



HAL
open science

Devenir soignant-éducateur en formation en soins infirmiers

Marc Nagels, Nathalie Alglave

► **To cite this version:**

Marc Nagels, Nathalie Alglave. Devenir soignant-éducateur en formation en soins infirmiers. Symposium Éducation et santé: le temps des émancipations? (2eme partie) aspects méthodologiques et praxéologiques., May 2012, Rennes, France. pp.1-10. hal-00703586

HAL Id: hal-00703586

<https://hal.science/hal-00703586>

Submitted on 3 Jun 2012

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.

DEVENIR SOIGNANT - ÉDUCATEUR EN FORMATION DE SOINS INFIRMIERS

Marc Nagels (Université européenne de Bretagne – Rennes 2, CREAD, EA 3875. 17 Mars Conseil)

Nathalie Alglave (Université de Sherbrooke, CRIRES. Directrice de l'IFSI de Châteaubriant)

Résumé

Cette communication s'intéresse aux étudiants en soins infirmiers. En formation initiale, ils mènent un projet de santé publique pour développer une « posture de soignant éducateur ». La conduite de leur projet les amène au contact d'une population et d'un territoire.

Les textes de la formation en soins infirmiers définissent un positionnement professionnel attendu et les apports académiques et professionnels via les stages, sont nombreux en première et deuxième année, pour faire acquérir des connaissances et des compétences spécifiques. Face à la prescription, notre perspective est développementale. Elle se situe en didactique professionnelle (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006) appliquée aux relations de service (Cerf & Falzon, 2005; Mayen, 2005, 2007).

A l'aide d'autoconfrontations croisées, nous observons l'organisation cognitive de l'activité d'éducation pour la santé. Comment le savoir est-il sélectionné, approprié et transformé ? Comment les besoins sont-ils identifiés et au travers de quelles valeurs ? Quels processus éducatifs sont-ils mis en œuvre dans l'action et avec quelle planification de l'activité ? Quelles informations sont-elles prises dans l'environnement pour ajuster l'activité en cours ? Quels imprévus les étudiants perçoivent-ils et avec quelles ressources font-ils face ?

Comprendre comment les étudiants développent leur professionnalisation en co-construisant la situation avec les usagers est crucial dans le cadre d'une relation de service. Cela s'avère utile pour optimiser la formation des soignants dans une perspective d'émancipation des populations.

1. Introduction

L'éducation pour la santé est un champ de pratiques structuré et fait partie intégrante de la promotion de la santé (Bury, 1988; Deccache, 1996), dans la droite ligne de l'éducation sanitaire de l'après-guerre. L'éducation pour la santé a pour but l'amélioration globale de la santé. En s'intéressant aux attitudes et aux comportements de santé mais aussi, aux modes de vie des populations, elle développe des approches professionnelles ou bénévoles pour aider, motiver et informer la population à maintenir et à améliorer sa santé. Il s'agit donc d'une démarche prescriptive qui donne une perspective, analyse les facteurs déterminants des états de santé et des comportements populationnels et indique aux soignants ce qu'il convient de faire face au sida, au tabac, à la nutrition, etc.

Énoncer une prescription ne change pas les comportements et, en santé publique, la performativité des discours connaît des limites. Contrairement à ce que pensait John Austin, « dire » n'est pas totalement « faire ». C'est pourquoi, la réflexion devient aujourd'hui plus critique sur les aspects prescriptifs des métiers du soin et les modes d'élaboration des référentiels de compétences. Par exemple, lors de la production récente d'un référentiel en éducation pour la santé, les auteurs notaient que pour contourner la difficulté d'une définition toujours polysémique de la notion de compétence, il était nécessaire de décrire et d'analyser trois niveaux en interaction : les situations effectivement rencontrées, les activités réalisées (déclarées par les acteurs) et les compétences mises en œuvre. Les compétences sont toutefois formulées sous forme de tâches, par exemple : « Inciter les personnes, éventuellement dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé » mais ces énoncés sont accompagnés des « ressources nécessaires ainsi que des facteurs de contexte à prendre en compte pour conduire

des démarches d'éducation pour la santé » (CEDEAT, 2011, p. 10). Placer au cœur de la réflexion l'activité du professionnel, plutôt que la tâche qui est exigée, est un changement de perspective. L'enjeu est de reconnaître la part de combinatoire, d'imprévus et d'adaptations du comportement humain au travail.

