation
- La place laissée au client

Il en offre une synthèse et une illustration dans le tableau suivant :

<b>Expert</b>	<b>Praticien réflexif</b>
<i>On présume que je possède le savoir et je dois le revendiquer, quelle que soit l'incertitude dans laquelle je me trouve.</i>	<i>On présume que je sais mais je ne suis pas le seul dans ce cas-ci à posséder un savoir pertinent et important. Mes incertitudes peuvent être une source d'instruction pour moi et pour eux.</i>
<i>Je dois garder mes distances avec le client et défendre ma position d'expert. Je dois l'impressionner par ma compétence et faire passer la pilule en dégageant une impression de chaleur et de sympathie.</i>	<i>Je dois me frayer un chemin pour accéder aux pensées et aux sentiments du client. Donner au client l'occasion de découvrir mon savoir avant de m'attendre à ce qu'il me respecte.</i>
<i>Je dois veiller à ce que le client ait une attitude déferente et n'oublie pas qu'il se trouve devant un professionnel.</i>	<i>Etant donné que je n'ai plus besoin de prendre mes grands airs de professionnel, je dois essayer de me sentir libre d'agir et en relation réelle avec mon client.</i>

Source : D.SCHÖN « Le praticien Réflexif » p.354

### **2.3 Les perspectives offertes par la pratique réflexive**

La pratique réflexive valorise l'apprentissage par la pratique. L'intention de l'action et le résultat obtenu ont une influence importante sur le potentiel d'apprentissage issu de la

---

<sup>22</sup> Ibid p.353

réflexion sur l'action. « *L'intention de l'action ramène à l'intérêt comme processus dynamique exprimant la valeur que l'individu donne à l'objet visé (DEWEY, 1962)* »<sup>23</sup>.

Les travaux de DEWEY renvoient à la cohérence d'un système global qui englobe l'expérience, la réflexion, l'éducation et la démocratie. Notre approche de la compétence et de la pratique réflexive aspire à cette dimension systémique. La pratique réflexive ne se contraint pas à un module d'enseignement au même titre que la compétence est un processus vivant à remettre sans cesse en chantier. Les deux approches convergent et se potentialisent. A-t-elle aussi une influence sur les métiers, sur les identités professionnelles ?

### **2.3.1 L'apprentissage**

L'apprentissage de la pensée réflexive est un objectif d'éducation dès lors qu'elle permet de contribuer à l'action avec un but conscient et un plus grand contrôle sur le résultat. Nous ne situons pas cette perspective dans l'opposition manichéenne théorie / pratique. La pratique réflexive s'inscrit en toile de fond du projet de formation pour susciter une culture de la pensée réflexive à distance, chez les professionnels formés. Le savoir académique, disciplinaire n'est pas nié, il se situe en amont ou en complément à l'analyse des situations ou de la pratique professionnelle. L'école, a fortiori l'université, favorisent la mise à distance nécessaire à la professionnalisation. La problématique est de saisir l'équilibre le plus formateur entre la distanciation née des savoirs externes et l'apprentissage par la pratique réflexive. Cet équilibre peut se situer dans les mises en relations entre les deux milieux, suscitées par les équipes pédagogiques. Cette exigence conditionne cependant que ces mêmes équipes soient en capacité de favoriser cette mise en relation. Une double formation peut-être une approche adaptée.

La pratique réflexive s'inscrit dans la continuité des expériences de formation proposées, dans leur complémentarité et sans aucun doute dans la place accordée à cette pédagogie dans le projet de formation et par les formateurs. Ainsi si nous considérons que le processus de formation est un processus de transformation apparenté à un processus de socialisation (LESNE)<sup>24</sup>, l'exigence est bien de favoriser l'intégration sociale par la compréhension de l'environnement auquel les futurs professionnels seront confrontés et par le développement de leurs compétences actées et en devenir. Pour prendre en compte les évolutions de la sphère professionnelle, la formation doit, elle aussi, avoir pour ambition de contribuer à produire des compétences. Il en découle la nécessité d'articuler

---

<sup>23</sup> MIRON. JM et PRESSEAU. A in BLANCHARD-LAVILLE. C et FABLET. D. Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles, Paris : L'Harmattan, 2001, p. 92

<sup>24</sup> M.LESNE, 1977

plus étroitement le projet de formation et les situations de travail. P. PASTRE nous suggère des repères méthodologiques pour favoriser l'objectif qui consiste à mettre la situation professionnelle au cœur de la formation :

- La finalité : le but est de maîtriser des classes de situations professionnelles correspondant à un métier
- En amont : l'activité professionnelle doit être analysée, par les formateurs, les professionnels eux-mêmes, pour élaborer les contenus de formation
- Au milieu : la situation professionnelle est le moyen et le support d'apprentissage.

Pour qu'une action de formation soit professionnalisante, pour qu'elle favorise le développement des compétences elle doit aider à comprendre comment se « *fait la conceptualisation dans l'action* »<sup>25</sup>. Le processus d'analyse de situation doit être explicite afin de permettre la construction d'une démarche de diagnostic. L'accès à la complexité sera facilité en favorisant l'apprentissage par les situations professionnelles. Car elles constituent, elles-mêmes des ensembles, des sous-systèmes complexes. On évite l'écueil du morcellement excessif, des cloisonnements.

### **2.3.2 L'influence sur les métiers**

Le développement des compétences par les apports de la pratique réflexive sont à même de contribuer à la professionnalisation. Celle-ci revêt des enjeux déterminants pour les professions paramédicales. Nous en retiendrons trois, analysés par E. ROTHIER BAUTZER que nous allons discuter

- « *L'émancipation par rapport au corps professionnel qui est à l'origine des parcours de professionnalisation, c'est-à-dire les médecins* »<sup>26</sup>.

Les positions sont très différentes selon les professions à cet égard. Au sein de la profession infirmière plusieurs tendances se dégagent, entre les adeptes de la technicité, de la spécialisation en relation étroite avec une spécialité médicale (anesthésie par exemple) et les adeptes du rôle propre infirmier, la ligne directrice n'est peut-être pas très claire. Notre cheminement nous conduit à penser que l'émancipation professionnelle ne doit pas se faire contre les autres professions, mais avec. Le savoir médical, les compétences et les orientations qui en émanent constituent des savoirs externes pour les paramédicaux. Il s'agit de concevoir, de formaliser et de rendre lisibles ceux qui résultent des pratiques paramédicales, ceux qui scellent l'identité d'un métier et des professionnels. La pratique réflexive paraît

---

<sup>25</sup> PASTRE, P in SOREL.M et WITORSKI.R. La professionnalisation en actes et en questions, L'Harmattan, p.142

<sup>26</sup> ROTHIER BAUTZER.E. in SOREL.M et WITORSKI.R. La professionnalisation en actes et en questions, L'Harmattan, p.67

essentielle pour cela. L'approche par les compétences, conduite actuellement par le ministère en collaboration avec les associations professionnelles semble être une formidable opportunité pour repositionner les métiers.

- *« il s'agit de mettre à distance la raison pratique »*

La différence, les écarts constatés et souvent contestés entre le travail et l'école ou les instituts créent une tension entre les deux milieux. Cette tension a des atouts mais aussi des limites. Les intérêts relèvent de la mise à distance, du positionnement du savoir, de la dimension formatrice de l'exploitation et de l'analyse de ces écarts. Malheureusement, nous n'avons que rarement observé la prise en compte des interactions professionnelles « terrain – école » dans le cadre de stratégies de formation. L'écart et les relations entre les milieux sont abandonnés à la capacité et à la volonté de communiquer des acteurs. En positionnant la situation de travail au cœur de la formation, il s'agit de professionnaliser les modes de relation entre les deux milieux, d'en formaliser les enjeux et de préciser les responsabilités de chacun. Ce chemin important à parcourir de part et d'autre est à même de favoriser l'émancipation des métiers.

- *« il existe une contradiction entre la professionnalisation visée et l'évolution des différentes formes de soins »*

La professionnalisation vise l'efficacité, la réponse à des situations d'urgence ou liée à des pathologies. L'objet du soin est peut-être plus la maladie que le malade. Il s'agit de contrôler la situation. Or le rôle propre infirmier n'est pas le plus utile dans la gestion des situations de crise. Il est possible d'observer classiquement une délégation de ce rôle propre aux aides-soignantes. Or aujourd'hui la chronicité des pathologies, les évolutions organisationnelles, les soins à domicile requièrent des compétences spécifiques, une évolution des métiers. Il existe là, une contradiction profonde, entre le cloisonnement de nos métiers, de nos formations et les besoins réels de la population, des clients. La chronicité fait plus appel à l'éducation qu'à la prescription, nous plaidons en ce sens pour une refonte complète de la place de la santé publique dans l'offre de soins et dans le champ de la formation. Il ne suffit plus de se cacher derrière la technicité, il faut affronter la complexité des situations très singulières des patients, sur les facteurs sociaux ou psychologiques, bref sur des situations où il est nécessaire de valoriser une contribution très spécifique. La pratique réflexive s'inscrit pleinement dans cette perspective. Elle permettra peut-être de sortir d'un conflit qui sans être sur la place publique, mériterait d'être traité : il faut former des professionnels de santé publique axés sur le « care » alors que ce qui est idéalisé semble toujours être le « cure ». Ce débat doit vite être ouvert pour être dépassé.

Notre questionnement de départ « en quoi la pratique réflexive est-elle à même de favoriser le développement des compétences des professionnels paramédicaux ? »

trouve pour partie une réponse à l'issue de ce développement conceptuel. Les contributions de SCHÖN, mais aussi des auteurs qui nous ont permis de caractériser plus précisément la compétence nous conduisent à formuler les hypothèses explicatives suivantes :

La pratique réflexive contribue au développement des compétences si :

- **Un dispositif d'évaluation existe**
- **Le lien au(x) clients(s) est explicite**
- **La qualité de la prestation visée est explicite et évaluable** (résultats, enjeux)

Les enjeux institutionnels et l'analyse des perspectives apportées par le développement de la pratique réflexive, notamment pour les métiers, nous conduit à formuler les hypothèses prescriptives suivantes :

- **L'engagement institutionnel dans la promotion des pratiques réflexives est favorable au développement des compétences** (la pratique réflexive n'est pas un outil, elle n'est pas isolée, elle justifie une acculturation)
- **Les pratiques réflexives renforcent l'identité professionnelle**

Qu'en est-il sur le terrain, qu'en pensent les acteurs ? Notre deuxième partie va rendre compte de « ces rencontres ».

## **DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE DU TERRAIN**

A partir de notre questionnement de recherche « la pratique réflexive est-elle à même de favoriser le développement des compétences des professionnels paramédicaux ? » nous avons fait le choix de clarifier les concepts de compétence et de pratique réflexive en puisant dans la réflexion de différents auteurs sans jamais perdre de vue notre finalité professionnelle. Ainsi, la perspective de coordonner plusieurs instituts nous invite à une réflexion large sur le positionnement actuel de la formation des paramédicaux et sur les enjeux auxquels elle doit faire face. Notre revue de la littérature nous conforte dans notre analyse initiale. Cependant, comme notre conviction est que le potentiel essentiel de l'apprentissage professionnel se situe au cœur des situations de travail, nous nous sommes attachés, tout au long de notre formation, à observer, à analyser ce qui contribue le mieux au développement des compétences en nous ouvrant à des acteurs de toutes filières et à des milieux très diversifiés. Nos objectifs personnels de stages ont été élaborés avec le souci de préparer notre futur positionnement de directeur des soins et d'éclairer notre question de départ, objet de ce travail.

