HAL
open science

Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de la santé en France et en Suisse

Catherine Piguet, Marc Nagels

To cite this version:

Catherine Piguet, Marc Nagels. Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de la santé en France et en Suisse. 7e colloque européen sur l'Autoformation " Faciliter les apprentissages autonomes ", May 2006, Auzeville, France. http://www.enfa.fr/autoformation/. hal-00174685

HAL Id: hal-00174685

https://hal.science/hal-00174685v1

Submitted on 24 Sep 2007

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.

7e colloque européen sur l'Autoformation « faciliter les apprentissages autonomes »

Enfa, Auzeville - 18 –19- 20 mai 2006

LE SENTIMENT D'EFFICACITE : APPROCHE EMPIRIQUE AUPRES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTE EN FRANCE ET EN SUISSE

Catherine Piguet – Formation, Pratique et Recherche en soins infirmiers (Suisse)
Marc Nagels – Ecole Nationale de Santé Publique (France)

Introduction

Cette communication réalisée par deux ingénieurs de formation et doctorants (Sciences de l'éducation, Université Paris X Nanterre) s'appuie sur leurs travaux de recherche dans le champ de la dimension cognitive de l'autoformation auprès d'une population de professionnels de santé en formation initiale à l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) – France et en situation de travail, Centre hospitalier universitaire du Vaudois (CHUV) – Suisse.

L'approche de ces professionnels de santé au travers de la conceptualisation de leur pratique présente plusieurs effets sur celle-ci et ouvre un champ d'exploration relative au sentiment d'efficacité de cette population dans leur pratique.

La recherche en santé publique comme défi à sa complexité

Le champ d'intervention de la santé publique, quel que soit le pays considéré, s'est complexifié ces deux dernières décennies. Par conséquent, l'apparition de maladies liées au style de vie et au vieillissement ainsi que le développement de nouvelles technologies dans les domaines médicaux, chirurgicaux, pharmacologiques, techniques et de communications nécessite pour les professionnels de la santé l'acquisition de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences à développer in situ et en continu dans toutes situations de soins (au sens large du terme). De plus, les déterminants sociaux, épidémiologiques, environnementaux ou démographiques se font pressants et obligent à des rénovations sinon à des mutations des systèmes de soins.

La compréhension des leviers du développement de compétences des soignants ainsi que de leur professionnalisation dans ce contexte en évolution visent à améliorer le niveau de santé de la population, par une meilleure qualité des services, de leur efficacité et de leur efficience. L'horizon s'élargi ainsi jusqu'aux notions d'éducation du patient, voire de démocratie sanitaire en France.

La nécessité du développement de compétences par les professionnels soignants

Suite à l'évolution des besoins en santé de la population, les soignantes[1] sont appelées à développer leur profession dans une perspective de promotion, de prévention et de maintien de la santé dans toutes les situations de soins qu'elles rencontrent. En effet, jusque là principalement exécutantes, sous la direction et la responsabilité du corps médical, elles sont désormais appelées à offrir des soins orientés vers la prévention, le maintien et/ou le recouvrement de la santé au travers d'un rôle autonome qui leur est formellement attribué, pour cette mission, en Suisse depuis 1992 mais également en France, en Belgique, en Amérique du Nord. C'est ainsi, qu'au-delà de leur rôle médicodéléguée en collaboration avec le médecin et l'entourage du malade, elles ont la responsabilité d'accompagner chaque patient qui leur est confié, dans sa situation particulière, avec l'objectif de développer, voire maintenir, son niveau de santé au travers de sa formation, de la relation et du soutien auprès et avec celui-ci. Ceci demande donc pour ces soignantes, une réorientation de leur positionnement professionnel (centré sur la santé dans un rôle autonome) et l'acquisition de savoirs spécifiques à ce rôle (infirmiers, relationnels et pédagogiques).

