



Université de ROUEN
UFR de Psychologie, Sociologie et Sciences de l'Éducation
Département Sciences de l'éducation

MASTER II

INGENIERIE ET CONSEIL EN FORMATION

**QUEL DISPOSITIF DE FORMATION FAVORISE
L'ACQUISITION
DE LA COMPETENCE A ÊTRE CADRE DE SANTE ?

DE L'ACTEUR EXECUTANT A L'ACTEUR AUTEUR**

TURLAN NICOLE
Sous la direction de FRANCOISE BREANT

Septembre 2005

Université de ROUEN
UFR de Psychologie, Sociologie et Sciences de l'Éducation
Département Sciences de l'éducation

MASTER II

INGENIERIE ET CONSEIL EN FORMATION

QUEL DISPOSITIF DE FORMATION FAVORISE
L'ACQUISITION
DE LA COMPETENCE A ÊTRE CADRE DE SANTE ?

DE L'ACTEUR EXECUTANT A L'ACTEUR AUTEUR

TURLAN NICOLE
Sous la direction de FRANCOISE BREANT

Septembre 2005

Remerciements

Je remercie vivement Mme Françoise BREANT pour ses conseils éclairés et son suivi dans la rédaction du mémoire.

Je suis reconnaissante envers Jean Luc GERARDI qui accepté de m'ouvrir les portes de son institut de formation et ainsi m'a permise de réaliser une mission dans le cadre de ma formation au master II en ingénierie et conseil en formation.

Je remercie Alain qui m'a donné le coup de pouce nécessaire quand la situation se bloquait et que les idées n'étaient pas au rendez-vous.

C'est avec beaucoup de plaisirs que je pense aussi à Lili, Christian et Sylvain car la rédaction de ce travail a été un prétexte à nos rencontres qui se sont avérées d'une richesse peu commune.

J'espère qu'à travers la lecture de ce travail vous ressentirez le plaisir que j'éprouve à l'avoir réalisé.

Nicole

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	3
I. A LA DECOUVERTE DE L'ENVIRONNEMENT DE LA DEMARCHE DE PROFESSIONALISATION DU CADRE DE SANTE	3
II. DU PROJET A LA REALISATION : QUEL EST LA QUESTION CENTRALE ?	11
DEUXIEME PARTIE	13
I. ETRE SOI, ETRE ACTEUR, ETRE PROFESSIONNEL	13
II. LA MODELISATION PROPOSEE PAR C. ET D. FAVRE	25
III. LE PHENOMENE DE LA RENCONTRE	41
TROISIEME PARTIE	48
I. LA PROFESSIONALISATION DU CADRE DE SANTE DANS LA PRATIQUE	48
II. L'ANALYSE CRITIQUE DE LA DEMARCHE DE FORMATION ACTION	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	68
TABLE DES MATIERES	117

INTRODUCTION

L'ingénierie de la formation regroupe la politique de formation, l'ingénierie de la formation et l'ingénierie pédagogique. Le dispositif de formation mis en place pour obtenir le master 2 en ingénierie de formation et conseil invite l'étudiant à confronter ses capacités à réaliser des actes professionnels d'ingénierie de formation en répondant à une commande dans ce domaine. Il s'agit de réaliser une recherche action sur le terrain en répondant à une mission contractualisée. En ce sens, le dispositif de formation du master est basé sur une formation par la recherche.

Pour des raisons de contexte précaire de mon entreprise, j'ai dû renoncer au projet initial à l'origine de ma demande de formation. La recherche d'un nouveau chantier au début de la formation a changé ma situation de départ. D'un contexte connu interne à mon entreprise et, d'une compréhension professionnelle (déjà acquise) des besoins auxquels devait répondre mon projet initial, la mission est devenue une réponse à la mise en place d'un projet institutionnel déjà défini dans un contexte méconnu :

Ce projet concerne un institut de formation privé qui est régi par la loi associative 1901 et dont la mission est de former des cadres de santé diplômés d'état selon la loi 1995 sur la création du diplôme d'état cadre de santé. Le directeur de cet institut m'a proposé de participer à la mise en place du projet d'établissement pour l'année 2005-2006. Projet qui se définit ainsi :

« L'Institut de Formation Cadre de Santé du Centre Hospitalier Bellevue à Montpellier (IFCS du CH Bellevue) a pour projet d'établissement pour l'année 2005-2006 de permettre aux étudiants de passer la même année le Diplôme d'Etat Cadre de Santé (DE de CS) et le Master 1 Professionnel option encadrement et santé (Master1 Pro encadrement et santé¹) ».

La nature du produit attendu est l'élaboration du référentiel de formation et du projet pédagogique.

Dans ce cadre là, l'ensemble du travail à effectuer est devenu objet de recherche. Le contexte à étudier, la raison du projet, les enjeux qui sous-tendent le projet, les notions et concepts incontournables, les critères législatifs et pédagogiques, les contraintes, les questionnements théoriques, la production des différents référentiels et du projet pédagogique, tout cela a été objet de recherche. C'est l'articulation entre tous ces domaines qui au fur et à mesure a permis la production du projet pédagogique.

¹ Pour alléger le texte ce master sera appelé uniquement M 1 et le diplôme d'état DE, dans la suite du travail

L'ensemble de ce projet s'appuie sur la notion de *la compétence à être professionnel* cadre de santé. Les deux diplômes concernés sont des diplômes de professionnalisation. Nous verrons que dans cette profession comme dans d'autre « la compétence à être » est un acte professionnel à part entière.

La difficulté réside dans l'acquisition de cette compétence qui fait participer le facteur individuel. C'est là qu'émerge la problématique : Quels sont le ou les processus de professionnalisation à mettre en place afin de favoriser l'acquisition de la compétence à être professionnel ?

La première partie de ce travail sera destinée à situer et à définir la problématique dans l'ensemble du contexte de terrain et des différentes notions qui sous-tendent la définition de cette problématique.

Ensuite sera développée une étude en deux parties tentant en premier lieu d'expliquer le lien entre l'autonomie et la compétence à être un acteur professionnel, auteur (à la différence d'un acteur exécutant). Dans un deuxième temps seront décrites les conditions favorables au développement de cette autonomie.

Cette exploration théorique sera suivie par un retour sur le terrain avec la présentation de la démarche d'élaboration du projet pédagogique qui comprend la référentialisation (métier, compétence, pédagogie) et la création du dispositif de professionnalisation.

Dans cette partie l'accent sera mis sur l'influence du résultat de la recherche théorique dans le domaine du référentiel de compétence et les dispositifs de formation mis en place afin de favoriser le développement de la compétence à être professionnel.

Une analyse globale de la démarche et une présentation de nouvelles perspectives concluront cette étude.

PREMIERE PARTIE

I. A LA DECOUVERTE DE L'ENVIRONNEMENT DE LA DEMARCHE DE PROFESSIONALISATION DU CADRE DE SANTE

1. L'IFCS BELLEVUE un institut se situant dans la réforme européenne

De structure associative à but non lucratif, Loi 1901, l'Institut de Formation de Cadres de Santé, section rééducation, de Montpellier CHU Bellevue est agréé pour former des cadres de santé dont les professions d'origines sont : kinésithérapeute, ergothérapeute ou podologue. Bien que son orientation ait pour spécificité la Rééducation, son ouverture vers l'IFCS du CHU de Montpellier (de filières Infirmière, Manipulateur radio et Technicien de laboratoire) permet un enrichissement de la formation. Ce partenariat entre les deux Instituts s'inscrit dans un contexte d'évolution sociologique de l'organisation des établissements de soins, ainsi que dans l'évolution des derniers textes réglementaires.

Tout en respectant les spécificités de chacun, les objectifs des deux Instituts s'inscrivent dans une volonté partagée de faciliter la constitution d'équipes pluri et interdisciplinaires, en vue de mieux répondre aux besoins des patients et donc d'améliorer la qualité des soins.

La mission d'un institut de cadre de santé est de former des cadres de santé afin qu'ils aient la double compétence du management en milieu sanitaire et de la formation des professionnels de santé. Cette formation doit intégrer le développement de l'interdisciplinarité dans la démarche de soins et le management transversal des compétences.

Dans le cadre de la formation des professionnels de santé, les cadres de santé sont face à un triple défi :

L'eurocompatibilité, l'universitarisation, et la décentralisation.