Reprenant à notre compte cette démarche typique de la didactique professionnelle, nous nous centrerons ici sur la manière dont les étudiants en soins infirmiers identifient une prescription, celle du soignant – éducateur. Surtout, nous analyserons comment, en formation, ils structurent leur organisation cognitive de l'activité pour traiter la prescription et les tâches qui lui sont associées.

La population étudiée est celle d'une promotion d'étudiants en deuxième année dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Le projet pédagogique de l'Institut de Châteaubriant, pour cette unité d'enseignement, est centré sur le développement des compétences en éducation thérapeutique du patient. Il se prononce en faveur d'une perspective élargie pour les patients, celle de l'autogestion de leur santé (Hagan, 2010; Loisele & Michaud, 2008; Vincent, Laêc, & Fournier, 2009). Les infirmiers sont alors amenés à acquérir par la formation une posture de soignant – éducateur. La prescription de l'IFSI peut se résumer ainsi : les infirmiers doivent être capables de s'inscrire dans un contexte global de santé publique et de mobiliser les réseaux partenariaux, d'élaborer une ingénierie pédagogique pertinente eu égard aux problématiques de santé identifiées et de conduire une ingénierie didactique efficace parce qu'adaptée aux populations.

Au titre de la formation aux compétences de soignant – éducateur, les étudiants bénéficient d'apports d'intervenants et de formateurs de l'IFSI ainsi que de stages en milieu scolaire avec des enfants de premier ou de second cycle. La réalisation de l'intervention éducative est l'activité qui est placée au cœur du projet de formation. Des temps de réflexion et d'évaluation sont organisés par les formateurs référents et les étudiants bénéficient des apports de personnes – ressources sur le territoire et à l'IFSI. Les situations travaillées lors des autoconfrontations concernaient des ateliers avec des enfants en prise à des accidents de la vie quotidienne et leur capacité à alerter les adultes ou les services de secours.

2. Didactique professionnelle et situations de service

La formation vise un double effet : faire acquérir des compétences de soignant – éducateur et replacer ces compétences au sein d'un ensemble particulier, celui des situations de service. Les situations de service sont celles où des humains agissent pour et avec autrui (Mayen, 2007). La place de l'activité y est centrale, les prescriptions sont, en général, peu détaillées et ce type de situations propose essentiellement des tâches discrétionnaires (Pastré, 2007; Ulich & Grote, 2000; Valot, 2006) aux professionnels. Pour réussir les tâches fixées, les moyens à mobiliser restent le plus souvent à leur discrétion. Une tâche discrétionnaire représente un élément de complexité supplémentaire puisque seul le but est fixé et que les professionnels ont la charge de l'organisation de leur activité. La plupart du temps, il s'agit de gérer des situations floues, mouvantes et sensibles à tous les imprévus de la relation humaine.

L'activité est organisée au plan cognitif. Un schème, « organisation invariante de la conduite pour une classe de situations donnée » (Vergnaud, 1985, 1998) rend compte de cette organisation faite d'invariants opératoires et de contingences, toujours finalisée par les buts poursuivis qui conduit l'individu à agir efficacement (Pastré et al., 2006). Les schèmes qui étayent une part de la compétence expliquent que celle-ci est contingente, c'est-à-dire toujours liée à une situation dont elle repère les variables situationnelles. La compétence est aussi finalisée, mue par ses buts dans le cadre de l'organisation de travail.

La structuration d'un schème n'épuise d'ailleurs pas la totalité de la problématique de la compétence, il n'en représente au fond que la partie cognitive. La compétence possède également une dimension de reconnaissance sociale qui donne sens et valeur aux comportements humains efficaces (Le Maître & Hatano, 2007). Plus précisément, la compétence est un processus qui combine de manière optimale les ressources du sujet et les ressources de l'environnement pour obtenir une performance mais elle résulte tout autant des jugements et des attributions que l'environnement professionnel délivre sur la performance (Stroobants, 1993; Zarifian, 2001, 2009).

