



HAL
open science

La mise en crise de la formation des soignants par les compétences : la transmission renversée

Emmanuel Triby

► **To cite this version:**

Emmanuel Triby. La mise en crise de la formation des soignants par les compétences : la transmission renversée. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Jul 2012, Paris, France. halshs-00790598

HAL Id: halshs-00790598

<https://shs.hal.science/halshs-00790598>

Submitted on 20 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Communication n°255 - Atelier 21 : Formation au métier du soin

La mise en crise de la formation des soignants par les compétences : la transmission renversée

Emmanuel TRIBY, LISEC, EA 2310, Université de Strasbourg

Résumé :

La formation des soignants subit actuellement de grandes transformations liées à la fois à un contexte budgétaire de plus en plus tendu et à des changements de nature plus institutionnelle, avec notamment l'entrée de l'approche compétences et *l'universitarisation*. Construite dès l'origine sur un principe d'alternance, cette formation tend aujourd'hui à déstabiliser l'activité des professionnels en charge de mettre en œuvre ces changements. Une recherche-action réalisée au sein d'un IFSI en Alsace, puis le fonctionnement d'un dispositif d'accompagnement collectif de la validation de l'expérience constituent la matière d'une analyse du devenir de la transmission dans la formation et l'activité professionnelles des soignants.

Mots clés : alternance, expérience, formation des soignants, validation des acquis

La formation des soignants subit actuellement de grandes transformations liées à la fois à un contexte budgétaire de plus en plus tendu et à des changements de nature plus institutionnelle, avec notamment l'entrée de l'approche compétences et *l'universitarisation*. Construite dès l'origine sur un principe d'alternance, cette formation tend aujourd'hui à déstabiliser l'activité des professionnels en charge de mettre en œuvre ces changements. Une recherche-action réalisée au sein d'un IFSI en Alsace, puis le fonctionnement d'un dispositif d'accompagnement collectif de la validation de l'expérience constituent la matière d'une analyse du devenir de la transmission dans la formation et l'activité professionnelles des soignants.

1. Contexte et problématisation

Les changements introduits dans la formation des soignants ne prennent tout leur sens qu'en référence aux transformations profondes subies par le système de santé depuis plus de 20 ans et notamment l'hôpital. Si ce dernier continue aujourd'hui encore de devoir supporter des contraintes budgétaires croissantes alors que le besoin de santé ne fait que croître, c'est parce qu'il comporte la possibilité d'appliquer un paradigme organisationnel à la fois industriel et marchand, lui-même fondateur d'un certain *pouvoir* des normes, impliquant un changement assez radical dans la transmission.

1.1. Les transformations de l'activité et de la formation des soignants

L'évolution du système de santé en France.

La réforme des études des soignants (infirmiers et aides-soignants notamment) trouve sa place dans l'évolution de l'assurance maladie et du fonctionnement de l'hôpital. Il n'est pas possible de comprendre dans quelle nécessité s'inscrit la réforme des études des soignants sans faire clairement référence à deux phénomènes :

- la tension de plus en plus forte entre des besoins sociaux de prise en charge de la santé, d'une part (Molinier, Laugier, Paperman, 2009), et la forte contrainte budgétaire qui pèse sur leur financement, d'autre part, notamment du fait des luttes et des transactions portant sur la valeur ajoutée et son partage, dans un contexte de croissance fortement ralentie.

- l'industrialisation de l'hôpital qui poursuit son avancée en empruntant à la fois aux ressorts de la contrainte budgétaire qu'aux techniques et procédures issues du post taylorisme : gestion par pôles, démarche qualité et *procéduralisation* des tâches, production juste-à-temps et réduction des temps morts... À cela s'ajoute un « désordre organisationnel » lié au manque structurel de main d'œuvre.

La réforme de la formation des soignants.

L'introduction d'un « Nouveau Référentiel de Formation » (NRF) et la « LMDisation » ont provoqué un certain désarroi du côté des cadres formateurs de soignants. Le référentiel compétences est le résultat d'une longue concertation entre acteurs de la formation des soignants mais surtout le produit exigé par le développement des deux phénomènes énoncés ci-dessus. La « LMDisation » s'inscrit dans le contexte plus large de *l'universitarisation* des formations professionnelles supérieures (éducation, santé, travail social...) et de la professionnalisation des études universitaires.

1.2. Tensions et paradoxes de la transmission

En guise de cadre d'analyse autorisant la formulation d'hypothèses, il paraît opportun d'exposer succinctement la conception, voire le modèle, de la transmission et de sa « crise » actuelle que nous voudrions développer et confronter aux matériaux issus de nos recherches. Nous nous contenterons ici de présenter les principales composantes de la crise de la transmission telles que nous les appréhendons aujourd'hui ; cela permet de mettre au jour la forte ambivalence qui marque cette crise.