1.1 l'eurocompatibilité

Suite aux accords de Bologne (1999)², la formation professionnalisante devrait s'inscrire dans un système universitaire européen à trois grades Licence, Master, et Doctorat (LMD). Il s'agit de permettre aux étudiants d'acquérir des systèmes de crédit européens transférables (ECTS).

² voir présentation onisep : www.onisep.fr/nice/iMAGES/lesystemeLMD2.pps

L'université française se transforme pour devenir eurocompatible avant 2010. Ainsi des accords inter universitaires, dans tous les pays de l'union européenne permettront aux étudiants d'acquérir des ECTS cumulables dans des universités différentes de l'union européenne afin d'obtenir un des grades du système LMD. L'objectif est la libre circulation des étudiants, des enseignants et des travailleurs dans l'ensemble de l'espace européen.

1.2 l'universitarisation

L'universitarisation des formations aux différents métiers de santé découle aussi des accords de Bologne.

Actuellement ses formations sont disparates en fonction des différents métiers ou diplômes auxquels elles préparent :

- Les instituts de formation aux métiers de santé peuvent relever du secteur public ou privé. Dans une même profession suivant la localisation en France les conditions d'entrée sont différentes (obligation de 1^{ère} année de médecine ou année préparatoire au concours d'entrée ou, concours d'entrée ou sur dossier d'admission).
- Le nombre d'années d'étude peut être de deux, trois ou quatre ans avec une reconnaissance de Bac + 2 au final.
- Les modalités d'obtention du diplôme sont différentes suivant les professions.
- Certains métiers ne sont pas reconnus comme des métiers de santé (ex : diététicienne).

D'avril 2002 à Juin 2003, la commission Pédagogique Nationale de la première année des études de santé s'est réunie et a remis un rapport (DEBOUSIE, 2003)³ détaillant cette année d'étude universitaire pour les médecins et les professionnels de santé. Ce rapport est remis aux ministres de la santé Jean François Mattei et à Jules Ferry Ministre de l'éducation.

La création de cette année vise à développer une culture commune entre les professionnels de santé et à engager la formation dans un cadre universitaire.

Les accords de Bologne demande une harmonisation nationale et européenne des formations aux métiers de santé et ceci en les intégrant dans le système universitaire Européen LMD.

³ pour consulter le rapport Debousie : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/debouzie/sommaire.htm>

1.3 la décentralisation

Une autre réforme se prépare, c'est la décentralisation de la formation des professions paramédicales comme c'est le cas pour les formations du secteur social. Dans les deux ans à venir les conseils régionaux se verront attribuer la compétence budgétaire de ces formations.

1.4 Le projet d'établissement de l'IFCS pour l'année 2005-2006 : projet de partenariat avec l'Université de Provence

L'harmonisation de la formation des étudiants sur le plan européen demande depuis peu d'intégrer la démarche universitaire dans la formation, cela entraîne une approche plus théorique, plus conceptuelle qu'auparavant. En vu de préparer la mise en place de la réforme européenne, il est nécessaire de former des enseignants professionnels reconnus par l'université.

Le projet consiste à associer la même année le diplôme de cadre de santé avec le Master 1 professionnel option « encadrement et formation ».

Certaines questions se posent alors :

- quel est l'apport de l'université dans la formation de professionnalisation des métiers de santé et de cadre de santé ?
- L'évolution rapide des métiers demande une évolution de la formation professionnalisante, l'université répond elle à cette évolution ?
- La formation doit entraîner de la compétence, de quelle manière l'université peut elle être un facteur d'amélioration de la compétence ?
- Quel doit être l'équilibre entre le savoir théorique, l'apprentissage de la technicité professionnelle et l'enseignement conceptuel, l'analyse de la pratique, la recherche ? Quels sont les méthodes pédagogiques qui répondent au mieux à la production de compétences professionnelles dans les métiers de santé ?

2. Que signifie professionnaliser ?

Ces questions de départ entraînent une étude préalable des notions de professionnalisation, d'identité professionnelle et de compétence.

2.1 La professionnalisation

Sous le terme de professionnalisation⁴ nous rencontrons trois types de « notions » :

La première qualifie le regroupement de personnes ayant la même activité, le même métier. C'est un processus organisationnel destiné à développer une reconnaissance de la profession dans le sens de sa singularité, de ses valeurs, de son utilité, de ses méthodes. Dans ce cas le processus de professionnalisation entraîne la reconnaissance d'un statut valorisé, il y a un accès contrôlé à la profession qui passe la plupart du temps par une formation validée par un diplôme reconnu.

La seconde concerne le processus de formation mis en place afin de permettre l'acquisition des connaissances et de la pratique professionnelle. La mise en œuvre se situe au niveau politique sur le plan décisionnel et au niveau des différents organismes de formations pour la création et mise en place de dispositif professionnalisant.

La troisième se situe au niveau du trajet individuel. Il s'agit d'acquisition de savoirs professionnels communs à un groupe d'appartenance. La personne en situation de travail ou en formation est l'acteur principal dans le processus de professionnalisation, son objectif est d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires au métier qu'il pratique ou veut pratiquer.

Dans le cadre de notre étude sur « la professionnalisation à l'université des métiers de santé et plus spécifiquement du métier de cadre de santé », ces trois sens de la professionnalisation vont s'articuler et vont être le squelette de la recherche action. Le concept de professionnalisation est lié au concept d'identité professionnelle (le premier ne peut exister sans l'existence du second) et au concept de compétence professionnelle qui est l'expression active de la professionnalisation.

⁴ Hébrard P. (sous la direction de.), Formation et professionnalisation, L'Harmattan, Juin 2004

2.2 L'identité professionnelle

L'identité s'est d'abord la définition de soi par soi, mais c'est aussi et c'est cela surtout qui intéresse le sociologue, la définition de soi par les autres et pour les autres. L'identité professionnelle peut être présentée comme l'identité au travail.

D'après le modèle fonctionnaliste des professions, le sentiment d'identité professionnelle découle du sentiment d'appartenance à une profession socialement indispensable, d'une longue socialisation et de l'usage d'un vocabulaire particulier, le tout constituant un espace social identifiable.

DUBAR C. (1994) affirme que l'identité de métier est plus complexe. C'est d'abord la marque d'appartenance à un collectif, qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi de s'identifier eux-mêmes face aux autres.

Pour DURKEIM (1960), l'identité sociale se transmet par l'éducation et un processus de socialisation qui s'achève après initiation. L'identité professionnelle serait donnée par les groupes de professionnels chargés d'initier aux règles, aux idées... de leur communauté de travail.

Ces idées sont reprises par une tradition sociologique en France qui fait reposer l'identité sur l'appartenance à un groupe professionnel, la catégorie sociale reposant sur la déclaration d'une profession. Le seul fait d'occuper un emploi d'une telle catégorie reconnu par l'état confèrerait une forme d'identité sociale et professionnelle.

DUBAR C. (1994) s'inspire du mouvement de certains penseurs américain pour construire son modèle des identités au travail. Il associe les processus biographiques de construction d'une identité « à soi » et les mécanismes structurels de reconnaissances des identités pour « autrui ». Les identités dépendent des relations avec les autres et de la perception subjective de la situation. Les identités professionnelles sont « des conceptions de soi au travail » qui mettent en jeu les relations entre identité personnelle et identifications collectives. Ainsi pour la plupart des individus, l'identité professionnelle constitue une partie importante de leur identité individuelle, elle s'enracine dans l'identité personnelle.

2.3 La compétence

Selon BELLIER (1998), quatre mouvements sont à la base du développement de la notion de compétence. Il s'agit de:

- ❖ La nouvelle pression exercée par le contexte de l'entreprise, l'évolution des marchés et les attentes des consommateurs. La compétence est alors vue comme étant «l'adaptation et l'usage d'acquis individuels, principalement scolaires, par les entreprises en fonction de leurs besoins⁵» ;
- ❖ L'abandon progressif et partiel de l'organisation taylorienne du travail dans certaines organisations. Ce type d'organisation du travail conceptualise la compétence comme étant ce que les individus doivent savoir faire pour agir dans le cadre de leur profession ;
- ❖ La nécessité de la mobilité interne dans les grandes entreprises. Suite à de nombreuses crises au sein des entreprises, il y a eu apparition de situations de sureffectif. Les entreprises doivent donc faire preuve de flexibilité avec leur main-d'œuvre et savoir mieux utiliser les compétences existantes ;
- ❖ La gestion prévisionnelle, née d'une volonté d'anticiper les changements à venir ainsi que leurs répercussions en terme d'emplois. Faire de la gestion prévisionnelle implique alors la prise en compte des compétences notamment aux niveaux de la formation, du recrutement et de la gestion de carrière.