Les directeurs des soins, quant à eux, peuvent être chargés, dans les établissements publics de santé, de la coordination générale des activités de soins, de la direction du service de soins infirmiers, de la direction des activités de rééducation, de la direction des activités médico-techniques, de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales, ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé. Un positionnement professionnel efficace des directeurs des

soins, c'est-à-dire orienté vers la qualité de la prise en charge, requiert des compétences professionnelles de très haut niveau. La « nouvelle gouvernance » hospitalière met l'accent sur leur compétence à se situer en tant que dirigeant, à prendre des décisions adaptées à un contexte donné, à participer à l'élaboration des projets de l'hôpital, et/ou de l'institut de formation, à diriger et à gérer le service des soins ou les instituts de formation et enfin à animer les équipes d'encadrement.

En conséquence et bien que le développement des compétences devienne une question cruciale pour l'ensemble de la filière soignante, des aides-soignantes jusqu'aux cadres dirigeants de services de soins à l'hôpital, nous la traitons ici du point de vue des soignantes d'une part et, d'autre part de ces soignants qui ne soignent plus guère aujourd'hui mais qui occupent une responsabilité élevée au sein du système hospitalier, les directeurs des soins.

Le sentiment d'efficacité au cœur du développement de compétences et de professionnalisation

Suite aux études exploratoires réalisées, nous nous intéressons à la perception personnelle et collective (BANDURA, 2003) que les deux populations présentées développent relativement à leurs compétences. Les résultats de ces études montrent en effet qu'un niveau d'autoefficacité élevé est susceptible, notamment, d'orienter leur pratique professionnelle de soignant ou de dirigeant et de favoriser des comportements autoformatifs d'acquisition de compétences professionnelles.

Par effet retour, il est probable que le développement professionnel (positionnement professionnel renouvelé et analyse de l'activité ayant pour conséquence de conceptualiser dans l'action) augmente le niveau de l'autoefficacité individuelle et collective. Nos recherches se centrent ainsi, d'une part, sur la genèse et la construction de l'autoefficacité et, d'autre part, sur les effets de développement professionnel d'une filière de soignants.

Approches exploratoires auprès de soignantes et de directeurs de soins

Les résultats d'une recherche appliquée effectuée dans le service d'urgences de l'hôpital cantonal de Fribourg en Suisse auprès de sept soignantes volontaires (PIGUET, 2002) montre le rapport étroit existant entre le développement d'une approche professionnelle centrée sur la santé (et non sur le traitement de la maladie) et les pratiques autoformatives des soignantes.

L'approche méthodologique s'est faite par un entretien d'explicitation auprès de chaque soignante, à partir d'une situation concrète et valorisée par celle-ci. Toutes les situations choisies relevaient d'une offre centrée sur la prévention et la promotion de la santé des patients et non sur des offres de soins médicodélégués. Lors d'un bilan réalisé auprès de ces soignantes, trois ans après ces entretiens et un accompagnement autoformatif de huit mois, celles-ci présentent une pratique orientée vers le développement de la santé des patients avec un sentiment d'efficacité élevé concernant cette pratique.

Ces premiers résultats nous ont amenés à rechercher par la suite, auprès d'une large population de soignantes, l'impact du sentiment d'efficacité sur leur positionnement professionnel « soignant » (c'est-à-dire orienté vers la promotion de la santé) et sur leur pratique autoformative.

Un dispositif proche a été utilisé avec des directeurs des soins en France. Nous avons conduit des entretiens biographiques portant sur la construction du sentiment d'efficacité personnelle et l'acquisition de compétences critiques en situation de travail. Ces directeurs interviewés sont en exercice dans des hôpitaux de taille variable, centres hospitaliers et centres hospitalo-universitaires. Ils bénéficient d'une expérience confirmée de la fonction.

Ces entretiens se sont centrés sur les obstacles mais aussi et surtout sur les situations de réussite professionnelle, perçue comme telles par les directeurs des soins. L'analyse rétrospective de leur activité a permis d'identifier les épisodes biographiques professionnels où les différentes dimensions de leur sentiment d'efficacité personnelle se sont construites et renforcées.

Recherche du sentiment d'efficacité et de son impact auprès de soignantes et de directeurs de soins

A l'issue de ces phases exploratoires, un questionnaire commun (FOLLENFANT & MEYER, 2003) est utilisé pour identifier la manière dont les directeurs des soins et les soignantes perçoivent leur autoefficacité.