Dans la « société pédagogique¹ » analysée par J. Beillerot (1982), la question de la transmission ne paraît pas se poser : l'extension apparemment infinie du « champ de la formation » (allongement de la formation initiale, « légalisation » du droit à la formation pour les adultes) devrait conforter la fonction de transmission en la démultipliant. De même, l'omniprésence de « l'éducation à » et « la pédagogisation » de multiples fonctions sociales, combinée à « l'augmentation de la teneur pédagogique de nombreuses activités sociales » impose de donner une place centrale à la pédagogie : « la transmission est la fonction dominante, dominatrice, de la pédagogie » (Carré, 2006).

1.2.1. La crise de la transmission : un question de savoirs en mouvement

Concernant les savoirs, deux tendances se dessinent actuellement. Présentons-les très succinctement :

¹ Difficile dans cette Biennale et sa thématique de ne pas faire référence aux créateurs de cet événement qui regroupent toutes les personnes intéressées aux changements dans l'éducation et la formation.

- une relative dévalorisation des savoirs « patrimoniaux », ceux qui, justement, constituent la matière même de la transmission. Celle-ci s'exprime au travers des phénomènes comme la professionnalisation de l'université et la « crise des humanités » (Citton, 2011) ; la perte de « sens de la scolarité » (Dubet) combinée à une valeur de plus en plus problématique des diplômes, notamment généraux. Sans parler de la place de séniors dans les organisations et la difficile reconnaissance de leurs savoirs (Bellini, 2007).
- une certaine survalorisation des savoirs en construction. Dans les organisations, sont promus les savoirs d'action qu'ils s'expriment en capacité d'initiative, en « idées » susceptibles d'être rémunérées ou en « cercles de progrès » au sein desquels chacun, quelque soit son niveau de qualification, peut contribuer à apporter sa « solution ». Au niveau sociétal, la validation des acquis de l'expérience comme le bilan de compétences sont des dispositifs visant à donner une valeur aux savoirs d'expérience, au moins jusqu'au « mi-temps de la carrière ».

Ce ne sont là que des indices, trop rapidement esquissés, mais ils signalent tout de même que la crise de la transmission est d'abord une question de savoirs, de matières à transmettre.

1.2.2. La crise de la transmission : un phénomène professionnel en formation

Cette dimension de la crise apparaît de façon directe, immédiate, et également de manière plus discrète mais autrement plus significative. Dans la formation professionnelle, les indices les plus immédiats prennent notamment les formes de l'accompagnement et du tutorat, en lieu et place de l'enseignement et la formation. L'omniprésence de la pratique de l'accompagnement est aujourd'hui manifeste. Elle dit, par elle-même, que ce qui compte est moins ce qui peut être transmis que ce qui peut s'acquérir dans une activité qui sera alors forcément *accompagnée*. Corollaire de cette posture, la figure du *tuteur* reprend aujourd'hui du service, moins dans son sens légaliste voire policier, que dans la signification suggérée par la métaphore jardinière : si la plante a besoin d'un tuteur, ce n'est pas pour se nourrir mais pour grandir dans la bonne direction...

On peut ainsi lui rattacher un autre changement, de la même veine : l'émergence de la notion d'orientation à côté de la formule quasiment canonique de « formation tout au long de la vie ». L'ajout de cette prétendue pratique sociale dans l'intitulé de la loi de 2009 n'est pas qu'un détail ; elle annonce clairement l'affaiblissement d'une croyance et l'affirmation d'une nouvelle « gestion sociale » (Beillerot)

Parmi les formes plus discrètes mais non moins significatives, nous relèverons la primauté de la professionnalisation dans des domaines de formation où elle était secondaire, à l'université notamment ; et son corollaire, la montée des formations par alternance. La transmission y est d'autant plus en difficulté que, loin d'être « intégrative », l'alternance y fonctionne le plus souvent de façon *dissociative* dans une « gouvernance des stages » qui reste tendue entre le pôle du centre de formation et celui de « l'entreprise », lieu d'activité et lieu de formation des et aux normes de travail (Patroucheva et Tribby, 2011).

C'est ici sans doute que la crise de la transmission se fait la plus forte : le recul apparent de « la puissance des normes ». Que ce soit dans les formations professionnelles initiales ou dans les processus d'insertion des jeunes dits « en difficulté », la « proposition » de normes (Canguilhem) se fait problématique. C'est très précisément sur cette mise en question que se développe aujourd'hui « l'approche compétences » (Zarifian). Pour le saisir, il convient d'abord de bien comprendre de quoi est faite cette « puissance ».