BELLIER conclut, en soutenant que la compétence est la réponse adaptée à ces quatre mouvements.

2. 31 La "compétence" dans la littérature.

Pour la norme AFNOR la compétence est : "...mise en oeuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité"

KATZ (1994) distingue 3 types de compétences :

- compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique) = savoirs
- compétences techniques (méthodes, processus, procédures, techniques d'une spécialité) = savoir-faire
- compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles) = savoir être

⁵ (Alaluf, 1993 in Bellier, 1998, p. 69)

Guy le BOTERF (1997) en propose la définition suivante : "La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés", ce qui l'amène à distinguer 6 catégories :

- savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter)
- savoirs procéduraux (savoir comment procéder)
- savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer)
- savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire)
- savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire)
- savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre...)

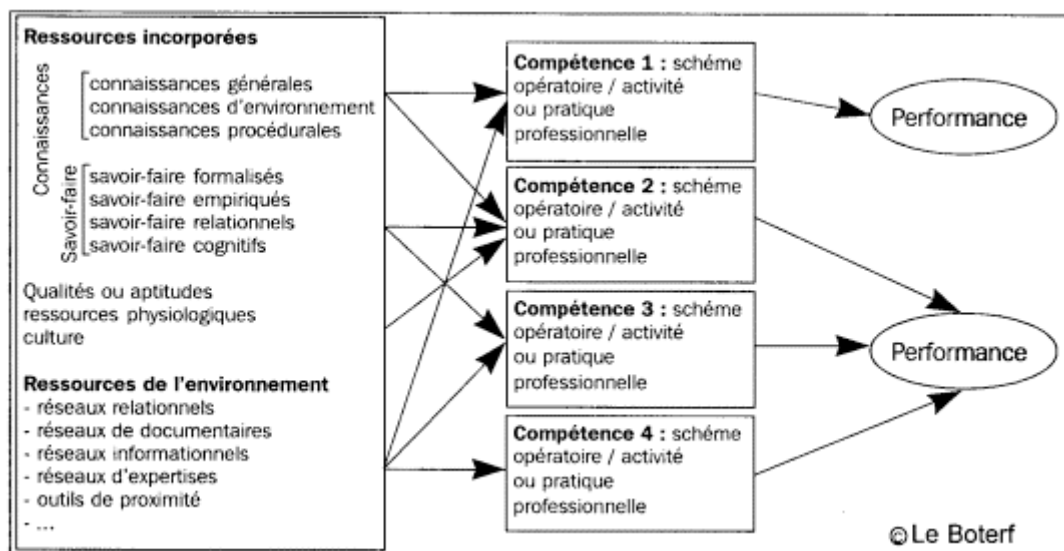


Tableau.1 *Etre compétent c'est réaliser les bonnes combinaisons pour accomplir une activité*

« Une personne est compétente lorsqu'elle sait : Combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles afin de produire des résultats (valeur ajoutée) (services ou produits) satisfaisants à certains critères de performance pour un destinataire (client , usager...)(BOTERF G., 1998) (Tableau. 1)

Pour SAMURCAY et PASTRE (1994), la compétence, en tant que "rapport du sujet aux situations de travail", est ce qui explique la performance observée en décrivant l'organisation de connaissances construites dans et pour le travail. Les compétences sont donc :

- finalisées : on est compétent pour une liste de tâches déterminées
- opérationnelles : il s'agit de connaissances mobilisées et mobilisables dans l'action et efficaces pour cette action
- apprises :
 - à travers des formations explicites
 - par l'exercice d'une activité
 - aussi bien explicites que tacites (le sujet n'est pas toujours en mesure d'explicitier les connaissances opérationnelles qu'il met en œuvre dans l'action).

Pour Philippe ZARIFIANT la compétence est : "la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté".

Cette définition situe donc l'organisation du travail au coeur de la gestion des compétences. Une autre des définitions de Philippe ZARIFIANT (1999) exprime la compétence comme la combinaison de :

- Vouloir agir (variable dépendante de la personne),
- Savoir agir (variable dépendante de la personne et d'un environnement propice ou pas à l'apprentissage)
- Pouvoir agir (variable dépendante de l'organisation employeur)

Dans une structure, on pourra également chercher à définir les compétences collectives avec l'idée que la somme est toujours plus grande que la simple addition des parties, donc que les compétences collectives sont supérieures à la somme des compétences des personnes.

Ainsi nous sommes de moins en moins compétents tout seul. Il faut combiner ressources personnelles et ressources extérieures pour agir en compétence.

Il y a de plus en plus une dimension collective à la compétence individuelle. Une même connaissance, un même savoir faire peuvent rentrer dans plusieurs activités, il y a une combinaison permanente de connaissances.

Le croisement de ces trois notions, mon exploration bibliographique et l'interview d'un professionnel⁶ m'ont permis de découvrir :

- l'importance reconnue mais, difficilement valorisée, du facteur du degré d'individuation⁷ de la personne en formation

⁶ chef de service éducatif dans une institution recevant, en internat des adolescents en grande difficulté

- le rôle de l'individuation de la personne au niveau de sa professionnalisation, de son identité professionnelle et surtout de sa compétence.

II. DU PROJET A LA REALISATION : QUEL EST LA QUESTION CENTRALE ?

L'entretien avec le responsable pédagogique a fait ressortir que dans les milieux sociaux, médicaux sociaux, sanitaire et social et aussi dans les milieux de la formation ou du management, la dimension « d'être » ou de « savoir être » ne peut être ignorée du domaine des compétences.

Dans ce domaine où les relations interpersonnelles font partie des actes professionnels « à maîtriser », il serait plutôt question de la « compétence à être ».

Il ne s'agit pas, ici, d'exécuter une tâche mais plutôt d'utiliser le positionnement, l'attitude, la façon d'être comme acte professionnel.

Prenons l'exemple de l'infirmière : elle peut avoir des aptitudes à accomplir techniquement une manœuvre et adopter une attitude professionnelle tout à fait inadéquate envers la personne en faisant preuve d'indifférence, ou d'intolérance. La compétence professionnelle dans ce cas là est absente car elle ne répond pas aux besoins de la personne qui reçoit les soins.

À l'inverse, on peut déborder d'empathie pour une personne, démontrer une attitude apparemment exemplaire mais faire preuve d'inaptitudes au moment d'appliquer les techniques requises pour le bénéfice de celle-ci. La sécurité est en jeu. Encore une fois, la compétence professionnelle n'est pas présente.

L'attitude professionnelle codifiée relève du « savoir être » mais n'est pas la « compétence à être ».

La « compétence à être » dépasse le « savoir être ». C'est un savoir être conscient qui s'exprime dans la réalisation de l'acte professionnel qui l'accompagne. Il peut aussi être en lui même la production d'un acte professionnel. Il s'exprime dans la relation, dans l'échange et implique une connaissance de soi et de l'autre et des jeux relationnels. Il y a un regard distancié porté sur la relation ou, sur l'action et les interactions relationnelles impliquées dans

⁷ Individuation est pris dans le sens d'être différent de l'autre, l'individuation fait partie intégrante du processus d'autonomie.

celle-ci. La relation professionnelle, dans ce cas, permet le développement de l'individuation, de l'autonomie du bénéficiaire et aussi du professionnel.

Une relation dite positive (thérapeutique, éducatrice, managériale, formatrice ou apprenante...), si elle n'est pas consciente, peut avoir pour effet de nourrir l'ego du professionnel et entraîne ainsi une mauvaise rentabilité de l'action professionnelle. Dans ce cas, le professionnel se situe plus dans le rôle qu'il pense devoir jouer et se préoccupe peu de son implication personnelle et de l'effet qu'elle produit.

Dans le cadre de la formation si l'on considère que le formé doit acquérir les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation des actes professionnels qui lui incombent, la problématique s'exprime ainsi :

Quels devraient être le ou les processus de professionnalisation à mettre en place afin de favoriser l'acquisition de « la compétence à être cadre de santé » ?