Il est à noter que le sentiment d'efficacité personnelle s'exprime toujours en référence à des situations et des contextes spécifiques : « Les croyances d'efficacité devraient être mesurées en terme d'évaluation particularisée de capacités pouvant varier en fonction du domaine d'activité, du niveau d'exigence de la tâche à l'intérieur d'un domaine d'activité donné et des circonstances » (BANDURA, 2003). Il s'agit ici du sentiment d'efficacité personnelle au travail et à la formation.

En Suisse, le sentiment d'efficacité est recherché vis-à-vis du positionnement professionnel des soignantes et de leurs pratiques autoformatives. Les indicateurs du positionnement professionnel des soignantes sont issus du modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 2002) qui, historiquement, identifie les activités de la soignante au sein de trois systèmes culturels différents (l'institution, le corps médical et le patient) et d'une fonction d'intermédiaire culturelle entre eux. Les pratiques autoformatives sont élaborées à partir de la recherche précédente (PIGUET, 2002) et de notre propre expérience. Elles se déclinent en sept variables : partage, recherche documentaire, analyse avec aide, appel à un expert, temps d'appropriation, utilisation de nouvelles connaissances, observation de collègues.

En France, le but est de comparer le niveau d'autoefficacité au travail et en formation professionnelle des directeurs des soins en formation statutaire à celui des autres filières présentes au sein de l'Ecole. Les variables socioprofessionnelles propres à chacune des populations complètent l'échelle d'autoefficacité.

Un sentiment d'efficacité élevé, chez quels professionnels ?

L'application d'un même instrument de mesure se trouve au cœur de deux recherches portant sur la filière soignante dans deux pays européens aux contextes sanitaires comparables. Observerons-nous un « effet filière » avec un score d'autoefficacité constant ou, à l'inverse, les effets d'âge, de statut, sinon de contextes professionnels orientés vers la pratique du soin ou vers celle du management amèneraient-ils à discriminer les populations du point de vue de l'autoefficacité ?

Les mêmes variables socioprofessionnelles sont testées mais d'autres variables sont investiguées sur l'orientation du positionnement professionnel et les choix comportementaux, les variables motivationnelles constitutives du rapport à la formation et le sentiment d'efficacité collective des équipes perçue par les soignantes.

En Suisse, 841 questionnaires exploitables (43,11 % des questionnaires distribués) sont recueillis au sein d'un total de 1951 soignantes du CHUV, soignantes et cadres intermédiaires de santé. Les traitements statistiques sont réalisés sur les effectifs et les fréquences de l'ensemble des données. Des tests sont appliqués, Chi2, test de Fisher et Student. Les coefficients de dépendances et de corrélations entre toutes les variables sont recherchés et des analyses de régressions linéaires et logistiques ordonnées sont effectuées.

L'enquête auprès des directeurs des soins en France repose sur au plus 141 questionnaires selon les variables considérées.

La population de la filière soignante enquêtée est majoritairement féminine, 83 % de femmes parmi les infirmières et les cadres intermédiaires, 57 % parmi les directeurs des soins.

La répartition des âges montre logiquement un âge moyen de 45 ans pour les directeurs des soins, ils entrent en formation en moyenne 10 après l'école des cadres et possèdent une expérience moyenne de 24 ans en santé publique. Ils considèrent, plus que d'autres cadres ou dirigeants de la santé publique française, que leur poste est « plutôt complexe » ou « tout à fait complexe ».

Les soignantes sont très majoritairement âgées de moins de 40 ans. La plupart a moins de 10 ans d'expérience professionnelle et a été formée dans une école de soins infirmiers plutôt qu'à l'université ou ailleurs.

Quant aux directeurs des soins, ils présentent un niveau de formation universitaire (60 % disposent d'une licence ou d'une maîtrise et 15 % d'un doctorat) plus bas que leurs collègues en formation à

l'ENSP dont un tiers possède un doctorat. A l'évidence les directeurs des soins ont un parcours marqué par un bon niveau d'étude académique mais aussi par une forte qualification professionnelle.

Nous considérons que sur une échelle de 40 points maximum, un score élevé d'autoefficacité sera égal ou supérieur à 30 points. La médiane des scores s'établit d'ailleurs sur cette valeur dans les deux études. En Suisse, le score moyen d'autoefficacité est de 29,94 points avec un minimum de 15 et un maximum de 40. Le score moyen pour les directeurs des soins en France est de 30,79 points, à peine plus élevé que celui des soignantes suisses.