Les caractéristiques des situations de service, le travail pour et avec autrui tel que le suggère la posture de soignant – éducateur, nous amènent à nous inscrire dans une modalité particulière de l'analyse du travail. En effet, le professionnel doit être un bon connaisseur du contenu, ici l'approche populationnelle en santé publique, mais aussi être un expert de l'ingénierie pédagogique, de la conception à l'évaluation d'actions collectives en milieu naturel ou hospitalier. Ces deux registres de l'activité sont inséparables et constituent l'essence même de l'action en situation de service (Mayen, 2005). Par ailleurs, l'activité de service est située et les caractéristiques du contexte de travail sont prises en charge pour la réalisation de l'action. L'activité réussie suppose ainsi un ensemble de connaissances de tous ordres : sur l'organisation de travail, sur les usagers et sur les objets matériels ou immatériels à transformer. Mieux encore, c'est l'interrelation entre ces trois dimensions qui constitue l'expertise du professionnel. Certes, le professionnel oriente et guide son activité grâce à une connaissance de l'objet à transformer (des représentations sociales sur la santé et les comportements à risque des usagers ?) mais surtout il construit un certain nombre d'invariants opératoires ou de concepts pragmatiques (Pastré, 2011) qui résultent de transaction entre l'environnement, l'utilisateur et l'objet de travail. Ces conceptualisations peuvent être inférées des jugements pragmatiques (Pastré, 2008), ils sont « exprimés par l'action ou par la parole [et] permettent de relever le genre professionnel et la place de l'expérience personnelle » (Pastré, 2011b, p. 90). Nous tenterons donc de les repérer à l'aide des autoconfrontations et, ultérieurement, avec une enquête par questionnaire. Avec ces deux recueils de données, nous chercherons à expliciter l'état des conceptualisations des étudiants relatives à la posture de soignant – éducateur.

3. Le recueil de données

Le recueil de données a été fait en deux étapes successives. Nous avons organisé des entretiens d'autoconfrontations (Faita & Vieira, 2003; Theureau, 2010) avec des étudiants, leur projet une fois terminé.

Les techniques de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2004) ont été utilisées pour évoquer l'activité passée et faire retour sur leur expérience. Toutefois, nous nous sommes concentrés sur les invariants opératoires qui ont pu guider l'activité. Nous ne cherchions pas ce qui a fait la singularité de l'expérience chez ces étudiants comme le suggère plutôt Pierre Vermersch. Cette expérience est non reproductible et ils ne connaîtront jamais plus exactement ce type de situations ; le contexte de leur intervention, lié à leur stage et à la conduite de projets collectifs avec d'autres étudiants est unique. Ultérieurement, en tant qu'infirmiers diplômés, tous ne seront pas non plus amenés à travailler à domicile ou dans le cadre d'une association de soins ou à s'intéresser spécifiquement aux problèmes de prévention et d'éducation à la santé. Nous cherchions ainsi les invariants constitués dans cette situation et que d'autres étudiants pouvaient aussi mobiliser.

La posture de soignant-éducateur renvoie à un ensemble plus vaste de pratiques que celles expérimentées en stage. Il est attendu qu'elles se construisent en formation initiale d'infirmier pour être mises en œuvre dans des classes de situations élargies à l'éducation thérapeutique du patient à l'hôpital ou au domicile, en situation de face-à-face relationnel ou d'ateliers collectifs. Dans le seul domaine de l'éducation à la santé et des comportements de prévention, les situations de travail sont nombreuses et diversifiées, d'où notre intérêt sur la part reproductible de l'activité en dépit de variations parfois significatives du contexte et de la situation. Pour autant, l'analyse des imprévus en cours d'action n'ont pas été négligés. Ils renvoient précisément à la capacité d'adaptation et au fait que la conduite de l'action n'est pas stéréotypée. La gestion des imprévus dans ce projet de santé publique n'a simplement pas été considérée pour elle-même mais pour ce qu'elle dit de la conduite ordinaire et adaptative de l'activité. Dans une certaine mesure, à l'intérieur d'une même classe de situations, la prise en compte des imprévus et des facteurs de perturbation fait l'objet d'une programmation schématique. Les conduites adaptatives sont déjà structurées sous forme de routines qui guident les comportements ; comme le dit un des étudiants : « On a l'habitude de s'adapter aux enfants, j'ai déjà fait des centres de loisirs ».

Les entretiens ont été retranscrits et analysés dans le but de repérer les éléments constitutifs d'un schème en construction à ce moment de la formation. Ces éléments sont-ils partagés, et à quel niveau, par les autres étudiants qui ont été placés dans des circonstances comparables ? L'interrogation systématique de la promotion d'étudiants devait répondre à ce questionnement. Le questionnaire a été élaboré suite aux entretiens d'autoconfrontations, essentiellement sur la base des

jugements pragmatiques repérés. Ces jugements pragmatiques ont été reformulés pour être proposés à la validation de l'ensemble de la promotion. Cette démarche s'est révélée plus économique que la conduite d'une trentaine d'entretiens d'autoconfrontations. Nous en attendions une vision d'ensemble de l'organisation cognitive de l'activité d'éducation pour la santé.