Notre seconde partie a pour objectifs de témoigner de la place occupée par la pratique réflexive dans la formation paramédicale et de comprendre son influence sur le développement des compétences des professionnels paramédicaux.

Dans le cadre de cette étude nous avons fait le choix de nous concentrer sur deux formations : celle d'infirmier, car elle représente le plus grand nombre de professionnels formés et celle de manipulateur en électroradiologie médicale, que nous connaissons le mieux. Tout d'abord nous rendrons brièvement compte de ce qui est préconisé par les programmes de formation, pour très vite analyser l'appropriation et la traduction qui en est faite dans plusieurs instituts de formation.

La finalité de notre étude de terrain est d'une part d'approfondir notre analyse, et d'autre part, de confronter notre questionnement et nos hypothèses à une réalité du terrain.

### **1 La méthode**

#### **1.1 L'analyse des programmes**

Elle consiste à identifier les éléments susceptibles de contribuer au développement de la pratique réflexive, pour les deux formations retenues et dans déduire la place et l'importance dans la globalité de chacun des programmes. Ensuite nous avons procédé à une analyse comparative des deux formations.

Ce travail a été réalisé, en toute première intention, afin de positionner le contexte des instituts dans lesquels nous avons réalisé nos entretiens.

## **1.2 Les entretiens**

Nous avons fait le choix de conduire des entretiens semi directifs en procédant à des reformulations de contrôle fréquentes (1 à 3 fois par entretien).

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face après prise de rendez-vous, tous ont été enregistrés après avoir recueilli l'accord de l'interviewé. Ils ont fait l'objet d'une retranscription intégrale à distance.

### **1.2.1 Le guide d'entretien**

Très ouvert, il a été légèrement modifié selon la catégorie des interviewés. Les dénominateurs communs étaient :

- Pouvez-vous me caractériser (concrètement) les compétences professionnelles de l'infirmière (ou du manipulateur) ?
- Quels buts poursuivez-vous, quels résultats visés vous dans votre pratique ?
- Qu'est-ce qui vous permet de situer concrètement le niveau de performance (de l'infirmière, du manipulateur) ?
- Quels éléments de votre (ou de la) formation contribuent le plus au développement des compétences que vous décrivez ?

### **1.2.2 Le choix des instituts et des interviewés**

Nous avons fait le choix de conduire la majorité de nos entretiens en mars et mai-juin, concomitamment à nos périodes de stages. En amont de ceux-ci nous avons préparé le guide d'entretien en atelier d'accompagnement mis en place par l'ENSP. Nous avons également présenté notre questionnement et notre méthodologie d'exploration au responsable du département de pédagogie de l'ENSP. Suite à cet entretien, nous avons élargi notre investigation aux étudiants en fin de formation. L'IFSI est de petite taille, il comprend des promotions de 40 étudiants. Il est adossé à un CHS. Il se situe dans un environnement très concurrentiel, car 4 IFSI, cohabitent dans un rayon de 40 kilomètres. Nous avons étudié le projet pédagogique de cet IFSI, le dispositif mis en place, sans négliger la stratégie de gestion des parcours de stages. Ayant observé une problématique de gestion des stages nous avons également interviewé deux directeurs d'IFSI voisins pour avoir une vision plus systémique de l'offre de formation. L'IFMEM, classiquement adossé à un CHU, ne se situe pas dans la même problématique concurrentielle. Dans les deux instituts, les directeurs des soins ont pris leurs fonctions depuis moins de deux ans, et les équipes ont connu des bouleversements importants. Au niveau du CHU, nous nous sommes entretenus auprès du coordonnateur des instituts et auprès d'un directeur des soins, représentant du secteur gestion. Il nous est apparu essentiel d'analyser les

perspectives d'évolution en prenant l'avis d'une conseillère pédagogique nationale. A la DHOS, nous nous sommes employés à analyser la méthodologie d'élaboration des référentiels de compétences afin d'en dégager les répercussions à venir sur les dispositifs de formation. Nous avons dans ce cadre, également rencontré un représentant de la DGS.

Au-delà de ces choix, nous avons rencontré de nombreux directeurs d'instituts, qui ont été interrogés pratiquement selon les mêmes modalités, dans le but d'affiner notre analyse. Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement, ils n'ont donc pas été exploités dans le même objectif.

Le tableau de répartition de nos 18 entretiens est présenté en annexes 2.

### **1.2.3 L'organisation et le déroulement**

Dans les deux instituts où nous avons interviewé un panel large d'acteurs, nous avons procédé en amont à une analyse du projet de formation et nous avons brosser le profil des équipes pédagogiques. Notre objectif était de pouvoir positionner notre recueil d'informations et notre analyse dans un contexte mieux appréhendé. Pour l'ensemble des entretiens une prise de rendez-vous préalable et l'anticipation des conditions matérielles de réalisation de ceux-ci nous ont permis d'obtenir des conditions de recueil d'informations satisfaisantes. Le traitement anonyme des données a été garanti à chaque acteur. La durée des entretiens a été de 30 à 45 minutes pour les étudiants et de 45 minutes à 1h 30 pour les professionnels.

## **1.3 L'analyse**

Notre analyse a eu pour objectif de pointer la place occupée par la formation à la compétence, dans les instituts. Très naturellement nous nous sommes attachés à savoir ce que recouvrait concrètement ce terme chez tous les acteurs interrogés. A travers les buts et résultats visés par la pratique nous recherchons la place que les acteurs accordent au client et à l'évaluation de la prestation qu'ils offrent. Enfin nous avons essayé d'identifier les liens concrets entre la formation et le développement des compétences en ayant pour ambition d'analyser ce qui peut être imputé à des pratiques réflexives.

### **1.3.1 La grille et la méthode d'analyse**

La grille d'analyse émane directement de notre recherche conceptuelle. Elle a pour but de nous permettre d'identifier la place de la pratique réflexive dans le processus de formation et l'impact de celle-ci sur la construction des compétences. Nous avons l'ambition de détecter les obstacles au développement de celles-ci pour en extraire des perspectives professionnelles concrètes et contributives de l'accroissement du professionnalisme des paramédicaux.

Nous avons pu démontrer que l'apprentissage des compétences nécessitait une étroite articulation du processus de formation et des situations de travail. Nous empruntons les résultats des travaux de P. PASTRE pour élaborer une grille d'analyse de cette articulation. Nous présentons cette grille d'analyse en Annexes.

## 2 L'analyse des données

### 2.1 Les programmes de formation

#### 2.1.1 La formation des infirmiers

L'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière modifié par l'arrêté du 28 septembre 2001 constituent les bases réglementaires sur lesquelles nous allons appuyer notre étude. La formation a une durée de 4760 heures.

L'introduction du programme est l'objet d'une présentation d'« **un nouveau profil d'infirmier** ». Ce profil comporte trois caractéristiques que l'on peut résumer ainsi :

- « *Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe*
- *Un infirmier polyvalent ...apte à prendre en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle ou une détresse physique ou psychologique...l'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe...*
- *Un infirmier qui doit bénéficier d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalité »*

Nous retrouvons la prise en compte d'éléments caractéristiques de la compétence professionnelle : répondre aux besoins des clients, à des situations très diversifiées, mais peu de référence directe à la dimension réflexive du métier. Ce profil décrit un produit final à atteindre. La finalité de la formation est à la fois peu explicite et ambitieuse. L'infirmier doit assumer chacun de ses rôles en tenant compte des aspects juridiques et éthiques de son engagement professionnel.

L'engagement de l'étudiant se traduit par l'élaboration de son projet professionnel. Les principes pédagogiques renvoient quant à eux explicitement aux caractéristiques de la compétence professionnelle. La créativité, les capacités d'adaptation, la cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles sont des exemples de principes retenus par le texte. Ces principes s'inscrivent parfaitement dans l'évolution du contexte professionnel qui requiert un professionnel, polyvalent et réflexif.

La formation a une durée de 136 semaines dont la moitié sont consacrées aux stages, dont la durée a été augmentée en 2001. La formation se réalise à 50% sur le terrain. La

formation en Institut se répartit entre cours, travaux dirigés, suivis pédagogiques et évaluations.

La responsabilisation du futur professionnel se traduit par la non obligation d'assister aux cours, par l'élaboration d'un projet professionnel qui est corrélé à un positionnement personnalisé sur des modules optionnels.

Les stages occupent une place importante dans la formation. Les équipes pédagogiques ont toute latitude pour les gérer et pour les exploiter. Le texte ne donne aucune indication spécifique. Les seuls principes retenus sont :

- Les objectifs de stage sont définis par les équipes pédagogiques en liaison avec l'encadrement des terrains de stage
- Chaque stage doit faire l'objet d'une analyse qualitative afin d'évaluer l'atteinte des objectifs.

**Les contenus des enseignements** sont précédés d'objectifs généraux et de repères méthodologiques intéressants :

- Déterminer, mettre en œuvre et évaluer les actions relevant du rôle propre... dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée
- Effectuer, seul ou en collaboration avec d'autres soignants, les prescriptions médicales
- Identifier une situation d'urgence ou l'aggravation de l'état d'une personne ...
- ...et en conséquence une déclinaison méthodologique d'une démarche de soins générale est proposée. Celle-ci part de l'accueil des malades et se termine par la participation à la prise en charge sociale et aux relations avec l'entourage. »

Ces repères prennent en compte la globalité d'une situation mais ils sont paradoxalement présentés sous forme où la réponse à la prescription domine : participation, réalisation, application etc.

Nous notons une contradiction entre le profil professionnel visé, les principes pédagogiques préconisés et les recommandations générales qui introduisent la présentation des différents modules. **La responsabilité, la créativité sont visés, mais l'application est recommandée.** La très longue présentation des modules n'apporte aucun enseignement sur la contribution de la formation au développement des compétences. Elle balise davantage le champ des connaissances à acquérir.

**Le dispositif d'évaluation** quant à lui repose sur trois axes clés :

- Les évaluations théoriques, qui sont transversales et qui peuvent se construire sous forme de contrôles de connaissances (type QCM) ou sous forme d'études de cas cliniques.
- Les évaluations cliniques, présentes pour chaque année de formation, elles sont au cœur des situations de travail, puisqu'il s'agit de mises en situations

professionnelles. L'évaluation porte sur l'action et sur la présentation de la démarche de soins adoptée.

- Enfin, chaque stage fait l'objet d'une évaluation portée par les professionnels « de terrain ».

Le dispositif est précisé pour le passage en année supérieure. Le diplôme est obtenu à partir de deux épreuves : le travail de fin d'études et une mise en situation professionnelle. Le dispositif d'évaluation est favorable au développement des pratiques réflexives dans la mesure où la présentation de la démarche de soins est toujours requise. Cela suppose un travail réflexif qui se poursuit tout au long de la formation. Il est cependant essentiellement lié à une approche normative de l'évaluation.

Enfin nous retiendrons un élément original du programme de formation des infirmiers : le **suivi pédagogique** qui est réglementé à 140 heures pour la durée de la formation. Le seul principe qui sous-tend la place du suivi se retrouve dans les principes pédagogiques retenus par le texte, à savoir qu'il est « basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci ». Le suivi n'a donc pas pour objectif le développement des compétences, mais se situe bien en amont, dans l'intégration des connaissances.