A partir de cette question, nous pouvons envisager qu'étant donné qu'il existerait un facteur individuel échappant à toute possibilité de modification extérieure, la compétence à être cadre de santé devrait s'acquérir dans l'interaction individu/activité de formation.

A partir de cette hypothèse, si elle se vérifie la compétence à être professionnel n'aurait pas pour le même acte qu'un « seul visage », elle se construirait à partir de ce que la personne est individuellement et de son expérience acquise en cours de formation ou de pratique professionnelle.

Afin de tenter d'approfondir cette problématique, la recherche théorique comportera deux parties : La première partie va concerner une étude des éléments en jeu dans la compétence à être professionnel. La seconde partie portera sur l'analyse des conditions nécessaires au développement de cette compétence.

DEUXIEME PARTIE

I. ETRE SOI, ETRE ACTEUR, ETRE PROFESSIONNEL

Comment aborder la recherche théorique sur la compétence à être professionnel ? Prendre les différents concepts étudiés par des auteurs, croiser leur discours, porter un regard critique sur leur représentation du concept... Finalement qui suis-je alors ?

Rechercher sur la compétence à être en partant des représentations d'auteurs ou chercheurs référents n'est peut être pas en congruence avec le sujet de ma recherche. Alors il serait peut être plus intéressant, étant donné le sujet, de partir de mes propres représentations et de croiser ces représentations avec les théories élaborées par des auteurs. Ma recherche aura pour objectifs d'approfondir, d'élargir, de modifier ma vision provisoire sur ce thème.

1. La place du rôle professionnel

Première intuition : Dans le cadre des formations professionnalisantes, il est facile d'enseigner le savoir, le savoir-faire. Ceux-ci sont en général très bien définissables, objectivables, la transmission peut se faire avec différentes techniques. La route de l'apprentissage est très vite tracée.

Toutefois, il existe des professions où le savoir être fait partie intégrante de la compétence professionnelle et sans lui il n'y a pas de compétence professionnelle. Ces professions sont en général en lien avec le social, l'éducation/formation, la santé et le management.

Deuxième intuition : Il y a une différence fondamentale entre le savoir être et la compétence à être.

La compétence s'exprime dans l'action, c'est une capacité d'adaptation et de création perpétuelle en situation professionnelle en utilisant de façon inconsciente tous nos savoirs acquis par la formation et l'expérience.

Dans la compétence à être, il y a une combinaison complexe entre les savoirs qui s'acquièrent et le facteur individuel qui est omniprésent.

Si nous croyons que la compétence à être s'apprend, cela veut dire que nous nous plaçons au niveau comportemental. Ceci est d'ailleurs assez fréquent. Mais nous sortons de la compétence et basculons dans le savoir être.

L'attitude professionnelle codifiée relève du « savoir être » mais n'est pas la « compétence à être ».

La « compétence à être » dépasse le « savoir être ». C'est un savoir être conscient qui s'exprime dans la réalisation de l'acte professionnel qui l'accompagne. Il peut aussi être en lui-même la production d'un acte professionnel. Il s'exprime dans la relation, dans l'échange et implique une connaissance de soi et de l'autre et des jeux relationnels. Il y a un regard distancié porté sur l'action et les interactions relationnelles impliquées dans celle-ci. La relation professionnelle, dans ce cas, permet le développement de l'individuation, de l'autonomie du bénéficiaire et aussi du professionnel.

Je suis chargée de cours dans un institut de formation. J'ai souvent des étudiants qui réagissent à mes propos en me rétorquant le savoir être distillé, sous forme d'injonction, dans le discours de certains enseignants :

« Il faut éviter les situations d'échecs... »

« Il faut proposer des exercices revalorisant... »

« il faut garder de la distance, il ne faut pas s'impliquer personnellement... »

« Il ne faut pas tutoyer les personnes... »

Certains de ces comportements sont faciles à appliquer, d'autres vont demander un autocontrôle et un refoulement émotionnel pas toujours facile à gérer.

Il peut y avoir des attitudes de défense en opposition avec l'attitude professionnelle attendue.

En fait, devenir professionnel dans ce cas là ne signifie t-il pas que l'on devient un acteur qui joue un rôle ?

Cela est-il vraiment possible ?

L'enseignement du savoir être paraît s'appuyer, en grande partie, sur l'approche comportementale. Le savoir être relève de ce que l'on attend de nous en fonction de la représentation que les autres ont de notre profession.

L'approche comportementale n'est qu'une façon de porter un regard sur la réalité d'être. Schématiquement le tableau suivant résume les différents cadres de références (tableau n°2) en jeu dans le regard que l'on peut porter sur ce que nous sommes :

<i>Cadre de référence</i>	<i>Approche sur le comportement</i>	<i>Ecole de pensée théorique</i>
PHYSIOLOGIQUE	BIOMECANIQUE	Nous sommes ce que nos gènes et nos fonctions nous permettent d'être
PHYSIOLOGIQUE	DEVELOPPEMENTALISTE	Nous sommes ce que le temps et les changements nous ont permis de devenir
COMPORTEMENTAL	COMPORTEMENTAL	Nous sommes ce que notre environnement nous demande d'être
PSYCHODYNAMIQUE	PSYCHANALYTIQUE INTERACTIVE	Nous sommes ce que les souvenirs inconscients de notre passé ont fait de nous
COGNITIF	COGNITIVIVISTE	Nous sommes ce que nos pensées et nos perceptions font de nous
HUMANISTE	CENTREE SUR LA PERSONNE	Nous sommes ce que nous choisissons de devenir.

Tableau n°2 Les différents cadres de référence

En lisant ce tableau nous pouvons être tentés de dire que finalement nous sommes la somme ou plutôt l'ensemble de tout cela.

Sur le plan plus analytique, à partir de ce tableau, nous avons la maîtrise de peu d'éléments qui font ce que nous sommes. La seule réelle maîtrise relèverait du courant humaniste qui envisage que nous pouvons choisir ce que l'on veut devenir.

« Choisir d'être » cela paraît séduisant mais si nous choisissons d'être, c'est que nous ne sommes pas. Dans ce sens notre choix d'être nous place dans la représentation, nous devenons un acteur (de théâtre) et nous jouons le rôle que nous avons choisi et dont nous sommes l'auteur.

Nous pourrions décrire au niveau individuel les différentes possibilités que nous pouvons vivre :

- Nous sommes ce que nous pensons que l'extérieur veut que nous soyons, de façon inconsciente
- Nous sommes ce que nous pensons que l'extérieur veut que nous soyons (sans forcément être en accord avec) de façon consciente
- Nous sommes ce que nous choisissons d'être en fonction de ce que nous pensons que l'extérieur veut que nous soyons.
- Nous sommes ce que nous choisissons d'être en fonction de nos valeurs qui sont liées totalement ou en partie aux valeurs sociétales. (soit en acceptation soit en opposition)
- Nous sommes ce que nous sommes (il n'est plus du tout question de choix).

Une autre représentation possible est la suivante, nous pouvons être :

- une marionnette,
- l'acteur de théâtre qui joue un rôle déjà écrit,
- l'acteur de théâtre qui écrit son rôle en fonction de l'histoire qui se déroule, (improvisation)
- l'acteur qui écrit l'histoire et le rôle qu'il veut jouer dans l'histoire,
- l'acteur qui s'identifie complètement au rôle qu'il joue,

- l'acteur qui sait qu'il joue un rôle,
- nous pouvons aussi être l'acteur qui n'aime pas le rôle qu'il doit jouer,
- l'acteur qui veut changer de rôle...

mais dans tout les cas nous sommes un acteur qui joue un rôle et, face à nous, nous avons d'autres acteurs.

En ce sens notre vie et celle de ceux qui nous entourent est une vaste pièce de théâtre ou les relations ne sont pas vraies parce que les personnages sont créés.

Tout dans la pièce de théâtre n'est qu'illusion. Cette illusion est appelée réalité par chacun des acteurs.

Il y a un double sens dans : « acteur ».

Au théâtre et au cinéma l'acteur effectue l'acte de jouer un personnage qui n'est pas lui dans une histoire imaginaire. Nous l'appellerons l'acteur exécutant.

Etre acteur de sa vie comment en comprendre le sens ?

Le fait d'énoncer cette phrase sous-tend que l'on peut ne pas l'être.