Remarquons néanmoins que le score des directeurs des soins comparé à celui des autres cadres en formation à l'ENSP représente le score le plus élevé. Les résultats intermédiaires de l'étude en cours à l'ENSP montrent que les médecins territoriaux ont un score moyen de 26,88. Il est notable que les diverses populations de médecins en formation, appelées à réguler les politiques de santé publique, se retrouvent toutes avec les scores les plus bas. Autre exemple, le score des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales est de 28,79 et celui des cadres détachés de la fonction publique territoriale est de 29,94.

Nous pouvons ainsi observer que les scores se distribuent inégalement selon les filières de santé publique et que la filière soignante se positionne sur des scores plutôt élevés d'autoefficacité. Celui-ci a d'ailleurs tendance à monter encore avec l'exercice effectif de responsabilités importantes de management, si on le mesure un an après la formation.

Ces résultats peuvent être précisés en définissant des profils de professionnels disposant ou non d'un score élevé.

En Suisse (au CHUV), les professionnelles qui ont un sentiment d'efficacité personnelle élevé travaillent depuis plus de 10 ans dans la même unité ou avec la même fonction. Elles se sont spécialisées (sage-femme par exemple). Elles ont dépassé la quarantaine et exercent une activité au sein d'une association professionnelle. En revanche, les professionnelles ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle sont jeunes, moins de 30 ans, et ne disposent que d'une expérience professionnelle limitée dans un service ou sur un site.

Pour les directeurs des soins français, aucun profil ne se dégage nettement, à peine pouvons-nous noter que les plus diplômés obtiennent un meilleur score. En revanche, des résultats provisoires montrent, qu'à l'échelle de l'ENSP, les femmes qui disposent du plus haut niveau de formation académique sont aussi celles qui obtiennent un faible score d'autoefficacité.

Un sentiment d'efficacité élevé, en regard de quelle(s) activité(s) ?

Nous avons rappelé combien l'autoefficacité se révèle être le facteur clé de l' « agentivité humaine » (BANDURA, 2003). Un score élevé de l'autoefficacité au travail et en formation conduit les professionnels, à s'orienter vers des tâches ambitieuses, à réguler leurs apprentissages et à persister face aux difficultés. Ils développent ainsi une attitude proactive face aux conditions de travail et de formation et semblent en mesure de se lancer des défis avec des objectifs toujours plus élevés, ce qui pourrait conduire à des situations d'échec si, précisément, leur bon niveau de sentiment d'efficacité personnelle ne leur permettait d'obtenir de bons résultats, toutes choses étant égales par ailleurs.

En ce qui concerne les soignantes, les résultats statistiques montrent que celles-ci se sentent efficaces dans leur fonction d'*intermédiaire culturelle* (student : 0,11) et qu'elles se forment également et principalement dans ce domaine (student : 0,18). Cette fonction d'intermédiaire culturelle concerne en particulier la gestion et les liens entre les trois systèmes culturels (institution, corps médical et patient) au travers du *traitement de l'information, de la médiation et de la communication*.

Par ailleurs, les pratiques des soignantes, identifiées au travers des trois services (institution, corps médical et patient) et de sa fonction d'intermédiaire culturelle, se révèlent statistiquement incompatibles entre elles. Cela signifie que les soignantes déploient cette fonction d'intermédiaire culturelle au détriment de l'offre particulière faite aux personnes et en vue du développement de leur santé. En effet, si « …un individu n'est pas convaincu qu'il peut activement atteindre ses objectifs - ou éviter ce qu'il ne veut pas – il ne tentera pas d'agir, ou de persévérer en cas de difficulté » (GALAND, 2006), alors les soignantes n'agissent pas ou peu au sein du système culturel relatif au patient au travers d'une relation, d'un soutien et d'une formation professionnelles spécifiques.