« Ou bien on conçoit les normes comme disposant d'un "pouvoir" fondé absolument en soi-même, indépendamment de la matière qu'il régit alors dans la forme d'une contrainte externe, par exemple en lui imposant de toutes forces ses règles ; ou bien, on

les conçoit comme étant animées d'une puissance en vertu de laquelle elles se produisent elles-mêmes et définissent leur allure au fur et à mesure qu'elles agissent, in situ, à même les contenus qu'elles entreprennent de réguler, étant ainsi à la fois, selon la formule de Pascal, "causées et causantes, aidées et aidantes", sans qu'il y ait priorité aucune de l'un de ces aspects de leur manifestation sur l'autre. » (Macherey, 2009, p.9 et 10)

Cette analyse nous paraît particulièrement actuelle : l'approche compétences peut être interprétée en tant que montée de la norme comme pouvoir plutôt que comme puissance. Extériorité (plutôt que transcendance), causalité et plus encore contrainte, au même titre et dans le même mouvement que la contrainte budgétaire. Si, avec la didactique professionnelle (Pastré, 2008), on définit la compétence comme organisation des représentations mentales combinées à l'agencement de l'activité en vue de produire une performance, un résultat efficace, il faut situer la logique compétences promue notamment dans les organisations de soins dans le cadre du processus social de génération de normes, dans la configuration propre à l'économique.

« Dans cette perspective, la notion de compétence réunit valeur individuelle et valeur sociale pour devenir un processus d'attribution, de jugement social et de sanction, en fonction du résultat obtenu. Elle revêt donc un aspect normatif au sein des dispositifs sociaux où elle est perçue comme corrélat de l'efficacité. Valoriser la compétence d'un individu relève donc d'une interaction sociale et d'un processus de création normative (...) Par un effet d'entraînement, le caractère prescriptif de la compétence favorise à son tour l'émergence de nouvelles normes. Le cadre théorique proposé ci-dessus précise les différentes dimensions de la notion de compétence, rappelle qu'elle est une activité humaine complexe mettant en jeu des composantes à la fois cognitives, motivationnelles et sociales et qu'elle s'exprime par des processus d'attribution et de transactions normatives avec l'environnement ». (Albero et Nagels, 2011, p.19).

2. Démarche d'investigation

La thématique de cette rencontre nous a conduit à mobiliser les résultats de recherches récentes mais également en cours, orientées à l'origine vers d'autres champs d'investigation : le sens des savoirs d'expérience, les tensions inhérentes aux formations professionnelles notamment supérieures, le sens des savoirs académiques à l'université et leur rapport aux activités censées les mettre en œuvre.... La thématique de la transmission nous a obligé à un travail très spécifique sur les matériaux collectés.

2.1. Les matériaux disponibles

Ces matériaux sont le résultat de démarches qui combinent le questionnement propre à la recherche et la mobilisation des savoirs d'expérience tels qu'ils peuvent se former lors de leur *mise en question*. Cette mise en question peut être latente quand l'évolution d'une organisation rend caduques certaines conceptions ou manières de faire, ouverte quand un modèle de conceptualisation dans l'action est délaissé pour être remplacé par un autre, active quand une démarche de VAE organise méthodiquement ces savoirs en vue de leur reconnaissance.

Trois sources de matériaux sont utilisées pour cette contribution :

- une recherche-action menée dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) au nord de Strasbourg entre 2009 et 2010 (Triby, 2010) orientée vers l'élucidation et la facilitation de la mise en œuvre de la réforme dite du « nouveau référentiel de formation » (NRF) dans la formation des soignants.

- un séminaire praticiens – recherche organisé depuis octobre 2010 dans plusieurs IFSI et écoles professionnelles de santé (Puériculture, IFMK)
- l'accompagnement de candidats cadres de santé formateurs à la validation en vue de l'obtention d'un Master.

2.2. Méthodologies d'analyse

Trois niveaux d'analyse ont tour à tour été utilisés. Un premier niveau a consisté à relever dans les discours et les écrits des personnes concernées les éléments objectifs ou objectivables. Un deuxième niveau d'analyse s'est déployé dans le recueil des différents écrits et notamment dans la manière dont ils exprimaient la distance ou l'écart qui tend à séparer l'existant et ce qui semble advenir. Enfin un troisième niveau d'analyse a prévalu dans le cours même de l'accompagnement – du groupe dans la recherche–action, des candidats individuels dans la construction des dossiers de validation.

Dans la perspective de cette contribution, la méthodologie qualitative a été nettement privilégiée. En effet, elle paraît plus adaptée à cet objet pour deux raisons au moins : elle saisit le cours même de la conceptualisation en train de se former, dans ses tensions, ses expressions empruntées de subjectivité contenue ; elle installe assez explicitement le rapport toujours problématique entre les discours sur la pratique et la pratique elle-même. Ainsi émergent des bribes de savoirs d'expérience que des rapprochements, des croisements, différentes configurations finissent par relier entre elles pour composer des ensembles partiels, provisoires, mais significatifs.