En synthèse nous retenons des points forts :

- Le profil de professionnel visé
- Des éléments favorables à la responsabilisation (cours, projet professionnel, modules optionnels...)
- Les repères méthodologiques pour repérer les éléments d'une situation professionnelle
- Le dispositif d'évaluation qui laisse une place importante aux situations de travail et à la présentation des démarches réalisées en situation
- La place des terrains de stage (la moitié de la formation)

Mais aussi des paradoxes, voire des points peu favorables à l'émergence de praticiens réflexifs :

- Le domaine de l'application domine au détriment de la responsabilisation
- Le dispositif d'évaluation est essentiellement normatif. Ce qui peut nuire à l'acculturation réflexive.
- Les stages sont importants, mais très peu d'éléments balisent les exigences de coopération et de collaboration entre les instituts et le terrain
- Le rapport aux clients est évoqué dans les principes (répondre aux besoins, contractualisation), mais très peu ensuite, notamment pas dans la démarche préconisée pour aborder les actions infirmières.
- La qualité des prestations, le concept de qualité, de service rendu au client sont pratiquement absents du programme

- La connaissance de l'environnement, des autres professions, de l'évolution du système de santé sont aussi très peu abordées par le programme.

### **2.1.2 La formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale**

Le programme des études est régi par le décret du 1<sup>er</sup> août 1990 et par l'arrêté du même jour. Ces textes ont été progressivement modifiés, notamment par l'arrêté du 26 mai 1992. La scolarité a une durée de 3 ans et 4444 heures.

Formation à dominante plus technique et plus pratique que celle des infirmiers, on ne retrouve pas d'éléments paradoxaux dans le texte. Il n'est pas fait état de suivi pédagogique, ni d'éléments faisant appel à une démarche de soins. Les stages sont par contre davantage balisés, dans le sens où la dimension concurrentielle est moins prégnante et où les parcours sont plus homogènes. La place des stages dans la formation est beaucoup plus importante, elle représente les 2/3 de la formation (2894 sur 4444h).

Excepté ces spécificités, les éléments de réserve relatifs au développement de professionnels réflexifs sont superposables à ceux retrouvés pour la formation infirmière. Le potentiel de production de compétences d' « un nouveau type » est donc globalement moindre.

Dans les deux formations l'espace de liberté laissé aux équipes pédagogiques est assez vaste.

## **3 Résultats et synthèse de notre démarche**

### **3.1 La place de la pratique réflexive dans les deux instituts, terrains de l'observation.**

#### **3.1.1 Le recueil documentaire**

A l'IFSI il existe un projet pédagogique formalisé et complet, à l'IFMEM, il existe un projet porté par l'équipe, avec des supports de présentation de la formation, sans qu'il y ait une formalisation du projet.

Le projet de l'IFSI reprend des éléments du profil visé par le texte de 92, ainsi que certains de ses principes. Nous pouvons noter par exemple :

- *« les professionnels de l'institut considèrent l'étudiant comme une personne autonome, responsable, actrice de sa formation et de son devenir »*
- *« l'objectif global du projet de formation ...est de préparer l'étudiant à sa future profession : devenir un infirmier efficace, créatif, respectueux des valeurs éthiques, un infirmier apte à collaborer avec d'autres professionnels, à s'adapter aux différents secteurs d'activités et capable de s'investir dans un processus d'évolution. »*

- « dans ce but l'équipe pédagogique met prioritairement en place des méthodes d'apprentissage interactives, un accompagnement individualisé et permet à l'étudiant de faire des choix tout au long de son parcours de formation en vue d'élaborer son projet professionnel. »
- « ce projet structure la formation en terme de : savoir, savoir faire, savoir être et savoir devenir. »<sup>27</sup>

**A ce niveau, il est possible de parler d'intentions fortes, qui placent l'étudiant dans une dynamique de responsabilisation, d'ouverture aux collaborations et de dynamique de développement continu de la professionnalisation.**

La deuxième partie du projet pédagogique se structure autour de la place accordée au suivi pédagogique et à l'exploitation des stages.

#### **Le suivi pédagogique à l'IFSI :**

Là encore, le projet s'appuie directement sur les orientations du programme de 92 et en propose une déclinaison très favorable à l'acculturation de la pratique réflexive. Ainsi, nous notons « l'accompagnement...a pour objectif de favoriser une meilleure intégration des connaissances par celui-ci...Accompagner se décline par une écoute active, une aide à l'analyse des diverses situations traversées, voire une aide à la prise de décision ».

Le suivi pédagogique est formalisé par un contrat « écrit, passé et accepté par les deux parties ».

#### **Les stages :**

Ils sont l'objet d'une préparation individualisée inscrite dans une politique de progression. Les stages sont tous exploités selon une méthodologie adoptée tout au long de la formation. Ces exploitations sont animées par un cadre formateur et par un psychologue, très impliqué dans la formation, à raison de 3h par groupes de 10 étudiants à chaque retour de stage. Les objectifs sont les suivants :

- « Partager une expérience, un questionnement, une réflexion à partir d'une situation vécue en utilisant un vocabulaire professionnel
- Utiliser des grilles de lecture et d'analyse variées des pratiques professionnelles en vue d'évoluer et de progresser
- Favoriser le repérage des enjeux affectifs dans les relations soignants/soignés, soignants/familles, soignants/soignants
- Développer le questionnement des futurs professionnels nécessaire aux qualités d'adaptation et de progression

---

<sup>27</sup> Projet pédagogique de l'IFSI CHS, année scolaire 2005-2006, p.2-3

- *Découvrir pour chacun des éléments de connaissance de soi : capacités et limites personnelles face aux différentes situations de soins »<sup>28</sup>.*

Qu'il s'agisse de l'approche originale du suivi qui inclut les notions d'aide à la décision, donc d'analyse des situations, qu'il s'agisse de la contractualisation ou des objectifs poursuivis à travers l'exploitation des stages **nous notons les éléments contributifs de la pratique réflexive :**

- La place essentielle accordée aux situations de travail
- La pédagogie du questionnement
- L'analyse des enjeux, certes ici centrés sur les relations
- La place de l'étudiant, acteur dans la situation, des patients et des professionnels autres

Cependant la qualité des prestations n'est pas explicite dans les objectifs d'exploitation des stages. Elle est abordée, dans la suite du document à travers les objectifs de stage qui sont précisés, pour chaque niveau de formation. Les situations de travail sont ainsi, le support d'apprentissages gradués. Un document complémentaire explicite quant à lui les modalités d'évaluations formatives et normatives, avec une précision qui rend compte de la prestation attendue selon les caractéristiques de la situation professionnelle.

En synthèse ce projet porte une dimension réflexive très marquée. Qu'en est-il dans la déclinaison concrète ? Cela est l'objet des entretiens que nous avons conduits.

### 3.1.2 Les entretiens

#### 3.1.2.1 La représentation de la compétence

- **Pour les étudiants de l'IFSI du CHS**

La compétence de l'infirmière telle que décrite par les quatre étudiants en fin de formation est très homogène. Tous citent la maîtrise technique comme étant le pivot du positionnement en stage. « elle fait un peu peur au début, mais une fois acquise on se rend compte que le métier commence... ». Tous citent **l'enjeu de la relation et de la communication** comme étant déterminant pour illustrer ce qui caractérise la compétence. Cet avis unanime est illustré par des propos qui élargissent la qualité de la communication, à l'équipe, aux familles «comprendre la situation d'un patient, d'une famille, d'une équipe... » « être en empathie », « la relation à laquelle je mettrai un point d'honneur, ce qui permet de prendre soin dans la globalité, dans la singularité, avec le respect des habitudes de vie... ». Les quatre étudiants décrivent la compétence comme

---

<sup>28</sup> Pp p11

étant la combinaison de la maîtrise des bases techniques et de la volonté d'avoir une communication adaptée aux personnes et à leurs besoins.

Deux étudiants ont approfondi leur définition de la compétence par un enjeu déterminant : la capacité à analyser le travail réalisé : « une infirmière compétente c'est celle qui sait analyser ce qu'elle fait, qui sait se remettre en cause », ou encore « la compétence c'est quand on sait que l'on aurait pu faire autrement, c'est se rendre compte que l'on fait des erreurs, que l'on a envie d'y remédier...c'est quelqu'un qui réfléchit sur sa propre pratique... ». L'un de ces deux étudiants poursuit encore par l'importance de se connaître, de tirer profit des expériences et des erreurs pour accroître compétence et maturité professionnelle. « en acceptant de se remettre en cause, en travaillant sur sa pratique, on peut évoluer et progresser tout au long de sa carrière.. »

**La compétence a des fondements techniques mais surtout communicationnels. La prise en compte du patient, de son histoire, de ses besoins, soulignent un rapport au client très marqué. L'environnement est pris en compte par les rapports à l'entourage, à l'équipe de travail dans sa globalité.**

**La dimension réflexive est marquée par la place laissée à l'analyse du travail produit (2/4) et par le processus dynamique qui est enclenché par le couplage de l'analyse de l'action et l'ouverture à d'autres façons de faire.**

- **Pour les étudiants de l'IFMEM**

La dimension technique et relationnelle est commune aux quatre étudiants de l'IFSI. La prise en compte de l'entourage, de l'histoire du patient n'est pas évoquée, pas plus que l'analyse du travail réalisé.

- **Pour les cadres formateurs**

Deux des quatre formateurs (IFSI et IFMEM) s'accordent pour définir la compétence comme étant la combinaison de savoir faire et de savoir être. Ils complètent leurs approches par la capacité à mettre en lien l'action, les connaissances acquises et les motivations de l'action. Pour eux, le professionnel doit savoir pourquoi il fait les choses : « il faut absolument que le professionnel mette en lien pour être compétent, qu'il sache pourquoi il fait les choses », « il faut du sens pour la personne qui fait et pour la personne qui reçoit ». Dans ces propos nous pouvons relever la nécessaire combinaison de savoirs de différents types, mobilisés pour réaliser une action cohérente et efficace. Les besoins de la personne doivent être analysés et compris et la réponse doit être explicitée au patient.

Le formateur de l'IFMEM insiste sur la nécessité d'organiser le travail en dégageant les actions à prioriser.

Les deux autres formateurs de l'IFSI, partagent l'approche de leurs collègues mais la complètent des notions suivantes : **La compétence se construit** : en alliant en permanence le « penser et le faire », en exploitant les situations de travail, pour bénéficier de l'apprentissage dans les situations suivantes. La compétence, se construit dans la capacité que les professionnels ont à organiser et à bonifier le travail d'équipe. **L'enjeu de maîtrise de la continuité** des soins se dessine clairement dans cette approche de la compétence. La place de l'écrit est soulignée, comme nécessaire à la continuité des soins, mais aussi comme support favorable à l'analyse des situations. La compétence infirmière se traduit dans l'alternance de phases d'action, d'observation, d'analyse « l'infirmière agit et alerte, car elle est aussi les yeux du médecin, elle devient compétente dès lors qu'elle maîtrise ce qui relève de sa compétence et distingue ce qui doit faire appel à des compétences autres ». La compétence est vivante et s'inscrit dans un contexte global : cela se traduit, par la notion de « savoir devenir », qui est exprimée par l'une des formatrices par l'implication dans un projet (de soins, d'équipe, de service, d'institution). Ainsi, le professionnel corrèle ses actions à un système plus large. Il traduit ainsi un engagement, une prise de responsabilité plus consciente. La prise en compte de l'intégration de l'action professionnelle dans une mission plus large permet de positionner et de distancier les objectifs et la mise en œuvre de l'action. La confrontation à l'environnement offre des repères pour saisir les enjeux et l'efficacité de l'action. Enfin l'un des formateurs souligne que la situation personnelle, le projet, l'engagement citoyen, par exemple, conditionnent l'expression de la compétence.