Ces résultats font donc apparaître une tension importante au sein du champ de la santé et de celui de la profession soignante. En effet, suite aux défis posés actuellement par l'inflation des coûts de la santé et l'apparition de maladies chroniques et de société de plus en plus nombreuses, le rôle des soignantes a été redéfini au moyen de nouvelles lois et prescriptions (1992). Ces professionnelles se voient désormais attribuer une responsabilité dans l'accompagnement des personnes, malades et en santé, vers la prévention, la promotion et le maintien de leur santé quelque soit leur situation. Or les résultats de cette recherche montrent que les soignantes sont plus occupées à gérer les différentes cultures au sein de l'établissement hospitalier par le traitement des problèmes administratifs, médicaux et techniques, à partir des situations de maladies rencontrées, (fonction et rôle certes indispensables mais cependant insuffisantes au développement de la santé), qu'à accompagner de manière particulière les personnes malades vers le développement de leur santé. En fait, cette dernière fonction, qui requière d'autres compétences et conditions de réalisation est statistiquement assurée par les « cliniciennes » (2,7 % de la population de cette recherche) sans d'ailleurs que celles-ci se sentent efficaces. Par contre ces cliniciennes se sentent très efficaces en se formant ; rappelons ici que la spécialisation de clinicienne s'inscrit en Suisse dans un cours post grade correspondant à un master européen de 120 crédits ECTS. Leur formation porte sur un approfondissement des soins spécifiques à la personne dans une approche globale de celle-ci. Une approche qui se révèle de plus en plus nécessaire de par ses effets concrets, en ce qui concerne la prévention, le maintien et/ou le recouvrement de la santé des patients, notamment au moyen de l'éducation thérapeutique (DECCACHE, 2000).

Sur un plan plus qualitatif, les apprenants fortement autodirigés que sont les directeurs des soins sont décrits par les enseignants de l'ENSP sous un jour favorable. Ils se mobiliseraient individuellement ou collectivement plus que d'autres promotions. Ils solliciteraient fréquemment les enseignants ou leur responsable de filière pour répondre à leurs besoins de formation et s'inscrivent à toutes les options facultatives proposées. Très assidus lors des ateliers-mémoire, ils réussissent rapidement à écrire leur mémoire de fin d'étude à la surprise des enseignants qui jugent parfois leur parcours académique un peu limité. Leurs acquis professionnels prennent le relais, disent-ils. Plus précisément, leur perception de compétence, leur autoefficacité d'un bon niveau, les amènent à réguler efficacement leurs prises d'information et le processus d'écriture. Autre indice de leurs capacités à l'autoformation, les directeurs des soins se saisissent intensément du dispositif de positionnement professionnel au cours de leur formation. Leur développement professionnel rapide s'appuie sur tous les instruments proposés par le dispositif de formation mais est étayé par leur capacité à rassembler les ressources nécessaires à l'acquisition de compétences (CARRE & MOISAN, 2002).

Les entretiens biographiques conduits auprès de directeurs des soins en exercice apportent des éléments sur la genèse du sentiment d'efficacité personnelle. Les directeurs des soins reconnaissent aisément que les compétences se construisent par l'analyse des situations de travail, ils valorisent ainsi le tâtonnement et l'erreur, « on apprend plus de ses erreurs [que de ses réussites] ».

Les directeurs des soins qui gèrent l'organisation des soins en milieu hospitalier évoquent trois types de compétences. Le premier type porte sur les relations entre le monde médical et le monde paramédical. En effet, au titre de la coordination de l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les directeurs des soins sont en tension avec les médecins : « les pressions médicales ne sont pas évidentes à gérer... » Le travail de relations avec l'interface médicale relève d'une compétence critique, difficile à acquérir et la réussite n'est pas assurée pour chaque directeur des soins.

Le deuxième type de compétence est lié à la « culture de l'erreur » que les directeurs des soins valorisent. L'analyse des situations de travail emprunte des modalités collectives entre pairs, en présence éventuelle du coordonnateur général des soins. L'analyse des stratégies mises en œuvre par les uns ou les autres sert explicitement à optimiser les règles d'action. Les classes de situation sont discutées et définies ensemble. Les caractéristiques de chaque situation sont identifiées, évaluées dans leur capacité à modifier les paramètres de la situation et la situation elle-même. Les résultats escomptés sont étudiés et analysés de réunion en réunion. Les temps d'analyse apparaissent par conséquent comme des lieux d'apprentissages collectifs. Les apprentissages y sont intensifs et profonds.