Nous appellerons l'acteur de sa vie, l'acteur auteur

Toutes ces réflexions personnelles sur ce thème ne nous éloignent pas de la compétence à être professionnel, elles posent en effet la question de savoir de quoi il s'agit quand nous parlons de compétence dans ce domaine. En formation, le positionnement du formateur et les dispositifs pédagogiques ne seront pas les mêmes suivant la réponse à ces questions.

Quel est la finalité d'un processus de professionnalisation en ce qui concerne le futur professionnel ? S'agit-il de lui apprendre à bien jouer son rôle de professionnel ? Peut-il en être autrement ?

En fait, est-il possible de penser que nous pouvons être authentiques⁸ en étant professionnel ?

En tant que professionnels sommes nous exécutant ou auteur ?

A partir des réflexions suivantes :

- si être professionnel se détermine entre le savoir être et/ou la compétence à être,
- si la compétence à être tient compte de la dimension individuelle,
- si la question se pose de savoir si nous pouvons être authentique en étant professionnel.

⁸ Etre authentique est pris dans le sens d'être pleinement soi dans la relation avec l'autre ou dans l'activité professionnelle

Nous devons étudier ce qui est nécessaire au développement de cette compétence. Pour ZARIFIANT (2001) « L'autonomie est une condition incontournable d'un déploiement de la compétence », parce que la compétence n'existe que si l'acteur a ou se donne une marge de manœuvre d'initiative et de décision, il ne se borne pas à suivre des prescriptions. Nous voyons là que le passage de l'acteur exécutant à l'acteur auteur se réalise si l'acteur est (à des degrés divers) autonome. Mais que signifie être autonome ?

Au sens étymologique être autonome signifie : « vivre selon ses propres lois »

2. L'autonomie est une dimension interne

Nous pouvons observer dans notre fonctionnement quotidien qu'une des raisons qui freine notre accession à l'autonomie est la représentation que nous avons des conséquences de l'autonomie individuelle :

Connaissant les lois de la société, nous craignons que l'autonomie individuelle entraîne le non-respect des lois communes et ne mette ainsi en danger le fonctionnement de celle-ci.

En fait, « ses propres lois » dans la notion d'autonomie individuelle ne sont pas du domaine externe à l'individu mais elles appartiennent au domaine interne, elle sont responsables de la différence qu'il y a entre deux individus. Elles sont liées au phénomène d'individuation⁹.

« Vivre selon ses propres lois » peut être traduit par « devenir soi-même ». Ceci a pour effet d'opposer le terme d'autonomie à l'aliénation dont le sens philosophique est de « devenir ou être étranger à soi ».

Devenir soi-même et différent de l'autre ne met pas en danger la société à laquelle nous appartenons, car le développement de l'individu dans le sens de devenir de plus en plus lui-même, ne peut se réaliser que dans la relation avec les autres membres ou dans les situations créées par sa société d'appartenance.

La dépendance ou plutôt l'interdépendance est nécessaire au développement de l'autonomie.

Pour mieux cerner cela prenons un exemple chez nos compagnons les animaux domestiques :

A votre avis entre le chat et le chien quel est celui qui est le plus autonome ?

Le tableau n°3 page suivante permet de mieux situer le concept d'autonomie. Bien que le chat à l'échelle familiale se confronte à notre fonctionnement, il ne le met jamais en danger et sa domestication ne l'empêche pas d'être lui-même. Il se crée un équilibre dans l'échange avec

⁹ Individuation = devenir différent des autres

une adaptation réciproque et le respect de chaque partenaire. Il n'y a pas de recherche de domination, de contraindre l'autre.

Si nous analysons, en la comparant, la vie quotidienne que nous partageons avec notre chat et notre chien nous pouvons construire le tableau suivant :

Domaines	le chien domestique	le chat domestique
Education	Dressage, conditionnement Mode punition/récompense	Apprentissage par l'expérience
Qualificatifs	Affectueux, fidèle, dépendant affectivement, obéissant, joueur, lié à son maître, partage la vie de la famille.	Affectueux, câlin, infidèle, Indépendant affectivement, lié à son territoire, vit sa vie tout en partageant la vie de la famille.
Relation	Dépendances matérielle et affective quasi totale durant toute sa vie. Répond aux désirs du maître. Dans la relation il est ce que le maître veut qu'il soit. Le maître a une autorité (pouvoir) sur le chien. Il lui dicte sa conduite.	Dépendances matérielle et affective diminuant en devenant adulte. Ne répond pas aux désirs du maître. Il reste lui-même tout en entretenant une relation affective réciproque avec son maître. Le maître n'a pas de réelle autorité (pouvoir) sur lui. En ce sens ce n'est pas son maître.
Obéissance à	son maître	Lui-même
Interrelation développant	L'aliénation du maître et du chien.	L'autonomie des deux compagnons (animal et humain).
Risque pour le système sociétal	Aucun, ne met pas en danger le fonctionnement. Mais danger de sclérose, d'uni formalisation, de perte d'identité, d'enfermement dans des règles... La relation est répétitive et s'entretien dans la répétition.	Aucun, ne met pas en danger le fonctionnement. Au contraire, il se crée sans arrêt un nouvel équilibre. Possibilité de créativité dans la relation, possibilité de changement, d'évolution de découverte...

Tableau n°3 Qui du chien et du chat est le plus autonome ?

Chez l'être humain, nous pouvons rencontrer à des degrés divers ces deux types de fonctionnement.

Comment chez l'homme se conjuguent la dépendance, l'interdépendance et la possibilité de devenir autonome ?

Afin de tenter d'apporter un début de réponse à cette question nous allons aborder en premier la notion de maturation psychique de l'être humain : ce qui permettra de situer la place des différents modes de dépendance / non dépendance dans le développement de l'autonomie.

La partie suivante est destinée à pointer l'héritage que laisse l'éducation à l'être humain adulte.

3. *La maturation psychique*

Si nous reprenons les caractéristiques de l'être humain, nous pouvons observer qu'à la différence de l'animal il ne se contenterait pas de s'adapter à son environnement, il évoluerait dans des dimensions autres, il serait l'acteur pensant de son devenir.

La capacité à devenir homme ne ferait pas partie de conduites innées dont nous serions pourvus dès la naissance. En fait, l'être humain se construirait psychiquement en relation avec son environnement humain et non humain (Favre, 1996).

Sa dépendance matérielle totale au début de sa vie serait à la base de sa dépendance intellectuelle et affective à son environnement humain.

C'est cet état de dépendance qui va lui permettre de se structurer sur le plan personnel : chaque nouvelle étape serait une phase d'individuation.

Sa relation avec l'environnement humain va passer progressivement d'une dépendance totale dans les trois domaines (matériel, affectif, intellectuel) (Fig. 2) à des non-dépendances spécifiques en relation avec sa maturation.

Favre et Favre (1991, p100) définissent la maturation psychologique d'un être humain comme étant le déplacement de la dépendance quasi-totale *in utero* à la non-dépendance matérielle d'abord (« *je ne suis pas assisté par autrui* ») puis intellectuelle (« *je n'adopte pas la pensée d'autrui sans en connaître son domaine de validité* ») et affective (« *je ne suis pas la chose d'autrui et je suis capable de faire le deuil d'une relation* »).

L'acquisition de ces trois non-dépendances (fig.1) devrait se faire idéalement pendant la période qui précède l'âge adulte. Mais nous observons que la plupart du temps l'être humain à l'âge adulte n'a pas forcément acquis ces trois non-dépendances et qu'il lui faut parfois faire des démarches particulières pour les acquérir.