Les deux facteurs clés d'évolution de la compétence, sont unanimement reconnus comme étant la réactivité et l'adaptation.

- **Pour les directeurs des soins**

L'ensemble des directeurs de soins interrogés aborde les compétences des professionnels paramédicaux par une analyse des impacts de l'évolution de celles-ci sur la formation. L'expérience que certains d'entre eux ont du changement de programme de la formation des AS n'est sans doute pas étrangère à cela. La réflexion qui est conduite pour relier la formation aux activités professionnelles et aux compétences suggère cette analyse.

Tous les acteurs interrogés ont un projet pédagogique qui est en cours de réflexion. Ils soulignent unanimement certains enjeux clairs : comment exploiter l'expérience née de la confrontation aux situations de travail tout en conservant un regard distancé sur celles-ci ? Comment s'appuyer sur les situations de travail sans que l'équipe pédagogique soit trop éloignée des organisations de soins ? Ceci se traduit par l'un d'entre eux par « il faut se soucier des évolutions du métier, il ne faut pas être à la « ramasse » ». La limite de l'équilibre entre la connaissance et l'adaptation aux évolutions des métiers et la

distanciation nécessaire se situe dans le risque d'appauvrir le métier. La trop grande proximité ne favorise pas la remise en cause nécessaire à l'analyse et à l'enrichissement d'une pratique. La trop grande distance quant à elle, produit un rejet, un défaut dans la capacité à communiquer efficacement. Cela peut s'analyser en prenant appui indirectement, sur les travaux de L. VYGOTSKI. La trop grande distance ne construit pas une «zone proximale de développement ». En poussant le raisonnement à l'extrême, nous pouvons dire que la situation ne peut plus être un terrain potentiel d'apprentissage. La trop grande distance nuit à la reconnaissance des professionnels entre eux, aucune médiation constructive ne peut s'effectuer. Les directeurs des soins s'interrogent sur la nature réelle de l'évolution des compétences professionnelles. Les éléments du discours attestent davantage d'une évolution rapide de l'environnement et des impacts que celle-ci peut avoir sur la pratique professionnelle. Certains éléments de compétence sont tout de même plus exacerbés aujourd'hui nous dit l'un d'entre eux : « il faut davantage travailler en équipe, développer les coopérations, la capacité à collaborer. Et paradoxalement, dans notre institution, où plusieurs formations se côtoient, aucune expérience de travail en commun n'est tentée ». Ce que nous avons pu constater sur tous nos terrains de stage.

### **3.1.2.2 La perception des enjeux**

La compétence professionnelle est systématiquement corrélée à la réponse apportée au patient. C'est donc bien l'adaptation et l'efficacité de la prestation qui est en jeu. Cela revient à souligner la place d'un client légitimement privilégiée, le patient et sa satisfaction implicite ou explicite.

Deux étudiants complètent cette approche par le développement de leur propre professionnalisme. Il est à noter que ceux-ci, ont plus de trente ans, que les deux ont eu une autre expérience professionnelle. Ils traduisent et analysent leur position par la possibilité de laisser une place au questionnement, de trouver parfois des réponses, mais savoir qu'il n'y en a pas toujours. Ils se situent dans une dynamique de projet qu'ils ont choisi. L'engagement dans le développement continu des compétences constitue pour eux une condition privilégiée pour respecter et nourrir leurs choix. Ces deux étudiants se positionnent, en tant qu'acteurs du processus de développement des compétences. Ils peuvent apporter une contribution mais ils ont conscience qu'ils sont bénéficiaires de cette implication. L'un d'entre eux traduit cette idée par la phrase suivante « par la remise en cause de la pratique professionnelle, par ma propre remise en cause, j'acquiers plus de maturité professionnelle ».

Trois formateurs estiment que la qualité du travail d'équipe est en jeu. L'acceptation du questionnement, la remise en cause, l'analyse des situations de travail, invitent à relativiser et à potentialiser les contributions des professionnels. Il peut s'agir de l'une des conditions favorables à l'émergence des compétences collectives. Cela conditionne, a

minima, la place du professionnel dans l'équipe et la place de l'équipe dans la réponse apportée aux personnes soignées.

Les directeurs des soins évoquent deux enjeux complémentaires : la nécessité de penser différemment le projet de formation et de « réinterroger », les relations avec les terrains de stage. L'un d'entre eux, directeur d'IFSI, s'interroge sur la prise en compte du groupe d'étudiants en formation afin d'exploiter des situations de formation dans une perspective de développement des compétences collectives. Un autre, lui aussi directeur d'IFSI, estime que le positionnement de l'IFSI dans l'offre de formation régionale est lui aussi en jeu : « il y a un virage à prendre, il faut reconsidérer les relations avec les terrains de stage, pour mieux exploiter la formation clinique, sinon, nous perdrons de notre légitimité, et nous risquons d'être moins reconnus dans la région ». Le directeur des soins positionné en établissement estime que ce qui est en jeu c'est la capacité d'adaptation des professionnels formés et que la qualité des relations entre les établissements de santé et les IFSI est l'une des conditions favorables. Mais dans le même temps, ce directeur des soins regrette que la communication ne soit pas très facile avec les IFSI, excepté pour les aspects organisationnels et administratifs. Il évoque une approche culturelle trop différente entre les directeurs des soins : « c'est comme s'il y avait le monde de l'action et le monde de l'esprit ». Il regrette cela, tout en estimant que la finalité se situant dans l'exercice professionnel, c'est au milieu de la formation de s'emparer de cet objectif, et de décliner les moyens qui permettent de l'atteindre.

Aucun des acteurs n'évoque directement les enjeux institutionnels globaux, qui pourraient s'inscrire par exemple dans une logique de gestion des ressources humaines, ou de GPEC. Nous n'avons pas non plus trouvé d'indicateurs de contribution explicite à une approche globale de santé publique.

### **3.1.2.3 La place des clients**

Seule la place des patients est explicite pour tous les acteurs. Les étudiants sont reconnus implicitement par les professionnels comme étant des clients dans la mesure où ils doivent bénéficier des actions de formation et où un service, une prestation doit leur être offerte.

Les institutions, les autres professionnels de santé, hors service essentiellement, le système de santé dans sa globalité, les besoins de santé de la population n'apparaissent pas dans les discours.

### **3.1.2.4 Perception de la qualité du service rendu**

Nous allons cibler notre analyse sur la perception des étudiants afin de rester dans la logique du service rendu au patient.

Les étudiants ont une approche concrète de la qualité du service qu'ils doivent rendre. Ils l'expriment tous, avec des nuances dans la description, comme relevant de trois facteurs :

- La réponse aux besoins des patients

La réponse aux besoins des patients confère aux futurs professionnels un sentiment d'utilité très fort « c'est l'expression du ressenti du patient qui me dira que j'ai servi à quelque chose » ; « c'est avoir le sentiment en sortant de la chambre que la personne n'a pas encore quelque chose à livrer ». L'un des étudiants est conscient qu'il s'agit peut-être davantage d'une satisfaction personnelle que l'indicateur d'une efficacité professionnelle.

- L'organisation du travail

Le principal indicateur observé chez tous les étudiants interrogés c'est d'avoir réalisé tous les actes qui étaient planifiés. Certains le complètent par rapport au temps maîtrisé. Cela se traduit dans le discours par : « quand j'ai pu m'organiser, que le travail n'a pas été bousculé » ; « même quand on est dans une situation d'urgence, je suis satisfaite quand les actes techniques n'ont pas pris toute la place, quand il me reste la lucidité pour voir, pour écouter et pour avoir le sentiment de prendre en compte la globalité de la personne ». Un seul étudiant relativise la perception qu'il peut avoir du service rendu. Il estime que les références ne sont pas toujours respectées, qu'il faut sans cesse adapter la pratique : « le service rendu ...chacun a des critères personnels de faisabilité, de qualité, ...c'est ce que l'on comprend lorsque l'on arrive en fin de formation, il y a des protocoles, mais ils sont presque toujours à adapter, il y a des règles d'asepsie, mais il faut faire au mieux...dans des conditions de sécurité ». Nous en déduisons que la qualité du jugement personnel est intégrée à l'approche de la compétence pour cet étudiant. Cela relève de la nécessité d'intégrer la norme, pour être en mesure de la confronter aux exigences de la situation, pour éventuellement procéder à son adaptation. Sans cette intégration préalable, le risque de dérive dans les pratiques devient prégnant.

- La contribution au travail d'équipe

Le positionnement de l'équipe est constant pour apprécier le service rendu. Deux approches se distinguent nettement. La première révèle la place que le futur professionnel accorde à l'équipe pour produire une prestation, la seconde situe l'équipe comme le révélateur de sa propre compétence. Dans le premier cas l'ambiance générale est citée comme le révélateur de la prestation collective : « on sait que l'on ne travaille pas tout seul, c'est plus facile d'être efficace à plusieurs, quand il y a une bonne ambiance ». La participation au travail collectif est également citée : « je sais que ce que je fais va devoir être repris, continué, il faut donc penser que l'on fait partie d'un tout ». Dans le deuxième cas il s'agit surtout de s'appuyer sur l'équipe pour soumettre les questions posées par la situation : « quand j'ai des doutes, j'ai la possibilité de les soumettre à l'équipe, de les exprimer à l'équipe ou au cadre de santé » ; « la dynamique d'équipe permet ou pas de se situer, l'équipe permet d'élargir la réflexion, renvoie si ce qu'on fait convient, mais selon les conditions de travail c'est plus ou moins vrai, on ose plus ou moins solliciter, exprimer nos doutes ».

La dynamique d'équipe constitue un facteur important pour révéler la qualité des prestations produites. Les derniers propos nous font également souligner la dimension formatrice de l'équipe.

L'équipe, tout comme l'organisation du travail constituent des facteurs d'apprentissages, dont le potentiel peut-être très varié selon les contextes.

### **3.1.2.5 La place du dispositif d'évaluation**

Le dispositif d'évaluation n'est pas explicite pour **les étudiants**. Il est implicitement en rapport avec les facteurs d'appréciation du service rendu. Nous avons pu constater que l'évaluation de la réponse aux besoins des patients était très en rapport avec le jugement personnel. La place des protocoles n'est pas niée, mais relativisée. Quant au retour de l'équipe, il n'est pas inscrit dans un référentiel d'évaluation. Il dépend autant de l'organisation du travail, de l'ambiance générale que de la volonté des acteurs. Il s'agit d'un référent professionnel d'ordre culturel.