Le troisième type de compétences est relié au deuxième. L'autoévaluation de son intervention et l'autorégulation de son action sont des compétences qui sont transférées lors de situations d'analyse

du travail avec leurs subordonnés, cadres de santé et cadres supérieurs de santé. Les directeurs des soins endossent alors un rôle formateur avec leurs cadres. Le « coaching avec les cadres supérieurs » s'exerce lors d'analyse de l'activité professionnelle. Lors de réunion de travail, ils s'ingénient à faire varier les paramètres de la situation : « Que se passerait-il si les syndicats rejettent votre solution, si le chef de service se manifeste ? », bâtissant des études de cas pour l'occasion.

La variation des paramètres s'accompagne d'une diffusion de savoirs juridiques, de retours d'expériences, de méthodes. Les effets attendus sont élucidés dans le but de renforcer l'autonomie de décision des cadres supérieurs de santé. Les règles d'action les plus pertinentes sont soupesées ainsi que les calculs qu'il faut effectuer sur les variables significatives de l'action.

L'activité cognitive des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé qui leur sont rattachés aboutit à renforcer les boucles d'autorégulation de l'action avec pour conséquence le développement des compétences des cadres supérieurs et, in fine, l'élévation du sentiment d'efficacité personnelle, tant des cadres que du directeur des soins. Un des principaux résultats réside dans la mise en évidence d'une croyance développée par les directeurs des soins interviewés : leur sentiment d'efficacité personnelle se développe par la conduite d'activités réflexives sur les obstacles qu'ils rencontrent et les réussites qu'ils connaissent.

Perspectives

Du côté de la construction du sentiment d'efficacité, la traduction en ingénierie de formation pourrait être celle-ci : les cadres de santé publique ne disposant que d'un faible sentiment d'efficacité personnelle verraient son niveau augmenter à l'issue d'un travail d'explicitation, d'élaboration et de conceptualisation dans l'action avec pour conséquence une genèse des modèles cognitifs et opératifs du sujet (RABARDEL & PASTRE, 2005). Des stratégies autoformatives, d'autodirection des apprentissages, peuvent se centrer sur l'analyse de son activité. Si les processus cognitifs et métacognitifs, en place chez le sujet mais aussi objet d'une construction au fil de son développement, contribuent à l'autorégulation de ses apprentissages, les comportements dans l'activité deviennent efficaces et performants dans la mesure où les schèmes, organisateurs des conduites pour une classe de situations donnée (VERGNAUD, 1998), se structurent et se renforcent. Prenons l'hypothèse que nous assistons à un processus de création et de renforcement réciproque, le sentiment d'efficacité personnelle au travail et à la formation contribue à l'autoanalyse de son activité et favorise la conceptualisation dans l'action. L'apprenant développerait d'autant un fort sentiment d'efficacité personnelle et ainsi sa capacité à transformer le monde par une action efficace.

Du côté de l'impact du sentiment d'efficacité sur les pratiques et le positionnement soignant : le sentiment d'efficacité perçue par les soignantes vis-à-vis de la fonction d'intermédiaire culturelle montre l'importance du développement de cette pratique au sein de l'hôpital. Cette fonction déploie principalement des activités de traitement de l'information, de communication et de médiation entre trois cultures différentes concernant respectivement les services à/au : l'institution, le médecin et le patient. La précision de son impact issue des régressions statistiques effectuées sur les variables du sentiment d'efficacité et des différents types de services professionnels d'une part et le sentiment d'efficacité et les pratiques autoformatives d'autre part, offre une visibilité de la pratique professionnelle et de la formation que les soignantes disent développer.

Autrement dit et s'il est vrai que la personne agit là où elle se sent efficace, alors la recherche de l'impact de ce sentiment permet de situer la pratique professionnelle et son développement par la formation. Le sentiment d'efficacité ferait donc office d'analyseur de compétences professionnelles spécifiques. De plus, en s'appuyant sur les quatre sources qui contribuent à la construction du sentiment d'efficacité, il permettrait alors aux responsables politiques de la santé d'orienter les pratiques professionnelles et aux professionnelles soignantes de s'inscrire dans un processus de professionnalisation (DUBAR, 2000).