Les dimensions testées par questionnaire sont multiples et tiennent tant à l'appréciation des situations par les étudiants qu'aux éléments significatifs à prendre en compte pour gérer efficacement les interventions d'un soignant – éducateur.

La classe de situations spécifique du champ d'action du soignant - éducateur, son étendue et ses caractéristiques, a fait l'objet d'une question avant de tester les différentes facettes de l'organisation de l'activité. Les buts en tant que soignant - éducateur, les savoirs sur la population et son rapport à la santé, ont été interrogés. Nous nous sommes intéressés à la posture pédagogique et aux croyances concernant la transmission du savoir sur les comportements de santé entre un expert, l'étudiant, et la population cible.

Les jugements pragmatiques sur le sens de l'intervention et la finalité du projet ont été relevés lors des entretiens. Reformulés de manière plus générale, ils ont été proposés à validation avec le questionnaire. Ils renseignent sur les invariants opératoires qui traitent des valeurs et des positionnements professionnels.

Une question portant sur l'auto-efficacité à faire changer les comportements de santé a également été introduite. Le niveau d'auto-efficacité maximum étant défini comme la capacité perçue à faire changer les comportements pour tout type de publics.

Le questionnaire comprend 16 questions fermées, questions à choix multiples ou échelles de Likert. Il dispose d'un coefficient alpha égal à 0,71, la cohérence interne du questionnaire est donc satisfaisante. Le nombre de réponses est 31 pour 39 étudiants appartenant à cette promotion, soit 79 % de la population enquêtée.

4. Résultats et analyses

Les résultats sont exposés de manière à articuler les données qualitatives et quantitatives. Notre perspective est ici celle des méthodes mixtes pour le traitement des données.

L'activité dans les situations de services articule trois types d'opérations : diagnostic de la situation, action effective sur l'objet à transformer et adaptation constante aux usagers ce qui suppose des régulations introduites en cours d'action. Ces trois opérations sont identifiables lors des autoconfrontations et ont pu être questionnées dans un deuxième temps. Nous en rendrons compte sous l'angle : des buts effectifs, poursuivis en situation, par les étudiants et des savoirs mobilisés, des méthodes pédagogiques mises en œuvre lors de la phase de réalisation de l'action. Elles sont couplées aux capacités de régulation de l'action et d'adaptation constante aux caractéristiques du public.

Nous compléterons avec une analyse des jugements pragmatiques que les étudiants portent sur la posture de soignant – éducateur.

4.1. L'orientation de l'action

Le but énoncé dans les autoconfrontations était d'abord celui de l'autonomisation des enfants face aux situations d'urgence et aux soins du quotidien (comment agir sur un saignement de nez ? Quel numéro d'urgence appeler ?). Avec des écoliers, l'apprentissage de gestes plus techniques ou qui dépassent les capacités physiques des enfants, tels que déplacer un adulte à terre, n'est pas un but poursuivi par les étudiants.

Des buts secondaires ont pu apparaître à tel ou tel moment de l'action. Par exemple, les étudiants s'étaient donné comme but de confirmer les connaissances des enfants qu'ils considéraient comme valides. Ce but, en appui sur des conceptions pédagogiques, a été activé lors des phases

préparant les jeux de rôle. Faire comprendre aux enfants la nécessité de la surveillance des accidentés est un autre but, plus conditionnel. Il n'a de sens que si les enfants sont devenus capables d'appeler les secours efficacement.

De manière opérationnelle, les buts des étudiants sont assez mesurés. Ils en restent à de l'information ou à la stimulation de la réflexion chez les usagers, voir le tableau 1. Contribuer à l'autonomie des personnes ou obtenir un changement des comportements semblent parfois plus de l'ordre de la finalité, plus lointaine.

Tableau 1. Buts d'un projet d'éducation pour la santé

Buts poursuivis	Nb.	%
Faire changer les comportements	1	3,2
Faire réfléchir sur les comportements favorables ou défavorables à la santé	13	41,9
Informé et expliquer les comportements de santé	10	32,2
Rendre les personnes autonomes dans la gestion de leur santé	7	22,6
Total	31	100,0

Les buts reposent sur des savoirs ou, plus exactement : les savoirs des étudiants disposent d'une capacité générative des buts. Les uns et les autres participent ainsi de l'orientation de l'action chez les étudiants. Un principe organisateur a été repéré : celui de ne pas reproduire sans adaptations avec les enfants les formations aux gestes et soins d'urgence que les étudiants ont pu recevoir antérieurement. Sa mise en œuvre est dépendante de l'état de deux variables : le temps disponible et les activités que les enfants sont capables de réussir dans les ateliers.