**Les formateurs** ne situent pas davantage le dispositif d'évaluation de la qualité des soins. Cependant, ils sont unanimes pour privilégier les temps d'évaluation sur le terrain. A partir de ces situations, ils ont l'ambition d'aider l'étudiant à faire le point sur ces apprentissages, en éclairant le lien entre la prestation et la qualité de prestation attendue. L'évaluation a des fondements puisés dans la combinaison de l'apprentissage de l'étudiant et dans les effets de la production sur les besoins des patients. Un cadre formateur exprime la difficulté à mêler la dimension formative de la nécessité normative. Comme nous déjà pu le voir dans l'analyse des programmes, cette dernière prévaut, tant dans les dispositifs de formation, mais aussi dans l'esprit des étudiants. Par conséquent, la dimension formative n'est pas toujours accessible, même si l'intention des formateurs est explicite. Les supports d'évaluation des étudiants ont été élaborés sur tous nos terrains de stage en concertation avec les professionnels de terrain. Mais dans aucun des cas il n'y a corrélation stricte avec l'évaluation d'un professionnel en exercice. L'appropriation des supports d'évaluation étant selon l'ensemble des acteurs interrogés davantage du ressort des cadres formateurs. Il s'agit de «leurs outils». Les cadres formateurs sont pleinement conscients de cette situation. Ils regrettent de se situer « *dans la fonctionnalité* »... « *il ne suffit pas que les étudiants se déplacent d'un stage à l'autre...notre présence sur le terrain est au service des étudiants, mais aussi auprès des équipes, ainsi il y a des bénéfiques secondaires : pour les relations entre professionnels et étudiants, pour la compréhension de la place du stage dans la formation, pour l'appropriation des supports de formation et d'évaluation...* » nous dit l'un d'entre eux.

Les directeurs des soins s'interrogent quant à eux sur la pertinence du dispositif d'évaluation en place dans l'institut qu'ils dirigent. Deux d'entre eux ont débuté une réflexion pour anticiper l'évolution du programme à venir. Ils s'interrogent sur l'impact du passage à la logique de compétences. Ils analysent désormais très différemment le

dispositif d'évaluation en vigueur. Ils ont pleinement conscience que le dispositif en place répond plutôt à des enjeux de stabilité organisationnelle et institutionnelle. Il n'a pas été conçu en fonction d'une finalité clairement partagée. A l'IFMEM, le dispositif d'évaluation est très différent par année de formation. Il dépend donc de chaque formateur. Dans les deux instituts, le dispositif d'évaluation est en cohérence avec le dispositif de formation. Dans un autre IFSI, le Directeur des soins souligne que le dispositif s'est peu à peu transformé dans une logique de réponse aux besoins organisationnels de l'équipe pédagogique. « Le dispositif d'évaluation a suivi » nous dit-il.

En synthèse, nous pouvons affirmer, que sur nos sites d'observation, il n'existe pas de dispositif explicite d'évaluation des compétences professionnelles, exploité dans une stratégie ou un dispositif de formation.

### **3.1.3 Prolongements des entretiens**

A l'issue de cette étude, nous pouvons avancer que nos hypothèses sont partiellement vérifiées. L'IFSI qui privilégie la pratique réflexive dans son projet pédagogique contribue à former des professionnels plus réflexifs. Nous nous étonnons même des résultats obtenus à l'analyse des quatre étudiants en fin de formation. Cet étonnement repose sur l'analyse comparée de la représentation de la compétence, entre les formateurs et les étudiants, mais aussi en raison des changements très importants connus par cette équipe pédagogique. Depuis 5 ans, 6 nouveaux formateurs sur les 7 sont arrivés et 3 directeurs se sont succédés. Les formateurs ont une approche différente de la compétence et pourtant un profil de futur professionnel relativement homogène se dégage. Les étudiants de cette IFSI ont intégré un rapport à l'environnement plus élaboré que ceux de l'IFMEM, certains développent une approche très réflexive. Ils s'engagent en tant qu'acteur, intégré à un collectif, dans le projet d'apprendre des situations. Ils ont une appréciation claire des enjeux pour le patient et pour eux-mêmes. Ils sont en mesure de caractériser concrètement la qualité du service rendu, sans qu'il existe de dispositif d'évaluation formalisé. Ils ont conscience d'appartenir à un corps professionnel qui existe, par sa confrontation aux situations de travail, par la qualité de ses interactions avec les autres professionnels et par le projet de s'ouvrir à d'autres façons de faire. Ils sont en cela parfaitement inscrits dans la logique de l'adaptation, de la responsabilité, mais aussi de l'humilité qui consiste, à ne jamais aborder une situation comme étant la reproduction de la précédente. L'expérience passée est analysée, dans le souci de mieux comprendre la suivante et non pas dans l'intention de reproduire ou de ne pas reproduire la précédente. Nous nous interrogeons sur les raisons de ce constat, au final, très proche de la logique de notre idée centrale, alors que tous les facteurs de construction du lien entre pratique réflexive et compétence ne sont pas présents. Nous faisons les hypothèses suivantes :

- Le projet pédagogique tient une place spécifique dans l'apprentissage de la pratique réflexive

Le projet pédagogique serait porteur de valeurs et d'orientations formatrices qui surpasseraient les intentions explicites de chacun des membres de l'équipe pédagogique. Ce projet constitue l'élément le plus stable de l'institut depuis 5 ans. Les nouveaux arrivants puisent dans les orientations qu'il contient, les repères nécessaires à leur prise de fonction. Le projet est d'autant plus stabilisé, que le directeur actuel était formateur à l'IFSI à la conception du projet.

Nous avons pu le constater, le projet souligne et traduit la place laissée à l'étudiant, « personne autonome, responsable, actrice de sa formation et de son avenir ». Le projet privilégie les démarches interactives, l'accompagnement individualisé et l'analyse des situations de travail. L'équipe porte ces orientations. Elles paraissent inscrites dans la culture de l'Institut. L'instabilité de l'équipe est en l'occurrence compensée par la stabilité et la clarté de cette ligne directrice. Mais le profil de l'équipe en place a aussi son importance.

- Le profil de l'équipe pédagogique influe sur la dynamique d'apprentissage de la pratique réflexive

Deux éléments nous sont apparus déterminants. Le premier tient au fait que tous les formateurs ont une double expérience de cadre de santé, en unité de soins et en institut. L'expérience de management d'équipe est pour chacun d'eux, égale au moins à cinq ans. Ces expériences ont toutes été conduites dans les établissements de la région. Les lieux d'exercice sont par ailleurs très complémentaires : 3 sur 7 sont infirmiers de secteur psychiatrique, les 4 autres ont exercé dans des unités de soins généraux très diversifiées, alliant des expériences en réanimation, oncologie, chirurgie ... La première incidence concrète est que la globalité de l'équipe possède un réseau relationnel vaste et très superposé à la globalité de l'offre de stage. Ainsi, la gestion des stages, les relations avec les professionnels sont facilitées. Le deuxième élément déterminant tient au fait, que la complémentarité des formateurs et le partage d'une expérience managériale, enrichissent l'analyse des situations de travail. Les étudiants perçoivent indiscutablement la cohérence et la continuité de l'engagement de l'équipe dans l'analyse d'expériences très diversifiées. Cette pratique s'inscrit ainsi plus aisément dans une culture réflexive. Nous pouvons également émettre l'hypothèse, sans cependant pouvoir la vérifier, que la double expérience améliore, l'évaluation de la qualité du service rendu au patient. Car même si le dispositif d'évaluation de la compétence, n'est pas formalisé en tant que tel, les cadres formateurs respectent deux éléments clés : les orientations du projet pédagogique, car l'évaluation des apprentissages laisse une place prépondérante à l'analyse des situations, mais aussi leurs propres références, nées de l'expérience de l'évaluation des prestations fournies en unité de soins et de l'évaluation des professionnels.

Il résulte de cette analyse une continuité temporelle dans le rapport à l'action. Ainsi, la cohérence institutionnelle, tant sur le plan organisationnel, que sur le plan de la posture des formateurs, favorise la construction d'une identité professionnelle. Les pratiques réflexives renforcent l'identité professionnelle. Quels prolongements professionnels peut-on envisager ? Quelles préconisations, peut-on avec prudence, soumettre ? Cela est l'objet de notre dernière partie.

# **TROISIÈME PARTIE : PROLONGEMENTS**

## **PROFESSIONNELS**

Les prolongements professionnels que nous allons maintenant esquisser sont emprunts de la prudence qui repose sur les limites de notre analyse et sur la place qui est la nôtre, celle d'un professionnel qui n'a pas encore été confronté aux responsabilités relatives à la fonction de directeur des soins.

Nos propositions s'appuient sur la prise en compte de nos constats initiaux et sur la problématique qui s'est ouverte à nous : les compétences professionnelles sont vivantes et évolutives, elles doivent s'inscrire dans un processus interactif qui unit le professionnel aux situations de travail. Ce processus requiert des conditions externes à l'individu, mais aussi intrinsèques et culturelles, que la formation initiale est à même de promouvoir. Après avoir précisé les limites de notre analyse, nous allons présenter notre stratégie pour favoriser le développement des compétences à partir de la pratique réflexive. Nous aborderons ensuite les apports de l'engagement dans un dispositif d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes aux clients.

### **1 L'apport des pratiques réflexives au développement des compétences : du concept à la réalité**

#### **1.1 Les limites de l'étude : un préalable à prendre en compte**

Nous avons construit notre analyse sur un nombre restreint d'entretiens, dans seulement deux instituts. Une étude plus large, aurait sans aucun doute apporté plus de légitimité à notre propos. Interroger un échantillon plus important de cadres formateurs et d'étudiants nous aurait également permis de donner plus de fiabilité à nos conclusions. Cependant, la cohérence entre le projet pédagogique, le positionnement des formateurs et celui des étudiants révèle un intérêt qui justifie pleinement d'approfondir cette piste. Ce d'autant que les diverses observations, qu'elles s'appuient sur notre pratique professionnelle ou sur les explorations complémentaires que nous avons effectuées en stage lors de notre formation de directeur des soins convergent. L'apport d'une étude sur deux instituts préparant à des métiers différents n'apporte pas de contribution significative par rapport à notre questionnement initial. Nous n'en tirerons donc aucune conclusion hâtive. Il eut été pertinent de construire un modèle d'évaluation de la compétence pour apprécier les effets de la formation, en enquêtant au niveau de professionnels diplômés depuis moins d'un an

et après trois ans d'exercice professionnel par exemple. Cela aurait permis de mieux évaluer l'impact de la formation. L'absence de référentiel de compétences reconnu, ne nous a pas permis d'explorer cette piste. Nous nous sommes contentés d'interroger le coordonnateur général des soins de l'établissement de rattachement de l'IFSI, puisque cet établissement recrute chaque année, près de 25% des nouveaux diplômés. Il a témoigné de sa satisfaction générale, louant les capacités d'adaptation des jeunes professionnels. Mais ce constat devrait être complété d'une analyse comparative pour évaluer les capacités d'adaptation et les compétences professionnelles de diplômés d'horizons différents. De plus, d'autres facteurs, tels la motivation pour la spécialité, les conditions de travail ou bien encore le choix personnel de l'étudiant sont en mesure d'avoir une influence sur la performance professionnelle.