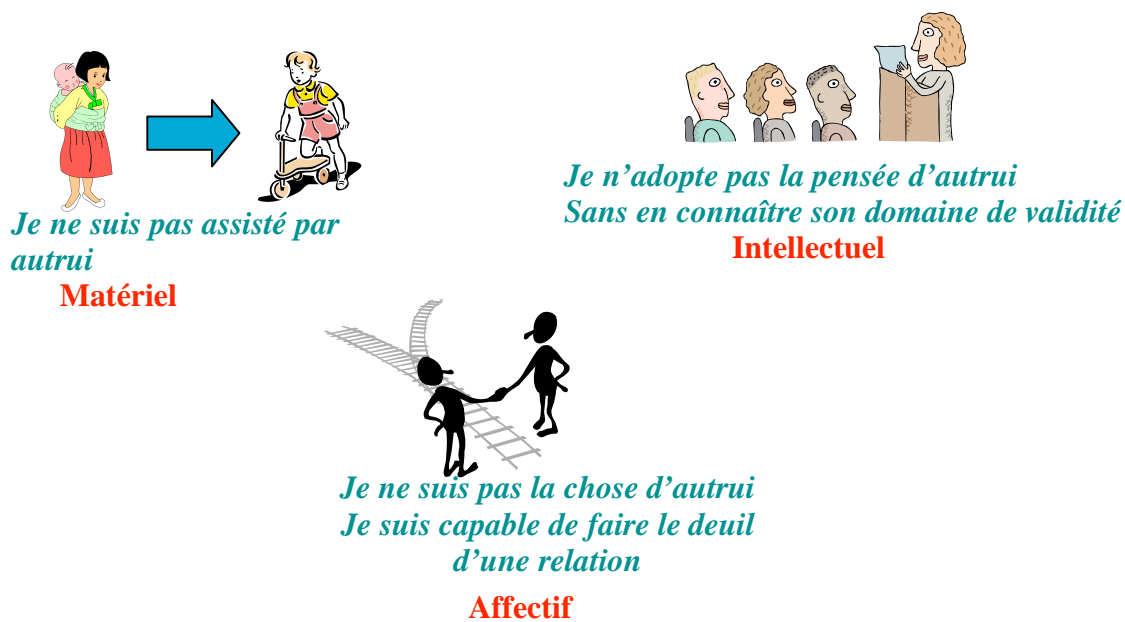


Fig. 1. La maturation psychologique selon Favre et Favre(1991)

Ce qui nous amène les deux questions suivantes :

Comment de manière idéale notre relation de dépendance et d'interdépendance permet-elle le développement de notre autonomie ?

Quels sont le ou les facteurs dans la dépendance susceptibles de ralentir ou bloquer ce développement ?

4. L'éducation

A la naissance l'être humain possède un certain nombre de comportements innés comme la nage, la locomotion à quatre pattes et debout, la succion... Quelques semaines plus tard certains programmes moteurs innés disparaissent ou sont inhibés, il reste essentiellement les programmes neurovégétatifs comme la digestion.

La perte des programmes moteurs de la locomotion va obliger l'être humain à apprendre à marcher ultérieurement.

Cette nécessité d'apprentissage va entraîner une possibilité de contrôle conscient de l'appareil locomoteur, à l'inverse de la digestion qui échappe en grande partie à notre contrôle conscient (Favre, 1991, p96-97).

Nous avons vu que le fait pour l'être humain d'être dépourvu à la naissance de comportements innés nécessaires à sa survie le rend dépendant de son environnement. Dans cette période son système nerveux est inachevé et sa conscience du monde qui l'entoure très limitée. Nous pouvons faire l'hypothèse que le développement de la conscience et la

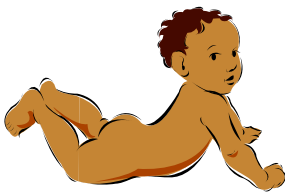
maturation psychique sont liés à l'apprentissage que le petit d'homme dépourvu de conduites innées doit faire pour acquérir son autonomie.

Pour acquérir le savoir faire, le savoir et le savoir être, le petit d'homme dépend d'éducateurs qui l'aident dans divers apprentissages (la marche, le langage, le raisonnement logique, l'acquisition des connaissances etc...). Mais il serait possible que ces différents éducateurs transmettent aussi certains conditionnements inconscients, sources de blocages futurs.

Si nous examinons maintenant l'être humain à l'âge adulte. Il pense, il parle et agit en fonction de la représentation qu'il a de lui-même.

FELDENKRAIS (1993)¹⁰ explique que cette image serait conditionnée à des degrés divers par trois facteurs:

- ❖ l'hérédité
- ❖ l'éducation
- ❖ l'auto-éducation.



L'hérédité

Stable
Image qui se construit
Au fur et à mesure que
le sujet utilise ses capacités
Fait que la personne est
unique



L'éducation

Varie d'un individu à un autre
Elle détermine notre insertion dans une
société
particulière.



L'auto-éducation

Peut être sous l'influence
de l'éducation
Force vive développant
l'individualité

Fig.2 Les éléments participants à la représentation de soi

L'hérédité serait la plus stable. Elle est composée de tous les caractères biologiques d'une personne déterminés par son patrimoine génétique. L'image se construit au fur et à mesure que le sujet utilise ses capacités.

¹⁰ Edition originale américaine : Awareness through movement © 1972, 1977 by Moshe Feldenkrais; published by arrangement with Harper, San Francisco, A Division of Harper Collins Publishers Inc.
 Traduction française © Edition Dangles- St Jean-de-Braye (France)-1993.

L'éducation varie d'un individu à l'autre. Elle détermine notre langage et établit un modèle de concepts et réactions qui sont communs à une société particulière.

Ces concepts et réactions ne sont pas caractéristiques de l'humanité en tant qu'espèce mais seulement de certains groupes ou individus.

L'auto-éducation est déterminée fortement par notre éducation. C'est l'élément le plus actif de notre développement. Il peut influencer notre réception de l'éducation sociale tout autant que la sélection de ce que nous devons apprendre et le rejet de ce que nous ne pouvons assimiler.

L'éducation et l'auto-éducation se font alternativement (FELDENKRAIS, 1993, p 13-14).

L'éducation nous introduit comme membre d'une société humaine déterminée. Cette société a une langue particulière qui nous fait nous exprimer de la même manière. Elle possède des règles, des valeurs qui nous amènent à un modèle de comportement afin d'éviter le comportement asocial. Nous pouvons observer par exemple que finalement la société nous dicte notre mode d'habillement (nous ressemblons ainsi aux autres), notre mode de penser, nos ambitions ...

L'effet rétroactif de l'éducation avec le développement de la communication de masse et les aspirations politiques à l'égalité contribuent à l'effacement croissant des différences entre les individus.

Pourtant l'hérédité fait de chacun de nous une personne unique dans sa structure physique, son apparence et ses actes.

L'auto-éducation représente la force vive intervenant dans l'établissement de l'individualité. Elle transpose la différence héréditaire dans l'action. Elle est toutefois la plupart du temps sous la dominance des valeurs, des croyances de l'éducation. En ce sens elle tend à aligner notre comportement sur celui des autres.

Dans ce contexte, nous avons le sentiment que la communauté est plus importante que les membres qui la composent.

Ainsi, l'apprentissage sur lequel reposerait le développement de la conscience aurait pour limites les règles et les croyances de la communauté d'appartenance.

Nous pouvons toutefois préférer nous tourner, prioritairement, vers l'être humain et développer l'idée que la société est plus que la somme des hommes qui la constitue. Elle est un champ qui nous permet d'exercer nos qualités personnelles, de développer et d'exprimer les inclinations particulières.

Il faudrait pour cela que chaque individu éprouvant le besoin de changer, de développer son autonomie, prenne conscience des programmes limitants de son éducation qui inhibent le libre

arbitre de son auto-éducation ; et que chaque personne ayant conscience de son rôle d'éducateur connaisse son propre fonctionnement afin d'éviter de transmettre des programmes limitatifs, dans l'accompagnement de l'autre.

La prise de conscience des limites de l'éducation propre à notre groupe d'appartenance nous permettrait d'ouvrir une porte. Il serait possible alors d'accéder à une conscience plus élargie du fonctionnement de notre mental. Nous pourrions nous libérer d'une personnalité fictive répondant souvent à un rôle que notre référentiel sociétal nous pousse à remplir.

La disparition progressive de cette personnalité devrait nous permettre de devenir progressivement un peu plus nous même.

Si nous nous centrons à nouveau sur la compétence à être un acteur professionnel auteur, nous pouvons avancer maintenant que cet acteur devrait développer son autonomie pour exprimer sa compétence à être dans la réalisation de tout acte professionnel. Le développement de son autonomie sous-entend une ouverture vers une vision holistique détachée des limites de pensées acquises et, une accession à la créativité (en ce sens il est ou devient auteur). Nous retrouverons cela par la suite dans la construction du référentiel de compétences.

Devenir autonome serait se libérer d'une personnalité fictive construite à partir d'un référentiel sociétal, parental, éducatif...

Pour cela il serait nécessaire de prendre conscience du fonctionnement de notre mental. L'étude qui va suivre est destinée à présenter une approche cognitive du traitement mental des informations reçues. Cette approche permet de comprendre en partie le fonctionnement mental et peut nous permettre d'envisager un dispositif de professionnalisation respectant le développement de l'autonomie du futur professionnel et son devenir en tant qu'auteur de ses actes.