Nous relevons ici des savoirs peu académiques et plutôt empiriques : ils se constituent dans l'action elle-même. Les savoirs biomédicaux (gestes et soins d'urgence) sont valorisés et contribuent à fonder leur posture de soignant – éducateur. Estimant d'ailleurs disposer de peu de connaissances en pédagogie ou de savoirs sur la population scolaire, les étudiants fondent leur expertise sur leurs connaissances de soignant.

Ils ont pu faire appel à leur expérience antérieure d'animateur de centres de vacances ou de moniteur de voile. La fréquentation des enfants dans un autre cadre apporte des repères sur les processus attentionnels et motivationnels des enfants. Les professionnels du soin ou les intervenants en milieu scolaire qu'ils avaient pu rencontrer lors de leur préparation ont délivré des informations mémorisées par les étudiants, notamment, sur le rôle joué par la mise en activité et l'émotion dans l'apprentissage enfantin.

Faute de connaissances très approfondies, à ce moment là de leur formation, sur les publics rencontrés, les étudiants estiment rencontrer des difficultés « pour se mettre à la place des enfants ». Ils se reportent sur les risques de santé encourus, les déterminants de santé et la connaissance de la thématique.

Le questionnaire a testé plus largement le rapport au savoir que les étudiants entretiennent dans cette situation. Le rapport au savoir, peut être plus que le savoir lui-même, est une ressource pour l'action et pour diagnostiquer les situations qui se présentent ; le rapport au savoir témoignant, en effet, de leur plaisir d'apprendre, des émotions ressenties et des enjeux perçus (Beillerot, 1989). Le rapport au savoir est organisé fonctionnellement autour de savoirs empiriques, ce qu'on croit que la population sait, et de savoirs plus académiques avec le rôle joué par les déterminants de santé. Le tableau 2 montre la place occupée par les savoirs empiriques, savoirs sur l'action, ou des savoirs sur eux-mêmes, en tant que professionnel et la posture de soignant - éducateur.

L'échelle de cotation va de 0 point : « Pas d'accord du tout », à 10 points : « Tout à fait d'accord ».

Pour conduire leur action, les étudiants se sentent assez assurés de leurs conceptions et accordent une grande importance à la connaissance préalable du public sur ses propres modes de vie. Ce savoir endogène est jugé plus opérant que les déterminants de santé, pourtant plus objectivables.

Tableau 2. Les savoirs jugés indispensables à la réussite du projet

	Moyenne	Médiane	Mode	Écart-type
Ce que pense la population cible de son mode de vie est un facteur important pour concevoir un projet	7,74	8	8	1,59
Pour réussir un projet, il est primordial de savoir comment la population se représente les risques de santé encourus	7,52	8	8	2,20
Les déterminants de type : biologie, génétique, environnement, iatrogénie, etc., doivent orienter obligatoirement le projet de santé publique	6,35	6	6	2,03
J'ai bien compris le rôle du soignant éducateur	7,55	7	7	1,46

4.2 La réflexion pédagogique, les méthodes d'intervention et les adaptations en situation

Le face-à-face pédagogique est la partie de l'intervention qui est la plus valorisée par les étudiants, sans toutefois qu'ils ne méconnaissent les phases de la préparation – conception et de l'évaluation – régulation.

Les phases de l'intervention sont réglées selon un concept organisateur particulier : « susciter le vécu des participants sur l'objet de l'intervention puis mettre les participants en activité d'apprentissage et évaluer les acquis ». Par exemple, une des interventions a obéi au schéma suivant : introduction à l'aide d'une question « qu'est ce que secourir pour vous ?, les enfants étaient ensuite conviés à un jeu de rôle consistant à alerter suite à une simulation d'un malaise et à un travail sur photos pour identifier les situations significatives d'urgence. Les étudiants se saisissaient des éléments apportés par les enfants pour rectifier et apporter des connaissances supplémentaires. Enfin, un questionnaire rapide d'évaluation est passé auprès du groupe. Qu'ont-ils retenus de la séance et quels comportements doivent-ils mettre en œuvre prioritairement ?