## **1.2 Le passage obligé par l'analyse de l'activité**

La pratique des soins repose sur un raisonnement clinique explicité dans le processus de soin. La description préalable du processus de soin est une étape fondamentale de compréhension de l'activité des professionnels paramédicaux. Envisager la réponse aux besoins de la personne suppose une analyse de la situation et la structuration d'une réponse sous forme d'un projet de soins individualisé. Pour fixer les objectifs d'une formation professionnelle, il apparaît déterminant de procéder à une analyse rigoureuse du métier. La production d'un référentiel de compétences nécessite le passage par un référentiel d'activité. Ce travail est en cours sous la direction de la DHOS. Bien entendu, certains établissements, des associations professionnelles ont déjà produit de nombreux travaux permettant de décrire les activités et les compétences par métier. Des approches méthodologiques disparates n'en permettent pas une exploitation à grande échelle. La cohérence méthodologique nous paraît nécessaire pour visualiser l'ensemble des activités des professionnels paramédicaux, et in fine, les compétences par profession. Nous pensons que certaines activités vont se retrouver dans le champ de plusieurs métiers. Il en sera de même de certaines compétences, avec une possibilité de graduation de celles-ci selon les enjeux et les buts de l'activité. Prenons l'exemple d'une activité classique du métier d'infirmier : l'observation et le recueil de données cliniques et épidémiologiques ou bien encore la gestion de matériels et de produits ; ne peut-on pas penser que ces activités seront transversales à plusieurs métiers, quelles font appel à des classes de situations comparables d'un métier à l'autre ? Il apparaît urgent de disposer de référentiels explicites construits sur des bases comparables afin de rapprocher des métiers voisins et de raisonner sur ce qui est commun et sur ce qui justifie d'une spécialisation. Il sera alors possible de concrétiser la mutualisation d'actions de formation, ou d'envisager la perspective de passerelles entre les métiers. La VAE nous amène très progressivement à cette logique. Cependant, les équipes pédagogiques doivent

s'approprier les référentiels, partager sur les pratiques qu'ils recouvrent, sur les buts et les résultats visés par l'action. Ainsi, l'équipe acquiert une cohérence collective au service du projet de formation. Si les activités de soins ne sont pas explicitées, partagées, le risque d'hypertrophie des connaissances disciplinaires rejaillira. L'appropriation des référentiels sera d'autant plus fructueuse, qu'elle s'effectuera à partir d'une réflexion entre professionnels complémentaires, voire en interdisciplinarité. Nous estimons qu'il s'agit d'une base de travail pour tous les instituts de formation. De plus, celle-ci peut-être l'objet de travaux communs entre plusieurs instituts et avec des professionnels de terrain. Ce travail permet d'envisager plusieurs avantages :

- La finalité de la formation sera clarifiée et partagée par les professionnels de la formation et ceux du soin ;
- L'écart « théorie – pratique » sera réduit et la contribution des différents domaines sera clarifiée ;
- Cette approche est nécessaire pour mettre la situation de travail au cœur du dispositif de formation ;
- Cette approche inter – professionnelle est à même d'estomper les cloisonnements entre instituts, entre professions et de favoriser la mutualisation de pratiques et de compétences ;
- La logique compétence sera plus facilement intégrée par l'ensemble des formations paramédicales ;
- L'ensemble des interactions produites favorisera l'analyse des pratiques de formation et globalement la pratique réflexive sera portée par les professionnels de la formation eux-mêmes ;
- L'analyse des situations de travail justifie pleinement le positionnement de formateurs cadres de santé ;
- Les bases d'une culture commune de pratique réflexive des professionnels paramédicaux seront posées.

### **1.3 L'exploitation des référentiels de compétences**

Au même titre qu'il est nécessaire de décrire les activités, il nous paraît essentiel que les équipes pédagogiques s'approprient les référentiels de compétences. L'appropriation progressive par l'ensemble des cadres de santé nous paraît être un objectif intéressant dans la mesure où la pédagogie par alternance sera mieux exploitée. Un intérêt complémentaire réside dans la perspective d'évaluation des compétences et donc des professionnels dans les unités. Afin de corréliser l'appropriation des référentiels de compétences et l'engagement dans une pratique réflexive nous suggérons de relier le référentiel de compétences au référentiel de formation en exploitant le modèle conceptuel des schèmes. A partir des travaux de PIAGET et de VYGOTSKI, G.VERGNAUD a

développé ce concept en le définissant comme « *étant une forme invariante d'organisation de l'activité et de la conduite associée à une classe de situations* »<sup>29</sup>. Le schème est en quelque sorte la « *grammaire génératrice de pratiques* »<sup>30</sup> nous dit PERRENOUD. Nous allons poursuivre la définition du schème par quatre de ses composantes qui illustrent bien l'intérêt de cette méthode pour le développement de la pratique réflexive. Ainsi un schème comporte nécessairement :

- « *Un ou plusieurs buts, se déclinants en sous - buts et anticipations ;*
- *Des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;*
- *Des invariants opératoires : concepts en acte et théorème en acte ;*
- *Des possibilités d'inférence* »<sup>31</sup>.

La compétence professionnelle est le résultat de l'articulation de schèmes correspondant à des classes de situations. L'exploitation de ce modèle nous semble la plus fidèle à l'approche de la compétence que nous avons développée dans notre première partie. En voici les raisons. La clarification des buts à atteindre caractérise le résultat visé. Les anticipations en étant la traduction concrète aidée en cela par des indicateurs. Les règles d'actions déclinent les processus qui engendrent l'activité au fur et à mesure. Enfin, les inférences permettent d'inventorier l'adaptation à différents cas de figure, de répertorier les éléments contextuels qui auront une influence sur la compétence. Prenons l'exemple du référentiel de compétences élaboré en 2002 pour les directeurs d'écoles paramédicales selon cette méthodologie. L'un des items du référentiel métier est « il est le garant de la compétence et facilite le développement du projet professionnel de l'étudiant ». Pour caractériser la compétence qui permet de répondre à cela, trois schèmes ont été définis :

- Identifier les compétences
- Intégration des compétences attendues dans le projet de formation
- Evaluation de la progression des étudiants

Chacun de ces trois schèmes est ensuite décliné selon les quatre composantes que nous avons vues précédemment.

Ainsi poursuivons l'exemple avec le premier schème : **identifier les compétences**. Il se décompose ainsi :

---

<sup>29</sup> VERGNAUD. G. Lev Vygotski, pédagogue et penseur de notre temps, Hachette éducation, Paris 2000, p.89

<sup>30</sup> PERRENOUD.P. Construire un référentiel de compétences pour guider la formation professionnelle, Enseignement Université de Genève, p.3

<sup>31</sup> VERGNAUD. G Op. Cit., p.91

<b>Invariants</b>	<b>Inférences</b>	<b>Règles d'action</b>	<b>Anticipations</b>
<p>Cette colonne est déclinée en deux parties dans le référentiel : ce que le sujet tient pour vrai et ce qu'il tient pour pertinent<sup>32</sup>.</p> <p>« il est pertinent de s'appuyer sur la réflexion des professionnels de terrain pour identifier les compétences »</p>	<p>-Spécificité du soin -Spécialités différentes -Evolution des métiers -Spécialité du DE (Inf, manip, kiné...)</p>	<p>-Il élabore une méthodologie de travail avec les représentants de la profession -Il anime les réunions de travail -il participe à l'élaboration du référentiel de compétences</p>	<p>-inventaire des compétences professionnelles -adhésion des professionnels</p>

Cette méthode est complétée de concepts clés qui sous-tendent l'expression de la compétence. En l'occurrence, sont cités : compétence, référentiel métier, spécialité, projet professionnel, etc. L'équipe peut ainsi exploiter ces concepts clés dans le référentiel de formation et dans le dispositif mis en place. Tout se construit en fonction d'une finalité « compétence ». Les indicateurs de la compétence professionnelle pourront être identifiés à partir « d'observables » très concrets : le calendrier des réunion de travail, la production d'un référentiel, etc. Le dispositif d'évaluation se dessine implicitement. Bien entendu, il ne s'agit pas de réécrire les référentiels de compétence, mais il convient de s'assurer, a minima, que l'on est capable de dire « en quoi, et comment » chaque module de formation correspond à la construction de telle ou telle compétence. Ou bien encore, dans quel module les ressources utiles à telle compétence sont elles travaillées ? Par cette méthode on relie explicitement la finalité de la formation et le dispositif qui est mis en place. Les interactions constantes, entre la compétence et la stratégie de formation constituent un terrain privilégié du développement de la pratique réflexive pour les équipes pédagogiques. Cette méthode présente également les avantages de favoriser les collaborations entre le champ de la formation et les services de soins.

---

<sup>32</sup> Nous nous contentons de la sous - colonne « ce que le sujet tient pour pertinent »

## **1.4 Le positionnement de la formation**

Notre argumentaire plaide en faveur d'une logique systémique de l'approche des compétences professionnelles. Il nous apparaît essentiel qu'une stratégie de la formation se décline à l'échelle de l'établissement. L'exploitation partagée de la réflexion sur les activités professionnelles, l'utilisation de modèles conceptuels reconnus par toutes les équipes sont en mesure de développer des synergies professionnelles importantes. Le directeur des soins, coordonnateur d'Instituts, a une mission de régulation et d'adaptation de l'offre de formation aux besoins des clients. La cohérence de son positionnement sera d'autant plus grande qu'il coordonnera l'ensemble des instituts et écoles, réunis sous une entité unique, que nous appellerons par exemple « pôle de formation ». Cette cohérence s'appuiera sur la lisibilité du dispositif et sur les perspectives de collaboration avec la coordination générale des soins et l'ensemble des professionnels. Les enjeux liés à l'engagement dans des projets qualité, la prise en compte de la VAE, les collaborations avec les tutelles, les partenariats universitaires sont autant d'exemples qui témoignent de la nécessité d'un positionnement fort et cohérent du pôle formation. Les situations de travail, les collaborations entre professionnels, l'interdisciplinarité, les besoins de l'ensemble des clients seront d'autant mieux pris en compte qu'il y aura une forte cohérence entre les projets de formation et les projets de soins.

Si le projet du pôle formation constitue un élément de positionnement de la formation, il est important qu'il existe des projets d'instituts. Comment se situent les écoles spécialisées ? Ne faut-il pas envisager un projet des écoles spécialisées ? Que signifie être infirmier spécialisé en 2007 ? Quelle est la contribution spécifique de l'infirmière de bloc opératoire ? Comment s'articulent les compétences de l'infirmière en soins généraux et celles de l'infirmière de bloc ? Quelles sont les complémentarités, les points communs et les divergences de chacune des formations spécialisées ? Ces questions n'ont pas de réponses toutes faites aujourd'hui. Elles justifient l'élaboration d'un projet des écoles spécialisées. Mais il peut-être pertinent d'envisager des projets pour chaque formation post-bac et un autre pour les métiers d'aide par exemple.

L'entrée dans une logique de compétences justifie probablement la connexion de la formation initiale et de la formation continue. La compétence se construit, se développe, évolue constamment. L'exploitation de référentiels partagés facilite l'articulation de la formation initiale et de la formation continue, avec une finalité elle aussi partagée : assurer un continuum de professionnalisation.