2.3. Hypothèse : la transmission *renversée* dans la formation des soignants.

La question de la transmission peut être interprétée comme liée à la nécessité de faire acquérir des normes professionnelles. Des normes qui « se proposent » comme le dit Canguilhem², qui ne s'imposent pas. Elles s'imposent d'autant moins que la convergence entre sphère privée et sphère publique est de moins en moins effective en matière d'appropriation des normes, mais aussi parce que les normes sont de plus en plus souvent l'objet d'un formalisme, notamment à l'hôpital (protocoles, démarche qualité, code éthique). C'est sans doute pour cette raison que la question de la transmission est aujourd'hui compliquée...

Ce qui lie véritablement ces questions est l'hypothèse implicite suivante : la dualité de la formation professionnelle, entre formation en centre et formation « sur le terrain », est inhérente à une formation qui vise essentiellement la transmission d'un savoir-faire et de valeurs professionnelles particuliers ; elle est inévitable parce que c'est le mode de formation le plus adaptée à la transmission. La transmission est conditionnée à une double transfert : transfert d'un savoir-faire, d'un côté, transfert des discours et des valeurs qui donnent du sens et légitiment ces pratiques, d'un autre côté ; en somme, un transfert de normes. La transmission s'inscrit également dans un processus temporel particulier : d'abord il faut acquérir un savoir et un savoir-faire (hors champ ou « hors sol » puisqu'on n'est pas sur le terrain).

Dans le cas de la formation des soignants, la transmission par l'alternance comporte des caractères spécifiques

- les stages en services hospitaliers vise l'acquisition des savoirs techniques mais plus

² « Une norme se propose comme un mode possible d'unification d'un divers, de résorption d'une différence, de règlement d'un différend. Mais se proposer n'est pas s'imposer. A la différence d'une loi de la nature, une norme ne nécessite pas son effet. C'est dire qu'une norme n'a aucun sens de norme toute seule ou toute simple. La possibilité de référence et de règlement qu'elle offre contient, du fait qu'il ne s'agit que d'une possibilité, la latitude d'une autre possibilité qui ne peut être qu'inverse. », Canguilhem, Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. PUF, p.177.

sûrement les compétences dont la maîtrise est progressive tout au long de la formation ;

- la formation de ces professionnels qualifiés comporte une double orientation : le management d'équipe dans un établissement hospitalier, d'une part, la formation des soignants, d'autre part.
- trois acteurs interviennent dans la formation sur le terrain : le référent (cadre de santé du service), le tuteur et les autres professionnels que l'étudiant peut suivre durant son stage.
- le stage est réparti en périodes distinctes tout au long des 3 années de la formation. Chaque période se déroule dans un lieu de stage particulier, correspondant à une des composantes de la mise en œuvre du métier de soignant. Non pas un programme à réaliser, non pas une compétence distincte à chaque période, mais des lieux apprenants différents qui sont censés préparer à la multiplicité des affectations auxquelles le soignant peut s'attendre.

A cet égard, la réforme de la formation des soignants apporte deux changements : elle redéfinit profondément le rôle du cadre du service qui accueille les novices ; elle fait apparaître la fonction de tuteur en stage qui a la double responsabilité de former et d'évaluer. Cette nouvelle fonction implique une formation spécifique qui est l'objet de « missions » choisies par quelques cadres pour l'élaboration de leur dossier de validation.

3.1. La formation des aides-soignants

Un cadre formateur exprime dans son dossier de validation « des difficultés liées à l'hétérogénéité du groupe des élèves » et semble faire le constat que cette hétérogénéité est en elle-même la cause des difficultés à mettre en œuvre la formation, efficacement. Ce faisant, il renvoie à une situation courante et ancienne de la formation, notamment quand elle implique des adultes ; et se place comme un formateur voyant l'hétérogénéité comme un frein plutôt qu'un atout.

Cependant, il y a peut-être une cause plus actuelle, liée à la fois aux caractéristiques sociodémographiques des élèves qu'à la dimension socioéconomique des professions sanitaires aujourd'hui, et que la conception du métier par compétences tend à rendre problématique, justement : *la transmission ne va plus de soi*. C'est l'actualité du problème que l'on perçoit d'abord comme une difficulté d'ordre pédagogique presque traditionnelle dans l'exercice de la formation ; ce ne sont pas les difficultés pédagogiques qui sont nouvelles, ce sont leurs contextes d'éclosion et donc la manière de les traiter en *situation* (cf. Lenoir et Tupin dans *Recherches en éducation*, n°12).

Les caractéristiques sociodémographiques : différences d'âge, d'expérience sociale et professionnelle, de niveau de formation préalable, de raisons d'entrée dans ces métiers... Ces caractéristiques exacerbent les différences intergénérationnelles dans le groupe des élèves en formation et rendent plus floue l'identité de métier susceptible d'être partagée par des élèves aussi différenciés (plus que différents, car il y a un effet de différenciation).