Les paramètres que les étudiants surveillent le plus sont liés aux imprévus en situation. Par exemple, des étudiants ont encadré trois séances assez différentes l'une de l'autre. Ils ont constaté la différence d'intérêt des enfants, ce qui, en retour, jouerait sur leur motivation : « On met moins de cœur à l'ouvrage » lorsqu'ils interprètent les comportements des enfants comme le signe d'un désintérêt pour l'action. L'intérêt des enfants est aussi évalué à travers le nombre de questions posées.

L'analyse de l'activité des étudiants montre qu'ils se constituent dans l'action une relation conceptuelle entre les contenus à distribuer, les modalités pédagogiques retenues et les caractéristiques estimées du public. Les choix qu'ils effectuent en amont de l'intervention et en cours de situation pédagogique dépendent largement de leur compréhension de ces trois facteurs et de leurs interrelations. Le tableau 3 montre le niveau de validation des principaux choix pédagogiques repérés lors des autoconfrontations. Le style pédagogique est favorable aux méthodes actives. L'intervenant est supposé s'adapter au public, quitte à renoncer à porter la totalité du message de santé publique prévu. Le groupe est placé en position haute face à un intervenant expert mais peu directif.

Tableau 3. Les choix pédagogiques

	Moyenne	Médiane	Mode	Écart-type
Le premier facteur de réussite est la maîtrise de la méthodologie d'intervention.	6,87	7	8	1,73
Pour faire passer des connaissances, il est préférable de mettre les personnes en activité.	5,68	6	6	2,29
Pour prévenir les problèmes de santé, il vaut mieux un message simplifié plutôt qu'un message complet et exhaustif.	8,35	9	10	1,58
La maîtrise des contenus compte plus que ses qualités pédagogiques	4,58	5	5	2,09
Le message de santé publique doit passer, c'est aux personnes à s'adapter pour le comprendre	1,71	1	0	1,85
Le soignant - éducateur doit être capable de s'adapter aux demandes et aux caractéristiques des personnes	8,35	9	10	1,87

4.3 Les jugements pragmatiques sur la posture de soignant - éducateur

Lors de cette expérience, les étudiants se sont forgé des jugements pragmatiques, lesquels, *a posteriori*, attribuent une signification à leur intervention et permettent de construire leur posture de soignant – éducateur.

Les jugements pragmatiques les plus fortement exprimés rappellent que pour être éducateur, il est nécessaire de posséder préalablement les savoirs du soignant. En fait, les deux postures ont besoin d'être articulées l'une à l'autre. Le soignant « éduque », c'est-à-dire qu'il transmet sur un mode prescriptif les connaissances et les règles d'action que les patient doivent observer ; l'éducateur « accompagne dans la prise en charge de sa santé ». Il y a là plus qu'une nuance, ces deux rôles sont susceptibles de s'opposer : volonté du soignant contre vécu du patient. Pour cette raison, un des jugements pragmatiques énoncés tient au fait que le soignant – éducateur (plus qu'un autre soignant ?) doit « tenir compte conjointement des deux aspects : pédagogique et relationnel ». Plus de 8 étudiants sur 10 estiment que le rôle du soignant – éducateur est « d'accompagner les personnes pour faire changer les comportements de santé » et moins de 2 sur 10 affirment que leur rôle est simplement « d'apporter des connaissances ».

Les catégories d'actes éducatifs des étudiants ne sont pas encore stabilisées. L'éducation pour la santé représente-t-elle une sous-partie de l'éducation thérapeutique du patient, ou est-ce l'inverse ? La discussion s'engage sur la présence ou non d'une pathologie déclarée et sur les modalités d'intervention, individuelles ou collectives. Lors de leurs stages précédents, les étudiants avaient peu, ou jamais, observé d'entretiens thérapeutiques ou d'actions d'éducation thérapeutique conduites par des infirmiers. Au total, 17 estiment que l'éducation pour la santé fait partie de l'éducation thérapeutique, 6 pensent le contraire et 8 ne savent pas.

De la même manière, les lieux susceptibles de se prêter à des actions d'éducation pour la santé ne sont pas identifiés avec certitude. Dans une liste de 10 lieux possibles : écoles, universités, maison familiales rurale, établissements et services d'aide par le travail, maisons de santé, etc., un tiers des étudiants en citent de 1 à 5, un tiers de 6 à 8 et un tiers estiment qu'un projet d'éducation pour la santé concerne tous les établissements.