## **1.5 Le projet de formation : les pratiques réflexives au cœur de la formation**

Le projet s'appuie désormais sur une finalité claire : la compétence professionnelle. Le référentiel de compétences doit être traduit en un référentiel de formation qui va décliner

la stratégie pédagogique et l'ingénierie du dispositif. Selon notre cheminement, il positionne les situations de travail, les processus de soins au cœur des situations de formation. Afin qu'il contribue à l'acculturation réflexive, favorable à l'engagement des professionnels dans un processus d'auto – formation et de développement continu de leurs compétences, nous suggérons les repères suivants :

- Explicitation progressive de la compétence visée tout au long de la formation
- Accompagnement individualisé des étudiants
- Préparation des parcours individualisés de stages : objectifs gradués selon l'année de formation, mais avec toujours en perspective la compétence finale visée et prise en compte du projet professionnel de l'étudiant
- Exploitation systématisée de situations professionnelles : description, analyse, debriefing, mise en lien des enseignements et de l'exercice professionnel...
- Développement des travaux dirigés, des études de cas, des analyses de problèmes etc.
- Pédagogie du questionnement privilégiée
- Posture du formateur : rapport constructif à l'égard de l'erreur, rapport réflexif à l'action, coopératif aux professionnels, ouvert à la créativité, à l'innovation...
- Elaboration d'un dispositif d'évaluation intégrant systématiquement :
  - L'analyse de la situation
  - La prise en compte des besoins du client, des résultats visés par l'action
  - La compréhension des enjeux de l'action
  - Les collaborations nécessaires à l'action
  - La capacité à rendre compte de la prestation

Ces repères ne sont donnés qu'à titre indicatif. Le travail considérable qui incombe à l'équipe pédagogique est de construire un dispositif qui structure la formation avec des paliers d'apprentissages respectueux d'une progression dans la formation et de communiquer elle aussi sur les besoins de leurs clients, les enjeux de l'action de formation, les collaborations nécessaires etc. Ainsi, le dispositif devient inducteur de formation à la compétence.

## **1.6 De nouveaux partenariats à envisager**

Le partenariat est une alliance entre partenaires différents. Il s'agit selon M.O GALANT, d'une co-réflexion, d'une co-construction, d'une co-réalisation et enfin d'une co-évaluation. Le modèle de la compétence constitue une clé de voûte idéale pour sceller de nouveaux partenariats.

Nous structurerons notre analyse en trois niveaux : les partenariats externes, les partenariats instituts de formation – établissements de santé et enfin les partenariats inter – instituts.

- **Les partenariats externes**

Ceux-ci peuvent s'envisager avec des universités, avec des écoles appartenant à d'autres champs professionnels ou bien encore avec des institutions diverses, pour par exemple contribuer à des projets de santé publique. Ce type de partenariat est à rechercher dans la mesure où il permet d'apporter une valeur ajoutée au développement des compétences des professionnels paramédicaux. Chacun des partenaires doit bénéficier de l'alliance, qui gagnera à se concrétiser sous forme contractuelle. Une logique relationnelle de type prestation de service ne constitue pas à notre sens une base pertinente pour un partenariat constructif. Ces partenariats favorisent cependant l'ouverture à des cultures différentes, l'accès à des références diversifiées. Des partenariats, avec des instituts du travail social permettront d'approfondir la compréhension des besoins des patients clients, qui ont des besoins sanitaires mais aussi sociaux. Le partenariat universitaire, peut s'envisager dans de multiples perspectives. Cependant, nous en retenons une en priorité : développer la recherche sur les pratiques et l'organisation des soins. Le laboratoire de recherche peut offrir un appui méthodologique temporaire, des perspectives d'analyses complémentaires, sociologique par exemple, et les écoles paramédicales, les situations de travail, offrent le terrain d'exploration. L'enjeu réside dans la capacité des professionnels de la formation à devenir eux-mêmes des chercheurs à même de valoriser les pratiques professionnelles, par les résultats de leurs travaux.

- **Les partenariats instituts de formation – établissements de santé**

Il s'agit pour nous d'une priorité. Nous situons le développement des compétences à l'interface de ce partenariat. Les deux domaines ont une finalité commune : contribuer à une professionnalité optimale. La formation initiale contribue à la construction de la culture réflexive et au développement des compétences, alors que la direction des soins contribue à l'organisation des situations de travail et au développement continu des compétences. L'alliance entre les deux secteurs nous semble primordiale pour assurer l'engagement des paramédicaux dans un continuum de professionnalisation. La clarification des contributions des directeurs des soins et de la direction des ressources humaines, nous paraît être un préalable indispensable à la gestion optimisée des compétences.

Concrètement, il paraît pertinent que chaque secteur investisse les instances existantes, les groupes de travail institutionnels, afin de positionner chaque catégorie professionnelle dans son groupe d'appartenance. Il convient par exemple de favoriser les travaux qui associent les professionnels des deux champs pour produire des outils de gestion des compétences et pour analyser des situations de travail. L'analyse des pratiques

professionnelles, nous paraît être une piste très adaptée pour conjuguer la complémentarité des compétences. Prenons l'exemple de l'évaluation de la tenue des dossiers patients, l'analyse d'incidents, de processus de soins, les audits cliniques : dans ces cas concrets, il est possible de bénéficier de la mutualisation de compétences, en produisant des bénéfices secondaires non négligeables. Par exemple :

- Le cadre formateur apporte sa neutralité, sa distance par rapport aux situations. Il peut apporter une expertise spécifique.
- Les situations professionnelles, les équipes de travail contribuent à approfondir et à actualiser en permanence, la représentation que les formateurs ont des activités de soins.
- Pour l'ensemble des acteurs, l'engagement institutionnel devient plus important. Les compétences collectives se développent plus aisément dans la collaboration.

La corrélation des projets de soins et des projets d'école s'inscrit dans la formalisation des collaborations de l'ensemble des directeurs des soins. A partir de collaborations formalisées, il est possible d'optimiser les mutualisations et de donner une place de choix aux situations de travail dans le processus de construction et de développement des compétences. La mise en place de procédures tutorales est à même de structurer les collaborations et de donner une place plus lisible et plus marquée aux professionnels de terrain.

- **Les partenariats inter – instituts**

L'existence d'un pôle de formation inscrit dans la stratégie de promotion des compétences doit se traduire par des interactions internes professionnalisées. Les enjeux sont de plusieurs ordres :

- Promouvoir la culture de la formation à la compétence, par la promotion de la pratique réflexive
- Mutualiser les compétences pédagogiques
- Développer le partage de pratiques pédagogiques, d'enseignements
- Mutualiser les moyens : les locaux, les systèmes d'information, la gestion des stages, la recherche, les contributions externes etc.

Le projet du pôle formation constitue la ligne directrice de cet engagement. Le champ de la formation doit professionnaliser ses collaborations internes pour accéder à une reconnaissance externe et ainsi pleinement répondre à sa mission de « contributeur » au développement des compétences. Ce d'autant que les enjeux de la mutualisation se situent aussi dans une gestion économique et financière maîtrisée. Le positionnement stratégique et managérial des directeurs des soins est, à ce titre, très influent.

## **2 L'engagement dans un dispositif d'amélioration continue de la qualité**

### **2.1 Un choix stratégique**

L'engagement dans une démarche d'amélioration de la qualité a pour objet de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires et par cela de viser leur satisfaction.

Le cheminement de notre raisonnement nous amène à considérer cet engagement comme étant très favorable à la mobilisation des équipes dans une perspective de recentrage sur les clients et sur l'adaptation des prestations à leurs besoins. En cela, l'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la formation devient un choix stratégique prioritaire.

#### **2.1.1 Une finalité claire**

Il existe de multiples approches, des modèles très différents pour appréhender une stratégie d'engagement dans une démarche qualité. La formation sanitaire ne bénéficie que de très peu de recul dans le domaine. Pour cette raison, nous préconisons un modèle qui privilégie des références seuils pour bénéficier d'une accréditation par exemple, mais aussi une possibilité pour rendre ces références dynamiques. L'important se situe dans la perspective de mobiliser plus aisément les acteurs, afin d'accroître la capacité d'auto-régulation du système. La finalité du dispositif de formation étant de contribuer au développement des compétences, l'engagement dans une démarche qualité permet de réguler en permanence l'offre de formation pour s'attacher aux besoins des bénéficiaires. Cet engagement crée les conditions favorables à l'émergence d'une « réflexivité » du système lui-même.

#### **2.1.2 Des enjeux partagés**

L'engagement dans une démarche qualité reconnue permet à l'ensemble des acteurs d'analyser les enjeux de leurs contributions. Stratégiquement, il en résulte, une ligne directrice formalisée et de surcroît partagée. Les pistes que nous avons développées précédemment se trouvent mises en lien par ce choix stratégique.

### **2.2 Une méthodologie**

Nous préconisons l'engagement dans une démarche d'accréditation, à partir d'un référentiel ouvert, tel celui de l'ENSP, car cette approche consiste « à *produire de la reconnaissance sociale des compétences, et vise à inscrire ceux qui y adhèrent dans une*

*démarche de progrès »<sup>33</sup>. De plus ce modèle donne une place essentielle aux acteurs du domaine concerné, et est en cela, très favorable à leur responsabilisation : « la nature de la compétence attendue, de la qualité recherchée, est rendue explicite au sein du dispositif d'accréditation par la définition des conditions d'adhésion et l'élaboration d'un référentiel présentant les différents critères permettant d'évaluer la qualité. Ces critères sont le produit d'une élaboration collective impliquant de nombreux acteurs du champ de référence, s'accordant sur une qualité négociée »<sup>34</sup>.*

### **2.2.1 La place des clients**

Si l'engagement clair des dirigeants s'impose pour envisager la réussite d'un tel projet, il apparaît tout aussi déterminant que chaque professionnel connaisse l'orientation retenue et qu'il ait les moyens de s'impliquer dans la démarche. La réflexion préalable sur les activités est essentielle pour identifier les processus qui conduisent aux prestations fournies. L'approche processus contribue à clarifier ce qui se joue dans une succession d'activités, tout en privilégiant une analyse transversale et interprofessionnelle de la prestation dont la finalité repose sur la prise en compte des besoins des clients. Cette approche requiert un management, lui aussi très réflexif.

### **2.2.2 Un dispositif d'évaluation simple**

Le référentiel de l'ENSP propose quatre domaines d'évaluation : les résultats de l'apprentissage, l'adéquation et la transférabilité, la satisfaction des clients et la garantie qualité. Les équipes se doivent de construire les supports qui permettent de rendre compte des prestations fournies et des résultats atteints. Le principe de réalisme nous incite à avoir pour objectif de favoriser l'élaboration de critères très simples mais couvrant l'ensemble des références.

L'engagement dans une démarche qualité, de type « accréditation », favorise le développement d'une culture partagée et ouvre des perspectives de « mise en projet » particulièrement compatibles avec le développement des compétences. Notre volonté, notre stratégie et notre management plaideront pour promouvoir une culture de la pratique réflexive. Ainsi, la « démarche qualité » ne sera plus une finalité, elle sera intégrée pour laisser place à nos finalités soignantes : répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain.