La dimension socioéconomique des professions sanitaires est aujourd'hui marquée par deux aspects particuliers : l'importance prise par les activités liées à la personnes dans des contextes professionnels variés et le caractère dominant des personnes âgées parmi les publics pris en charge, d'un côté, l'industrialisation de l'activité et le poids de la contrainte budgétaire, de l'autre côté. Il faut saisir ces deux évolutions conjointement pour mesurer la difficulté présente. Car c'est un problème de *valeurs*... D'un côté, des valeurs sociales, éthiques, liées à l'exercice de la relation à la personne, aux

représentations des personnes âgées et de leur place dans la société et dans les familles aujourd'hui. D'un autre côté, c'est la valeur économique qui est mise en avant. Le véritable « débat de valeurs » promu par l'ergologie, est là : entre une dimension diachronique (historique) qui impose de reconnaître ce qui constitue le lien social (la relation entre des personnes, le *soin*, les générations qui se suivent...) et une dimension synchronique de l'ici et maintenant qui inscrit le soin dans une sorte de systèmes de contraintes (formalisé par les référentiels et les démarches qualité) et une urgence budgétaire (encore plus que sanitaire). La difficulté de la transmission s'inscrit dans cette tension.

Autant les caractéristiques sociodémographiques que la dimension socioéconomique détériorent les conditions mêmes de l'efficacité de la formation et notamment ce qui pourrait la rendre plus constructive : la diversité, l'hétérogénéité justement, dans l'exercice même de la relation pédagogique.

La conception du métier par compétences produit deux effets :

- elle met en question le modèle traditionnel de *l'alternance* entre le centre de formation (IFSI) et les lieux d'activité, de « mise en application » des savoirs et savoir-faire appris. La primauté de l'IFSI n'est plus aussi évidente ou légitime. Ceci affaiblit *l'autorité* de l'IFSI et de ses cadres formateurs, autant que la raison d'être d'une formation dans cette institution rendue d'une certaine façon plus « formelle ». C'est d'autant plus prégnant que la formation est très concentrée, qu'il n'y a pas véritablement d'alternance possible.
- le lieu même de la formation est devenu le lieu de l'activité professionnelle (avec sa propre diversité) qui est amené à valider la formation (port folio). C'est une question de « gouvernance des stages ». La distance entre l'IFSI et les lieux de stage devient problématique, même si des deux « côtés », les cadres de la formation sont des soignants. C'est peut-être même une cause supplémentaire de difficulté : le contexte du travail questionne l'expérience des cadres de santé devenus formateurs à l'IFSI, de même que l'approche par compétences met en question la capacité des cadres en situation professionnelle à encadrer la formation.

Cela interroge la notion même de transmission sous un triple point de vue

- le point de vue de l'enseignement lui-même, exercice même de la transmission de savoirs et de savoir-faire (transmission *verticale*)
- le point de vue du transfert de savoirs entre les différents lieux censés concourir à la formation (transmission *horizontale*)
- le point de vue des rapports intergénérationnels, entre les élèves dans le groupe de formation, et simultanément au cœur même de la relation à construire dans l'exercice du métier, entre jeunes ou moins jeunes aides soignantes et personnes âgées à prendre en charge (transmission *transversale* ou historique)

3.2. L'analyse de la mise œuvre de la réforme du nouveau référentiel de formation

Cet extrait d'un dossier de validation en cours d'élaboration, ci-après, a été choisi car il contient les principales contradictions ou tensions inhérentes au NRF et aux conditions de sa mise en œuvre ; en ce sens, il touche aux différentes facettes de la question de la transmission.

Ainsi, l'absence de formation et d'informations au nouveau référentiel de formation, des professionnels de proximité et du tuteur. Comment dès lors mettre en place le nouveau référentiel, comment celui-ci est-il compris, interprété, quelles en sont ses représentations, et quels sont les conséquences de ces représentations sur le dispositif ?

Les paradoxes potentiels, n'y a-t-il pas une contradiction entre la philosophie pédagogique du nouveau référentiel de formation, cette construction expérientielle et réflexive et une activité extrêmement codifiée, protocolisée, à savoir le soin et comment dès lors dépasser cette contradiction qui nous amène à présenter un soin à l'étudiant au travers d'un protocole issu d'une cellule qualité en lui demandant conjointement d'exercer son sens critique, comment entraîner l'étudiant dans cette dynamique ?

Les aspects contraignants, charge supplémentaire de travail, les professionnels sont-ils en mesure d'assurer l'encadrement nécessaire et implicite au dispositif ? La dimension de l'évaluation, inhérente au dispositif lui-même à savoir l'évaluation du degré d'atteinte des compétences, comment on devrait faire, et l'évaluation du dispositif lui-même à savoir, quelle est la valeur de l'évaluation proposée à l'étudiant dans la mesure où les évaluateurs ne se sont pas formés à la méthodologie ? Finalement comment on a fait, qu'est-ce qu'on évalue et ce que l'on évalue est-ce la compétence ? Et d'ailleurs peut-on évaluer une compétence ? Mais la question de l'évaluation de la compétence sera plus particulièrement abordée dans la deuxième mission.