Conclusion

D'une part, nous avons pu constater les corrélations existantes entre autoefficacité et développement professionnel, acquisition de compétences et positionnement professionnel performant. Ces effets bénéfiques sur l'autoformation des directeurs des soins, sujets apprenants, mettent l'accent sur la

genèse elle-même de l'autoefficacité. Elle est éducable et un dispositif spécifique de formation supérieure professionnelle pourrait dégager les conditions de sa genèse, la didactique professionnelle et l'analyse de l'activité fournissant alors l'appareillage théorique et méthodologique indispensable. Dans ce sens un dispositif pédagogique favorisant la conceptualisation dans l'action pour les directeurs des soins, et les autres promotions de l'ENSP, verra le jour dans les mois à venir. Nous en attendons des résultats destinés à renforcer la professionnalisation des cadres et dirigeants de la santé publique.

D'autre part, l'identification du champ de pratique soignant correspondant au sentiment d'efficacité des professionnelles offre un nouveau statut à ce dernier : celui d'analyseur des pratiques professionnelles. Il permet ainsi d'identifier précisément les pratiques en vigueur au sein de l'établissement, de mesurer leurs effets et d'orienter les pratiques professionnelles et de formation à développer .

Dans le champ de la santé publique occupé par les soignantes, et si l'objectif recherché concerne bien le développement de cette santé auprès des patients, alors ce service particulier et son expertise, assuré auprès du patient par les cliniciennes (2.7 % de la population), devrait être repensé et développé en complément aux autres types de services offerts.

Ainsi ces deux approches du sentiment d'efficacité dans le champ des professions de la santé, à savoir : la construction du sentiment d'efficacité de ces professionnelles en amont et l'impact de celui-ci sur les pratiques professionnelles en aval devraient offrir des repères permettant de mieux gérer les situations de soins (du niveau institutionnel au niveau individuel) et contribuer à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population.

Bibliographie

BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (Lecomte, J., Trans. de Boeck ed.). Bruxelles

CARRE, P., & MOISAN, A. (2002). *La formation autodirigée*. Paris: L'Harmattan.

DECCACHE, A. (2000). L'éducation du patient en Europe au 21ème siècle *Bulletin d'Education du patient, 19*.

DUBAR, C. (2000). *La crise des identités*. Vendôme: Imprimerie des Presses Universitaires de France.

FOLLENFANT, A., & MEYER, T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et autoefficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In CARRE, P. & CHARBONNIER, O. (Eds.), *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan.

GALAND, B. (2006). Avoir confiance en soi. In BOURGEOIS, E. & CHAPELLE, G. (Eds.), *Apprendre et faire apprendre* (pp. p. 250). Paris: PUF.

NADOT, M. (2002). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. In *Perspective soignante* (Vol. no 13, pp. p. 29 à 86). Paris: Seli Arslan.

PIGUET, C. (2002). *De l'autoformation à l'organisation qualifiante, nouvelles perspectives de développement des ressources humaines*. Lausanne: LEP.

RABARDEL, P., & PASTRE, P. (2005). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Ed. Octarès.

VERGNAUD, G. (1998). Au fond de l'action, la conceptualisation. In BARBIER, J.-M. (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF.

Piguet Catherine, Professeur HES et consultante

Formation, Pratique et Recherche en soins infirmiers - Vaud

Route du Port 19

CH - 1009 Pully

Catherine.piguet@gmail.com

Nagels Marc, Responsable du développement de la qualité pédagogique

Ecole nationale de Santé Publique – Ille-et-Vilaine

Avenue du Professeur Léon Bernard

F - 35000 Rennes

Marc.nagels@ensp.fr

---

[1] Par soignantes, nous entendons des infirmières diplômées. Un détour du côté de l'étymologie permet de préciser que le terme « infirmière » renvoie à l'enfermement et à la maladie pour désigner des professionnelles dont la spécificité reconnue et attendue est la promotion de la santé, c'est pourquoi le terme de soignante sera utilisé pour désigner des infirmières diplômées. Par ailleurs, la proportion de femmes dans cette profession étant plus élevée que celle des hommes, le féminin sera utilisé pour désigner ces professionnelles.