Nous le voyons, les jugements pragmatiques sur la posture du soignant – éducateur ne reposent pas toujours sur des éléments stables et certains pour une grande partie de ces étudiants. Toutefois, lorsque nous leur demandons d'estimer leur auto-efficacité à conduire ces projets, ils répondent en montrant un niveau assez élevé de leurs croyances en leur capacité à atteindre les buts visés (Bandura, 2003). Si 26 % des étudiants ne pensent pas pouvoir faire changer les

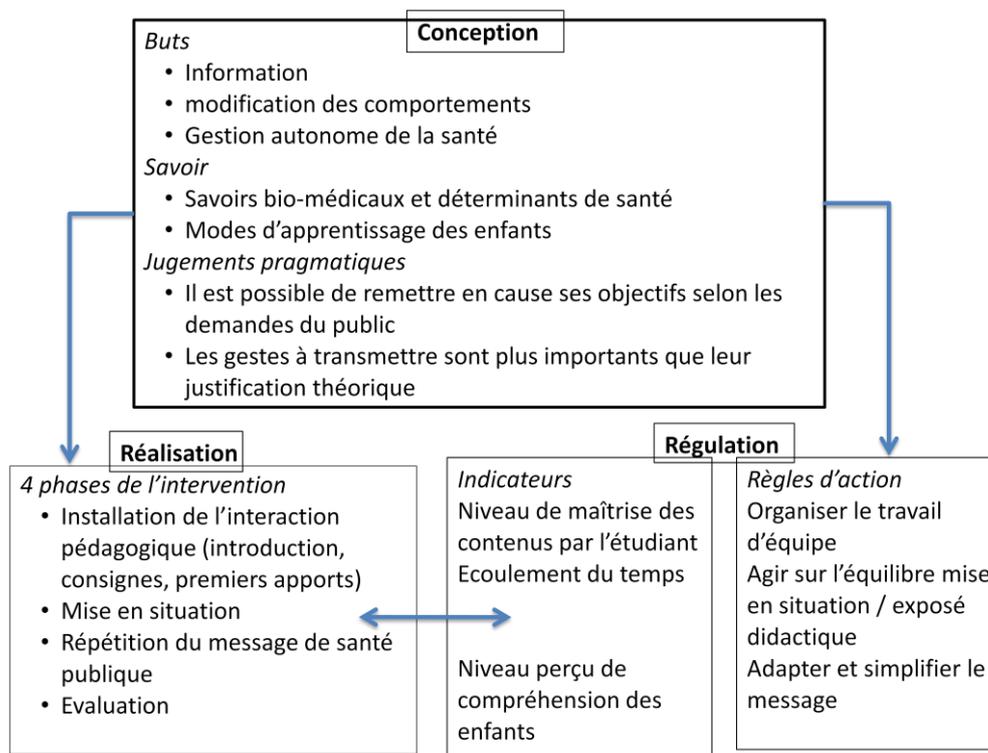
comportements de santé, ils sont 42 % à le croire pour un public en particulier et 32 % pour tout type de publics.

Nous observons enfin une corrélation significative entre les deux variables : le but prioritaire d'un projet d'éducation à la santé, d'une part, et le sentiment d'avoir bien compris le rôle de soignant – éducateur, d'autre part. Plus les étudiants privilégient la prise en charge autonome de la santé par les participants et le changement de comportements, plutôt qu'une simple information et réflexion sur la santé, plus les étudiants estiment avoir consolidé leur positionnement professionnel.

4.4 La structure conceptuelle de la situation d'éducation pour la santé

Après analyse des autoconfrontations et des données du questionnaire, nous parvenons à la formulation d'une structure conceptuelle de la situation, voir la figure 1, c'est-à-dire l'ensemble des concepts organisateurs guidant l'action qui devront être assimilés par les acteurs » (Pastré, 2006). Il s'agit des dimensions essentielles à construire pour faire un diagnostic de la situation, repérer son état, s'ajuster aux évolutions, définir des objectifs et les moyens d'évaluation.

Figure 1. Structure conceptuelle de la situation d'éducation pour la santé



5. Retours en formation

Au-delà de l'analyse de l'activité et des résultats sous forme de structure conceptuelle de la situation ; lesquels nous aident à comprendre le niveau d'organisation de l'activité des étudiants après ce projet d'éducation pour la santé, nous pouvons en tirer des conclusions sur les suites possibles en formation.

Former à l'éducation pour la santé du point de vue de la didactique professionnelle supposerait de concevoir plusieurs situations spécifiques d'apprentissages. Elles pourraient s'ajouter ou se substituer aux séquences déjà organisées par l'IFSI.