On pourra également soulever un autre paradoxe, celui de l'approche holistique de l'ancienne méthodologie qui recommande d'envisager dans sa globalité la personne soignée, du point de l'étudiant et du professionnel, et la nouvelle philosophie qui demande de ne mobiliser qu'une seule compétence dans une situation, nécessairement complexe, (prendre en charge une personne), en phase d'apprentissage.

La question qui se pose : le nouveau référentiel est-il compatible avec une vision holistique de la prise en charge ? L'évaluation elle-même s'en trouve particularisée, il s'agit de mettre en œuvre une compétence déterminée, dans une situation complexe pour pouvoir l'évaluer. Créer un découpage artificiel de la prise en charge, en situation, pour isoler la compétence, sans s'intéresser au reste ? Le regard porté par l'ancienne méthodologie était définitivement un regard holistique, qui tenait compte d'une impression globale dégagée par le continuum de prise en charge.

Il est possible de rassembler ces différentes remarques dans un tableau (cf. [tableau](#), ci-dessous). Ce tableau est ainsi l'occasion d'identifier les domaines de problématisation de la question de la transmission dans la formation des soignants.

Tensions dans la formation	Les renversements de la transmission
<i>L'acteur de la transmission « sur le terrain »</i>	
L'absence de formation préalable spécifique des « tuteurs » appelés à accueillir et à suivre les nouveaux étudiants. Cette absence est d'autant plus problématique qu'elle s'inscrit dans un contexte professionnel marqué par une forte tradition de transmission : chaque professionnel, dès son entrée en fonction, est censé pouvoir devenir formateur des novices.	Deux changements sont repérables : <ul style="list-style-type: none"> - la discontinuité introduite par le NRF entre des professionnels formés selon un certain modèle de formation (dont notamment l'approche holistique du patient, cf. ci-dessous) - la différence entre transmission par les gestes et les mot qui servent à les nommer (lors des « transmissions » justement), d'une part, et une formation par les situations professionnelles et le cadre qui sert à l'analyser (le référentiel), d'autre part.
<i>La formalisation des activités avant et après la réforme</i>	
La référence au caractère « expérientiel » de la formation et l'appui nécessaire sur la « réflexivité » d'un côté, et le caractère très	Le changement se situe d'abord dans la conception même de l'approche compétences. En effet, il n'est pas sûr, malgré le formalisme de

<p>normalisé de l'activité soignante, sa « protocolisation », d'un autre côté. Là également, il est possible de repérer une contradiction potentiellement propre à la démarche compétences notamment quand elle s'applique à l'activité soignante. C'est la forme même de la matière de la transmission qui serait ainsi mise en cause.</p>	<p>certaines présentations de la démarche (cf. Le Boterf, notamment), que la normalisation constitue forcément le cœur de cette approche compétences.</p> <p>Le changement est également opérationnel : il s'agit de combiner une approche qui paraît de plus en plus marquée par les exigences des démarches qualité et les protocoles propres aux activités liées à la santé, d'une part, et les exigences de l'approche compétences, d'autre part. On peut, à cet égard, redoubler de normalisation ou, plus sérieusement, faire s'interroger les deux démarches. Combiner une approche par le processus et une approche par la situation et l'investissement du professionnel dans cette situation. Il y a bien une « dynamique » à identifier...</p>
<p><i>Les différentes temporalités dans l'activité et la formation</i></p>	
<p>La dimension temporelle est centrale dans cette réforme. Elle comporte plusieurs aspects distincts : le temps à prendre pour former en situation alors que le temps à l'hôpital est de plus en plus contraint. Le temps pour les tuteurs de se former (formellement et pratiquement) et le temps de la mise en place de la réforme. Le temps de la formation en IFSI et les temps de la formation dans les services hospitaliers...</p>	<p>La dimension temporelle constitue un axe central dans toute perspective de changement. A cet égard, un autre aspect de la dimension temporelle doit être mis en avant : entre le temps de la réforme de la formation et le temps de la transformation de l'hôpital. Cet aspect nous rappelle le sens même de la réforme du NRF : inscrire l'activité soignante dans les orientations et les rythmes du changement à l'hôpital, de l'hôpital.</p>
<p><i>L'approche « holistique » de la prise en charge du patient</i></p>	
<p>L'approche « holistique » de la prise en charge du patient, confrontée au découpage de l'activité du soignant en compétences. La tension est double ici :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre l'approche compétences qui met en avant la situation professionnelle et le caractère global de l'activité en situation (une contradiction de l'approche elle-même) - entre l'approche « holistique » du patient propre à une culture ancienne de métier et les différents champs de compétences à mobiliser de façon différenciée et distinctive (notamment en situation d'évaluation, cf. ci-dessous). <p>L'approche « holistique » pourrait être mise en cause par les réformes du NRC. C'est donc l'occasion de questionner à la fois le bien fondé et la réalité effective de cette approche dans le contexte de la division du travail à l'hôpital.</p>	<p>La perspective du changement ouverte ici concerne à la fois la conception même de l'activité soignante et la possibilité d'introduire une dimension analytique dans la démarche de formation.</p> <p>Le caractère « holistique » de la prise en charge du patient est à la fois une spécificité mais également une conception commune à toutes les activités liées à la personne.</p> <p>Le risque est important que l'approche compétences empêche cette prise en charge globale. Elle constituerait alors comme une régression professionnelle. Ce risque est réel, ceci d'autant plus que d'autres changements en cours à l'hôpital suggèrent qu'une approche trop globale ne pourrait s'intégrer dans les nouvelles exigences du fonctionnement hospitalier : fonctionnement par pôles, tarification à l'activité...</p> <p>A cet égard, on doit se demander si cette approche est effective, donc si elle produit des effets réels, et comment elle se conjugue dans la pratique avec la division du travail propre à l'organisation de l'hôpital.</p>