---

<sup>33</sup> Référentiel ENSP p.5

<sup>34</sup> Ibid. p.6

## CONCLUSION

Les compétences des professionnels paramédicaux sont de plus en plus évolutives, elles doivent s'adapter à la mutation profonde que connaît le système de santé. Il apparaît dès lors essentiel de conjuguer nos efforts pour mieux les promouvoir et pour mieux les gérer. Nous nous sommes appuyé sur une analyse du contexte professionnel pour caractériser les compétences nécessaires à une professionnalité adaptée. Les situations de travail deviennent l'élément privilégié par notre raisonnement. Nous les situons au coeur de la formation. Elles deviennent le support d'une réflexion, sans cesse revisitée, qui a pour objectif de mettre en lien les besoins du client, les enjeux de l'action et le résultat de la prestation. Les contributions de l'acteur et de l'équipe sont analysées dans une perspective constructive et solidaire. Le rôle du directeur des soins se situe dans l'initiation de la démarche et dans l'organisation des conditions favorables à la pratique réflexive. La réussite de ce modèle s'appuie sur la cohérence de la stratégie, du management et de l'organisation des dispositifs de formation. Plus encore, elle repose sur l'alliance de l'ensemble des directeurs des soins dans la promotion de l'identité soignante. L'analyse de l'évolution des facteurs environnementaux, l'intégration de connaissances externes et l'engagement dans la mobilisation de nos savoirs est à même de favoriser l'émancipation de nos métiers. Le développement d'une identité soignante paramédicale nous paraît compatible avec le respect des compétences spécifiques de chacun des métiers et est en cela respectueuse des identités inhérentes à chacun d'eux. Les échanges que nous avons pu avoir à la DHOS, nous laissent présager que les référentiels de compétences montreront des zones de partage, de recouvrement de certaines compétences. Il nous semble pertinent de nous appuyer sur cette approche, pour structurer ce qui nous rassemble, pour mieux l'exploiter et pour, au final, mieux respecter le rôle et les contributions de chacun. Nous avons pu voir que les compétences trouvaient un terreau favorable à leur développement, dès lors que les conditions d'une compréhension réciproque était construite, dès lors que les bases d'un accord étaient trouvées, c'est à cela que nous nous engageons. L'enjeu se situe dans la mobilisation de nos complémentarités. Une approche stratégique et managériale favorable au développement de la pratique réflexive, est à même d'offrir aux professionnels les conditions favorables pour pouvoir et pour vouloir agir. Le raisonnement clinique et les spécificités de chacun des métiers paramédicaux en bénéficieront et, in fine, les professionnels et tous les acteurs du système de santé. La reconnaissance des métiers et des identités sera renforcée dès lors que nous serons en mesure de faire évoluer nos pratiques et de porter un regard critique et constructif sur le dispositif de formation et d'accompagnement des compétences professionnelles, en cela la promotion d'une recherche en soins interdisciplinaire nous paraît être une voie intéressante à promouvoir.

---

# Bibliographie

---

## LIVRES

ALTER N. L'innovation ordinaire. Paris : Collection Essais Débats PUF, 2005. 284p.

BELIER S. Compétences en action. Paris : Editions Liaisons, 2000. 246p.

BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. Sources théoriques de l'analyse des pratiques professionnelles. Paris : Collection Savoir et Formation, L'HARMATTAN, 2001. 207p.

BLANCHARD-LAVILLE C., FABLET D. Analyser les pratiques professionnelles. Paris : Collection Savoir et Formation, L'HARMATTAN, 2000. 384p.

DUBAR C. La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles. Paris, Editions Armand COLIN, 1996. 263p.

LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Les Editions d'Organisation. 2000. 206p.

LE BOTERF G. De la compétence – Essai sur un attracteur étrange. Paris : Les Editions d'Organisation. 1994. 176p.

LE BOTERF G. Ingénierie et évaluation des compétences. Paris : Les Editions d'Organisation. 2001. 539p.

LE BOTERF G. Développer la compétence des professionnels. Paris : Les Editions d'Organisation. 2003. 312p.

LEVY – LEBOYER C. Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir? Paris : Les Editions d'Organisation, 1990. 211p.

MINET F, PARLIER M, DE WITTE S. La compétence, mythe, construction ou réalité ? Paris : L'Harmattan, 1994. 230p.

SOREL M., WITTORSKI R. La professionnalisation en actes et en questions. Paris : L'Harmattan, 2005. 271p.

SCHON D.A. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Les Editions Logiques, édition 1994. 418p

VERGNAUD G. Lev VYGOTSKI, pédagogue et penseur de notre temps. Paris : Hachette Education, 2000. 96p.

WITTORSKI R. Analyse du travail et production de compétences collectives. Paris : L'Harmattan, 1997.

ZARIFIAN P. Le modèle de la compétence. Paris : Editions Liaisons, 2001. 114p.

ZARIFIAN P. Le travail et l'événement. Paris : L'Harmattan, 1995. 249p.

ZARIFIAN P. Objectif compétence. Paris : Editions Liaisons, 2001. 203p.

## **ARTICLES**

ALTET M. L'analyse de pratiques en formation initiale : développer une pratique réflexive sur et pour l'action. Education Permanente, No 160, pp. 101-110.

BEILLEROT J. L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? Les Cahiers pédagogiques, No 346, 1996/09, pp.12-13

CHABOISSIER M., COUDRAY MA., DUBOYS-FRESNEY C. Profession infirmière, quel avenir? Soins Cadres, No 51, 2004/08, pp. 29-31.

DARRAS E. La compétence infirmière : un défi pour le cadre. Soins Cadres, No 47, 2003/08, pp. 22-26.

DEJOURS C. L'évaluation du travail en question. Entretien conduit par De la VEGA X., Sciences Humaines, No 154, 2004/11, pp. 18-25

HERNANDEZ H., PUGIN JM. Vers une formation paramédicale curriculaire. Soins Cadres, No 51, 2004/08, pp. 57-61.

LE BŒUF D., MATILLON Y. Compétences et évolution des métiers, Revue Hospitalière de France, No 505, 2005/ 07-08, pp. 56-59.

LEVY-LEBOYER C. Décrire, définir et recenser les compétences, Actualités de la formation permanente, No 186, 2003/09-10, pp.37-39.

MAILLEBOUIS M., VASCONCELLOS MD. Un nouveau regard sur l'action éducative, l'analyse des pratiques professionnelles, Perspectives documentaires en éducation, No41, 1997, pp 35-67.

NADOT S. L'analyse de pratiques dans le discours d'enseignants, Les actes de la DESCO, Ministère Jeunesse, Education, Recherche, Actes de l'université d'automne, octobre 2002, 2003. pp15-23.

PERRENOUD P. L'analyse des pratiques en question, Les cahiers pédagogiques, No 416, 2003/09, pp. 12-15.

PERRENOUD P. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation, Les cahiers pédagogiques, No 390, 2001/01, pp. 42-45.

PERRIN G. Compétences et professionnalisme. Les cahiers de l'ANIG, 2002/ 07-12, pp. 3-11.

SIMONIAN S. Compétence une notion de transfert entre théorie et pratique. Soins Cadres, No 50, 2004/05, pp. 46-47

VERMESH P. Questionner l'action : l'entretien d'explicitation. Psychologie Française, 1990, No 35-3, pp. 227-235

VERMESH P. Aide à l'explicitation et retour réflexif. Education permanente, septembre 2004, No 160, pp. 71-80.

WITORSKI R. Les rapports théorie – pratique dans la conduite des dispositifs d'analyse des pratiques. Education Permanente, septembre 2004, No 160, pp. 61-70.

## **RAPPORTS et AUTRES DOCUMENTS**

ALEXANDER M.F., RUNCINAM P.J. Le cadre de compétence pour l'infirmière généraliste, Rapport sur le processus de développement et de consultation, réalisé pour Le conseil International des Infirmières. Genève, 2003, 55p.

CHAUVIGNE C. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences, un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales. Travail commandité par l'ENSP, Rennes, janvier 2002, 154p.

CONJARD P., DEVIN B. Formation – Organisation : une démarche pour construire une organisation apprenante. Editions de l'ANACT, juillet 2004. 42p.

DREVET G. La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale :un enjeu pour le directeur des soins, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004.

MATILLON Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, 2003. 94p.

PERRENOUD P. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle, 2001. 20p.

[www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_33.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html)

REFERENTIEL QUALITE. Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles, Direction de l'évaluation et du développement pédagogique, ENSP, Novembre 2005, 53p.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : tableau de répartition des entretiens

Annexe II : grille d'analyse des entretiens

## Annexe I

Tableau de répartition des entretiens

<b>IFSI</b> Promotions de 40 Adossé à un CHS	<b>IFMEM</b> Promotions de 25 Adossé à un CHU	<b>Directeurs des soins et DRH</b>	<b>Ministère DHOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1DS</li><li>• 3formateurs</li><li>• 4étudiants, fin de 3<sup>ème</sup> Année</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1DS</li><li>• 1formateur</li><li>• 2étudiants fin de 3<sup>ème</sup> Année</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 CGS</li><li>• 1 responsable pôle formation</li><li>• 2 DS, directeurs IFSI, promotion de 115</li><li>• 1DRH<sup>35</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1DS, Conseillère pédagogique nationale<sup>36</sup></li></ul>

---

<sup>35</sup> Entretien complémentaire, il vise la compréhension de la politique de GRH

<sup>36</sup> Entretien complémentaire, il vise la compréhension des travaux en cours sur l'élaboration des référentiels de compétences et sur l'analyse de l'impact de ceux-ci sur les formations paramédicales

## Annexe II

### Grille d'Analyse des Entretiens

Nous recherchons, si :

- Les différentes classes de situations professionnelles sont intégrées par les équipes et par les dispositifs de formation mis en place.
  - Objectif : apprécier si la finalité de la formation est explicite et prise en compte dans la stratégie pédagogique
- L'activité professionnelle est l'objet d'une analyse en amont de la conception de l'ingénierie de formation.
  - Objectifs : analyser si l'activité est l'objet d'une décomposition prenant en compte les rapports à l'environnement, la qualité du service visé et les collaborations nécessaires à l'efficacité de l'action. Il s'agit pour les équipes pédagogiques de conceptualiser les phases du processus d'action, d'élaborer un répertoire d'aléas possibles, de prendre en compte les besoins des clients, de s'appropriier les différentes modalités de communication possibles et de concevoir des indicateurs d'évaluation.
- Les situations de travail sont exploitées comme support et moyen d'apprentissages.
  - Objectifs : analyser les modalités de gestion des stages (place du stage dans la formation), les interactions avec les terrains de stage (détermination des objectifs et des situations de travail favorables à l'atteinte des objectifs) et l'exploitation qui est faite des situations de travail en institut (avant, éventuellement pendant et après)

**Cette première grille est en mesure de nous aider à situer la place des situations de travail dans le processus de formation.**

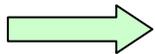
Par ailleurs, le schéma ci-après représente une synthèse de notre réflexion, mais aussi une grille d'analyse des relations entre pratiques réflexives, compétences et dispositif d'évaluation.

Commentaires :

Les doubles flèches montrent que les interactions réciproques, entre pratique réflexive, compétence et dispositif d'évaluation, sont nécessaires pour être dans une dynamique de développement des compétences. Cela montre un système d'autant plus vivant qu'il sera alimenté par,

d'une part :

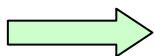
- L'intégration par les acteurs des résultats visés, les enjeux de l'action
- La prise en compte du client (ses attentes, ses besoins, son propre engagement dans le résultat)
- L'explicitation de la qualité visée



En ce qui concerne le développement de la pratique réflexive

Et d'autre part :

- La prise en compte de ces mêmes éléments



En ce qui concerne l'élaboration d'un dispositif d'évaluation simple, très centré sur les attentes des clients et sur les enjeux de l'action.

**L'ensemble du dispositif qui inclut l'analyse de l'activité, et qui allie dans un système constamment vivant les éléments présentés ci-après nous semble à même de favoriser une professionnalisation adaptée, fondée sur une culture de la pratique réflexive.**