II LA MODELISATION PROPOSEE PAR C. ET D. FAVRE

Catherine et Daniel Favre propose un modèle d'analyse du fonctionnement de notre système de traitement d'informations et à partir de ce modèle des outils nous permettant de prendre conscience de ce fonctionnement :

Il existerait dans notre système de perception des informations, un système de censure qui nous empêcherait d'accepter une information peu conforme à nos références personnelles et qui mettrait en danger les certitudes sur lesquelles nous construisons notre vie.

L'histoire nous montre que ces résistances personnelles ou collectives nous feraient perdre un temps précieux en bloquant la dynamique du changement. L'abandon de certitudes peut prendre plusieurs années mais aussi plusieurs générations. Cette résistance bloquerait l'évolution de la pensée.

Ainsi, *»Pour faire admettre les travaux les plus provocants de Copernic, repris par Galilée (c'est à dire que la terre tourne autour du soleil et donc que l'homme n'est pas le centre de l'univers) il a fallu plus de 300 ans... »*(C. Simon, J.P. Polinière 1992, p38).

Ce qui se produit à grande échelle au niveau communautaire se réaliserait tous les jours souvent à notre insu au niveau personnel. Nous absorberions inconsidérément les informations familières à notre système et nous repousserions inconsciemment les informations étrangères à notre système.

A partir d'une étude transdisciplinaire de l'évolution humaine, Favre et Favre (1991) ont élaboré des concepts originaux offrant une autre façon de lire la réalité et de devenir chacun l'artisan conscient de nos « séparations-individuations ».

1. Le système de traitement de l'information chez l'être humain.

La représentation globale du système d'information de l'être humain Favre (1991, p17-22) ne comprend pas les systèmes nerveux primaires (moelle épinière, tronc cérébral et diencéphale) parce que ceux-ci sont programmés génétiquement et ne diffèrent pas de ceux du monde animal.

Appelé « appareil cérébropsychique », ce système plus élaboré peut être décomposé en trois systèmes qui permettent de programmer, déprogrammer, reprogrammer sans arrêt pendant toute notre existence. Ces trois systèmes traitent les informations que nous recevons de notre environnement via le plus souvent les centres nerveux primaires. Ces trois systèmes sont différenciés par leur localisation et leur fonction.

❖ Le néo-cortex droit (ou cerveau droit) :

cette structure traite les informations de façon globale, elle peut en saisir les significations.

❖ Le néo-cortex gauche :

C'est la structure qui analyse, permet les déductions logiques, elle est aussi préférentiellement le centre du langage.

Ces deux structures sont complémentaires et ont la capacité de fonctionner ensemble.

Des expériences ont montré que les lobes frontaux, qui appartiennent aux deux néo-cortex, présente une fonction particulière qui serait la possibilité, dans un raisonnement, d'abandonner l'idée précédente pour en acquérir une nouvelle (Favre, 1993). Ceci serait lié à un changement de perception. C'est à la suite d'observation de personnes lésées en ce qui concerne les lobes frontaux qu'est dégagée l'hypothèse « *qu'ils interviennent fonctionnellement pour nous permettre de nous détacher du temps passé et de ses modes de fonctionnement.* »(Favre,1992).

Cette structure serait à l'origine de la capacité de changement de représentation. Cependant la question suivante se pose :

Comment se fait-il qu'une personne n'ayant pas d'atteinte particulière des lobes frontaux, ait tant de difficultés à se séparer d'une idée, d'une habitude, d'un comportement, d'une certitude... ?

Favre (1991 p 22) répond en expliquant le rôle important du troisième système de traitement de l'information :

❖ le cerveau affectif et émotionnel.

Il est composé des structures limbiques, hypothalamiques, et mésencéphalique. C'est un véritable régulateur de l'ensemble, il peut inhiber ou favoriser les lobes frontaux, dans le sens de « ne pas faire de vague », d'éviter la déstabilisation. Il traite les informations et les situations en fonction de l'émotion qu'elles suscitent chez l'individu (ressentie consciemment ou non).

Cet aperçu rapide du système du traitement de l'information, permet de présenter les outils conceptuels élaborés par Favre (1991) afin de favoriser le fonctionnement de notre psychisme en vu d'un gain d'autonomie.

2. Les outils conceptuels

Ces outils conceptuels, utilisés comme fondement de la démarche scientifique, solliciteraient plus particulièrement les lobes frontaux et stimuleraient ainsi la dynamique d'apprentissage : leur utilisation permettrait de sortir de la répétition pour nous tourner vers le changement nécessaire à l'évolution personnelle.

2.1 les règles de pensée

Ces règles favorisent une autonomie intellectuelle en permettant de s'affranchir des opinions d'autrui, elles permettent un traitement de l'information en diminuant le pouvoir du cerveau affectif et émotionnel et libèrent ainsi les capacités des néo-cortex, en particulier de la zone frontale.

❖ Préférer les hypothèses aux affirmations

Le but est de permettre une séparation, d'installer une distance entre une information donnée et l'affectivité et l'émotion. Par exemple :

La phrase : « *ce patient n'a pas fait son deuil, il pense toujours qu'il va remarcher* », devient, « *il pense qu'il va remarcher (information), cela signifierait-il qu'il ne peut assumer le deuil de la perte de la marche ?* »(hypothèse).

Formulée ainsi, l'affirmation de départ s'est transformée en une réflexion qui laisse une ouverture sur plusieurs possibilités, en particulier sur une évolution possible dans le temps.

Exprimé sous forme d'hypothèse, une information est mieux repérable par la pensée, elle est ainsi plus facilement traitable. Ceci nous entraîne à formuler nos idées, nos croyances, comme des hypothèses, il y a en ce sens une possibilité d'évolution.

❖ Remplacer une formulation projective par une phrase réflexive

Cette attitude facilite la communication, la connaissance de soi et des autres.

Par exemple, « *il n'est pas capable de comprendre ce que je lui dis* », devient, « *je n'arrive pas lui expliquer ce que je veux lui dire* ».

Cette formulation reflète la réalité d'une situation de façon moins déformée, laisse une ouverture aux différentes solutions possibles.

Dans le cas où l'on s'adresse directement à la personne, cela évite de l'enfermer dans une de nos projections d'une réalité perçue au travers de notre cerveau affectif émotionnel.

Par exemple : « *Si tu continues, tu vas tomber* ».

Qui n'a jamais entendu dire ou dit cette phrase à un enfant ?

L'enfant reçoit cette injonction comme une vérité intransformable, il n'a aucun choix dans le traitement de cette information.

Sous forme réflexive cette phrase devient : « *J'ai peur que tu tombes, si tu continues à...* ».

L'enfant peut traiter cette information sous plusieurs formes et agir suivant son choix. Quel que soit son choix et le résultat de celui-ci, il pourra faire un lien avec la phrase réflexive et en tirer un enseignement.

❖ Substituer la critique à la fabrication de systématiques

Les systématiques enferment et limitent la pensée. Par exemple :

« *Les patients ne sont pas capables de participer aux choix thérapeutiques qui les concernent* ».

Cette généralisation abusive élimine tous les faits limitant son application. La critique ou la recherche d'un contre-exemple permet de définir un champ de validité et de garder une ouverture d'esprit aux informations nouvelles. La phrase peut donc être remplacée, par :

« *Dans certaines situations, certains patients ne sont pas capables de participer aux choix thérapeutiques qui les concernent* » .

Une telle transformation permet de percevoir chaque personne comme un cas particulier ; et la décision au niveau de l'attitude à observer en tant que thérapeute n'est plus générale et limitative mais plus adaptée aux informations que chaque patient nous renvoie.

2.2 L'indicateur émotionnel

Notre état émotionnel fluctue régulièrement en fonction des situations, de notre histoire, de nos sentiments, de notre environnement... Nous avons vu que notre état émotionnel interviendrait dans le traitement des informations que nous recevons, celles-ci analysées et replacées dans leur contexte seraient aussi *qualifiées dans un registre émotionnel et affectif* (Favre 1991, p 22,23).