<i>Les conditions de l'évaluation</i>	
L'évaluation de chaque compétence – et donc le repérage de situations susceptibles d'évaluer chaque compétence – paraît peu compatible avec le caractère forcément global de l'activité	L'approche analytique qu'impose la démarche de formation par les compétences ne doit pas être rejetée trop vite. La compétence suppose que l'on soit capable de différencier ses différents ingrédients. Et, par ailleurs, il est inhérent à toute évaluation de chercher à distinguer ce qui constitue la valeur même de l'activité ; pour cela, il est nécessaire d'identifier – et donc de distinguer – les différents éléments qui la composent.

3.3. L'enseignement de l'éthique : un archétype de la problématisation de la question de la transmission

Au regard de la transmission, la place de l'enseignement de l'éthique doit être questionnée. Une candidate relève ce fait dans son dossier de recevabilité : « la partie éthique de l'unité d'enseignement 1.3 : *Législation, éthique, déontologie (...)* est en lien avec la compétence 7 : *Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle*. Cet enseignement est programmé sur 2 semestres. Les objectifs visés au semestre 1 consistent à définir certains concepts du champ de l'éthique. Ces concepts sont nommés dans le programme. Le semestre 4 est consacré à l'apprentissage de la méthode de raisonnement éthique appliquée à des situations de soins posant un dilemme éthique. » Deux questions émergent ouvrant l'interrogation sur la transmission : l'enseignement de l'éthique constitue-t-il une matière d'enseignement, au sens strict ? Sommes-nous dans la transmission ou sommes-nous dans la formation d'une capacité à la renormalisation ?

La place qu'occupe cet enseignement de l'éthique révèle d'une certaine façon la signification actuelle du questionnement éthique : moins les normes d'un métier confronté directement au vital que l'absence relative de véritables normes antécédentes dans ce domaine. Le poids de l'économique et des règles de fonctionnement qu'il tend à installer autant que la modification du rapport des individus à la santé, leur santé, nourrissent ce questionnement bien plus directement. C'est un discours de la contingence, de l'actualisation des valeurs sous l'emprise de la valeur...

Avec l'enseignement de l'éthique est posée la question de ce qui fait l'expertise des formateurs de soignants. Elle ne paraît plus tant fondée sur la matière à transmettre - fût-elle constituée essentiellement de savoir-faire – que sur l'acquisition de règles qui supposent elles-mêmes une certaine stabilité : « la rigidité de la règle, c'est bien sûr le prix de la stabilité, mais c'est plus que cela : c'est aussi le garant de la reproductibilité des actes » (Trépos, 1996, p 49). L'éthique correspond moins à des valeurs portées par un métier dont il faut assurer la reproduction donc la transmission dans la formation que de « l'équipement » des professionnels en situation d'activité : « l'expertise requiert un équipement et est à la fois un équipement pour une formation sociale donnée. Explicitons le terme "équipement", tel qu'il est utilisé ici. Il vient en droite ligne de la notion d'investissements de formes : l'équipement est ce dispositif, liant personnes, choses et actions selon une certaine loi, dans lequel les partenaires acceptent d'investir et à propos desquels ils s'accordent » (*ibid.*).