Il n'est pas toujours nécessaire de laisser aux étudiants un temps long de recherche personnelle pour les amener à découvrir par eux-mêmes ce que les cadres de santé formateurs et autres intervenants de l'UE savent déjà : modes d'apprentissage des enfants, déterminants de santé, méthodes d'intervention en éducation pour la santé. En revanche, nous avons perçu les débats et les interrogations des étudiants sur le positionnement et la posture du soignant – éducateur.

Chacune des opérations matérielles de l'action, telles que la préparation du matériel, de la diffusion des informations sur les comportements de santé, la collecte d'informations lors des évaluations, s'accompagnent d'une forte dimension relationnelle. Ce couplage opérations matérielles – dimension relationnelle est au cœur de l'éducation pour la santé. Il pourrait faire l'objet d'une séquence explicite en formation. Deux modalités pédagogiques pourraient être employées dans ce but. La première consiste en une discussion collective visant à échanger sur les jugements pragmatiques et les concepts organisateurs de l'action. La deuxième vise à bénéficier de la diversité des situations rencontrées par les groupes et de la variété des modes opératoires rencontrés. Une présentation de la variabilité des situations à traiter pourrait être organisée. Le but est que chaque étudiant se constitue un répertoire pour agir.

Nous pourrions y ajouter une brève séquence de « modelage instructif » (Bandura, 1980) en conclusion du processus, pour synthétiser et stabiliser les concepts organisateurs construits dans l'action. Un professionnel viendrait analyser ses propres modes opératoires en détaillant et en articulant systématiquement les buts qu'il poursuit, les méthodes qu'il mobilise, les stratégies d'ajustement au public et les variables qu'il prend en compte pour modifier son comportement. Si cet intervenant est un jeune professionnel en lequel les étudiants n'ont pas de peine à s'identifier, l'efficacité de la séquence s'accroît d'autant. L'enjeu est, ici, de faire comprendre le rôle essentiel du trait d'union qui rassemble les deux termes du soignant – éducateur.

Bibliographie

- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Beillerot, J. (1989). *Savoir et rapport au savoir*. Editions universitaires.
- Bury, J. (1988). *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Bruxelles: De Boeck.
- CEDEAT. (2011). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Consulté de <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-EPS/docs/referentiel-EPS.pdf>
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). *Situations de service : travailler dans l'interaction* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Deccache, A. (1996). Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. *L'éducation pour la santé en médecine générale* (p. 51 – 62). Vanves: Edition CFES.
- Faita, D., & Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *Skholé, Hors-série*(1), 57–68.
- Hagan, L. (2010). *Éduquer à la santé: l'essentiel de la théorie et des méthodes : manuel de formation*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Le Maître, D., & Hatano, M. (2007). *Usage de la notion de compétence en éducation et formation*. Paris: L'Harmattan.
- Loiselle, C., & Michaud, C. (2008). Autogestion de la santé et humanisme en sciences infirmières. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1 - 2), 41 – 67.
- Mayen, P. (2005). Travail de relation de service, compétences et formation. Dans M. Cerf & P. Falzon (Éd.), *Situations de service : travailler dans l'interaction* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation*, (4).
- Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. Dans É. Bourgeois & G. Chapelle (Éd.), *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF.
- Pastré, P. (2007). Quelques réflexions sur l'organisation de l'activité enseignante. *Recherche et formation*, (56), 81 – 93.
- Pastré, P. (2008). La didactique professionnelle : origines, fondements, perspectives. *Travail et apprentissages*, (1), 9–21.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*. Paris: PUF.

Colloque international "Formes d'éducation et processus d'émancipation" Université Rennes 2. Mai 2012.
Symposium Éducation et santé : le temps des émancipations ? (2eme partie) aspects méthodologiques et praxéologiques.

- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145–198.
- Stroobants, M. (1993). *Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*. Bruxelles: Éditions de l'université de Bruxelles.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 287–322.
- Ulich, E., & Grote, G. (2000). *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*. Genève: Bureau international du travail.
- Valot, C. (2006). *Conférence sur la métacognition*. Présenté à Séminaire doctoral de didactique professionnelle, CNAM.
- Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie française*, 30(3 - 4), 29–42.
- Vergnaud, G. (1998). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans J.-M. Barbier (Éd.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF.
- Vermersch, P. (2004). *L'entretien d'explicitation*. Issy-Les-Moulineaux: ESF Éditeur.
- Vincent, I., Laêc, A., & Fournier, C. (2009). *Modèles et pratiques en éducation du patient. Apports internationaux. 5eme journées de la prévention*. Saint-Denis: INPES.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Paris: Liaisons.
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris: Presses universitaires de France.