Conclusions provisoires *L'approche compétences et le devenir du métier de soignant*

Il convient de s'interroger sur les composantes du métier de cadre formateur en IFSI. L'approche compétences interroge directement ce métier en mettant notamment en cause les 4 « instances » qui composent l'activité. Il est possible de mobiliser les catégories proposées par la clinique de l'activité (Litim et Kostulski, 2006) :

- l'instance impersonnelle : la dimension prescrite de l'activité, la tâche dans une organisation du travail particulière.
- l'instance transpersonnelle : la construction historique et sociale de l'activité, la prescription collective. Elle n'est pas très éloignée du « genre de l'activité » identifié par Y. Clot.
- l'instance interpersonnelle : le cœur même de l'activité dans ce qu'elle fait nécessairement lien, en interne, dans les relations immédiates de travail, et en externe, avec les différents partenaires de l'activité.
- l'instance personnelle

Dans la perspective de la formation professionnelle, dans un champ professionnel relativement bien balisé et au métier confirmé, sinon toujours reconnu, il apparaît que les quatre « instances » ne s'articulent pas au hasard. L'exigence de transmission conditionne en grande partie les rapports en ces instances. L'instance transpersonnelle est l'axe directeur du métier qui, selon les modes d'organisation et de gouvernance, vient se confronter à une instance impersonnelle particulière. La rencontre de ces deux instances mobilise nécessairement l'instance personnelle qui doit trouver à la fois à se conforter par l'instance interpersonnelle et à alimenter cette instance. En somme, avec l'approche compétences telle qu'elle est promue et exercée à l'hôpital, la dynamique diachronique du métier vient aujourd'hui se briser sur la tension synchronique entre l'instance impersonnelle qui se renforce du fait du poids de la « qualité » et des contraintes budgétaires et l'instance personnelle qui a de plus en plus de difficulté à trouver un soutien dans l'instance interpersonnelle, du fait de la mobilité imposée et de l'éclatement des collectifs de travail. Le sens même de l'activité s'en trouve profondément perturbé.

Cette classification s'applique notamment à la question de la transmission et *des* transmissions. Il est possible d'avancer l'idée que la crise de la transmission a commencé quand l'hôpital a commencé à s'attaquer aux transmissions à des fins explicites d'économie de temps et donc pour répondre à la contrainte budgétaire. A l'hôpital, la démarche compétences est clairement mobilisée pour accompagner et nourrir le processus de mise en place de nouvelles normes de travail. A cet égard, elle joue un triple rôle

- proposer des indicateurs à la formation et, simultanément, à l'activité
- instrumenter les démarches d'évaluation et de sanction
- donner de quoi alimenter le discours de justification et de mobilisation

Pour autant, elle n'autorise la définition du sens de l'activité car trop déconnecté de l'instance transpersonnelle, du genre historique de l'activité. Il serait également intéressant d'interroger la place de *la dimension collective de l'activité* dans cette classification ; il est assez rare que l'organisation soit très précise dans la prescription quant à sa dimension collective. En revanche, elle apparaît nettement dans les formes actuelles de l'évaluation, sans que soient réellement explicités les modalités de sa réalisation. L'instance personnelle n'est pas forcément dénuée d'une dimension collective. Bien au contraire : il y a l'ancrage social de l'histoire personnelle de même qu'il y a la prégnance des représentations sociales.

Deux conceptions de la transmission seraient ainsi à l'œuvre dans la réforme : une première conception serait microprofessionnelle et la seconde résolument historique. Pour autoriser une prise en compte de la totalité de la réforme en cours, il convient d'en introduire une troisième qui concernerait la transmission du métier lui-même, non pas dans ses gestes quotidiens, non pas seulement dans la mise en œuvre concrète d'un savoir et d'un savoir-faire mais une activité et ses représentations, ses conflits de valeurs et ses orientations axiologiques. En somme, tout ce qui constitue le sens et la portée d'un groupe professionnel au sein d'une société.

triby@unistra.fr

Bibliographie

- Albero et Nagels (2011). La compétence en formation. Entre instrumentalisation de la notion et instrumentation de l'activité, *Education@Formation*, e296, 13-30.
- Beillerot, J. (1982). *La société pédagogique*, Paris, PUF.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF, 1^{ère} édition.
- Carré, P. (2006). La société pédagogique, 25 ans après... une relecture, *Savoirs*, 10, pp.56-62.
- Lenoir, Y. et Tupin, F. (2011) Revisiter la notion de situation : approches plurielles, *Recherches en éducation*, 12, 4-11.
- Litim, M. et Kostulski, K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006/1, 45-54.
- Macherey, P. (2009). *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*, Paris, La fabrique.
- Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P., (2009). *Qu'est-ce que le care ?*, Paris : Payot.
- Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. In Y. Lenoir & P. Pastré (eds), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Toulouse : Octarès.
- Patroucheva, M. et Triby, E. (2011). L'alternance à l'université : une voie pour sa professionnalisation ?, in *Actes du 6^{ème} Colloque Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Angers, 8 au 10 juin 2011, tome 2, 573-582.
- Trépos, J.-Y. (1996). *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF.
- Triby, E. (2010). *L'approche compétences comme séparation des acteurs de l'alternance. A propos de la formation des soignants*, communication au colloque AREF, Genève, décembre.