La fluctuation de nos émotions peut être perçue par cet indicateur émotionnel :

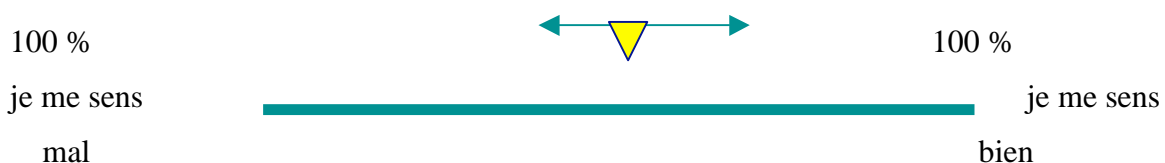


Fig. 3 L'indicateur émotionnel

L'indicateur émotionnel est un outil mental que nous pouvons utiliser en toutes circonstances, il nous renseigne sur notre état intérieur et sa variation dans un sens ou un autre en fonction des événements.

Si l'évaluation mentale de notre état émotionnel nous fait percevoir le curseur dans les zones extrêmes de l'indicateur, nous sommes prévenus des risques accrus de projection que nous courons et de l'éloignement important de la réalité .

De plus la prise de conscience des perturbations de notre état émotionnel peut nous permettre de percevoir rapidement les situations qui nous conviennent et celles où nous nous trouvons en fausse acceptation.

Au fur et à mesure que notre cerveau traite les informations qu'il reçoit, il constitue une représentation globale personnelle et modifiable du monde et de nous-même : c'est notre référentiel individuel¹¹

2.3 Le référentiel individuel

Le référentiel individuel se construirait tout le long de notre vie au fur et à mesure de nos expériences et des émotions qu'elles véhiculent.

Suivant la façon dont il se serait constitué et la nature de ses éléments, ce référentiel serait plus ou moins capable d'accepter une idée complètement étrangère à la représentation globale qu'il a élaboré.

En d'autres termes, si l'intégration d'une information étrangère présuppose l'abandon d'une valeur ou certitude personnelle, elle serait source d'un conflit interne qui pourrait être déstabilisant. Afin d'éviter cette insécurité, la stratégie inconsciente de protection serait de fermer le référentiel ou de le morceler.

L'exemple de Copernic et Galilé démontre bien la difficulté d'adhérer à une découverte non conforme à la pensée contemporaine. A l'échelle individuelle, il peut se produire le même phénomène :

Comment chacun d'entre nous réagit-il devant une idée mettant en question des certitudes sur lesquelles nous nous appuyons pour agir dans notre quotidien ?

Les attitudes sont sûrement variées d'un individu à l'autre, Favre (1991, p23- 30) propose quatre types de référentiels en relation aux types d'attitudes. Ces référentiels sont placés suivants deux axes :

- Axe fermé/ouvert
- Axe morcelé/unifié

Ce qui donne 4 types de référentiels (fig. 4).

Le référentiel n°1 est à la fois rigide et incohérent

Le référentiel n°2 est homogène mais immuable et autoconservateur

Le référentiel n°3 est très sélectif et spécialisé, ou peu sélectif et hétéroclite

Le référentiel n°4 est ouvert et unifié

¹¹ C. Et D. Favre appellent référentiel individuel l'ensemble des représentations que nous possédons sur nous-même et sur le monde.

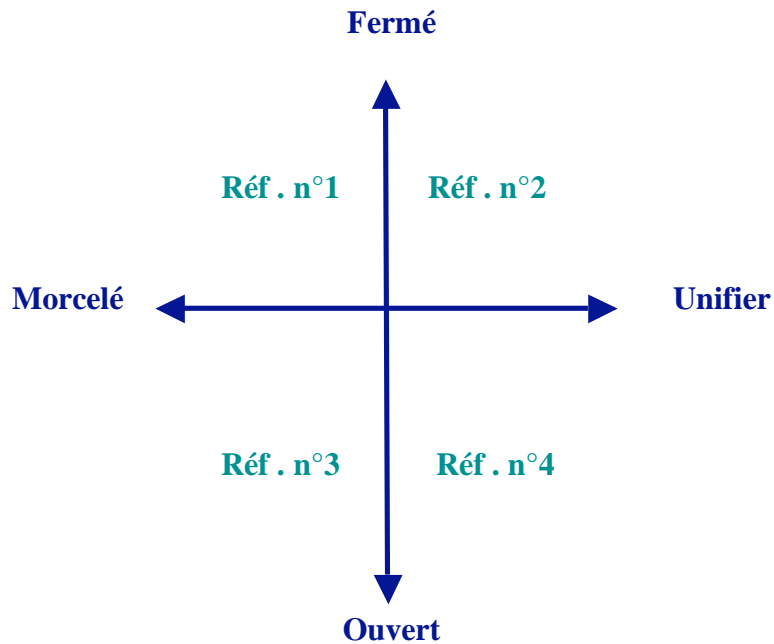


Fig. n°4 Les quatre qualités de Référentiels Individuels (Favre, 1991 p 25)

Liant ce qui précède aux connaissances psychologiques, les réactions face à une déstabilisation (ici appelé déstabilisation cognitive) pourraient être rapprochées du travail de deuil¹².

Le deuil est une façon d'assumer la perte (d'une personne, d'un objet, d'une certitude, d'une fonction, d'une situation...). La déstabilisation serait le résultat d'un conflit interne entre le référentiel individuel constitué et la nouvelle donnée modifiant l'équilibre de ce référentiel. L'intégration de cette nouvelle donnée va demander d'opérer une séparation et d'accepter la perte dans le référentiel de ce qui n'est pas conforme à elle.

¹² Le travail de deuil est un processus psychologique lent et douloureux dont le but final est de surmonter la perte. Il est normal, physiologique.

La capacité qu'a un individu à faire ce travail de deuil est liée à sa constitution psychologique. Ce travail compte cinq stades (stades du deuil de E. Kubler-Ross, 1975):

- Le déni: le refus de la perte.
- L'expression des sentiments liés à la perte (colère, agressivité, ...).
- La dépression: c'est la reconnaissance de la perte, peut être le début de l'acceptation.
- Le marchandage: permet de reprendre espoir.
- La possibilité d'un nouvel investissement:

La démarche scientifique pourrait nous éclairer sur la façon de construire notre référentiel afin qu'il soit capable de gérer de nouvelles informations :

❖ L'ouverture du référentiel

Son ouverture serait liée à la gestion des informations. Si une information est traitée comme une hypothèse, elle supportera la définition de son domaine de validité par la découverte progressive de contre-exemples et pourrait être infirmé par la suite. Elle aura été une étape nécessaire à l'évolution de la pensée.

Le référentiel deviendrait ainsi une représentation provisoire susceptible d'évolution.

❖ L'unification du référentiel

L'unification d'un référentiel serait liée à une cohérence interne entre les éléments qui le composent. C'est un peu comme l'image d'un mot croisé, l'ensemble des mots vérifie la justesse de chacun d'eux (Favre, 1991). Tant que tous les liens entre les mots ne sont pas construits il reste un doute sur la validité de chacun d'entre eux.

L'utilisation des règles de pensée permettraient de définir le domaine de validité de chaque élément et peu à peu apparaîtrait une image globalisante "*avec sa logique propre fondée sur sa cohérence : telle information colle avec le reste ou pas.*" (Favre, 1991,p25).

2.4 Les différentiels

Un référentiel unifié serait une protection personnelle contre l'acquisition de certitudes bloquant la pensée.

Sa constitution faciliterait la prise de conscience de notre propre façon de fonctionner. Nous découvririons ainsi les éléments internes à notre pensée qui nous empêcheraient d'évoluer et qui nous conditionneraient en vue d'éviter les changements, facteurs d'autonomie.

Favre (1991) a créé un outil d'auto-évaluation de la pensée qui permettrait à chacun de repérer consciemment où il se situe, à un instant donné, entre deux extrêmes opposés. Exemple :

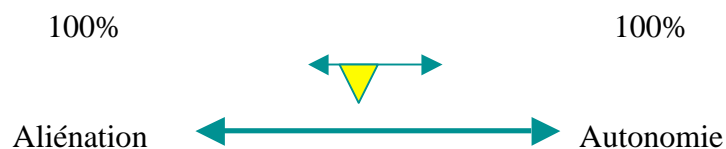


Fig.5

Exemple de différentiel.

Cet outil positionne deux pôles opposés sur un axe au dessus duquel se déplace un curseur mobile. Cet outil est appelé un différentiel (Fig.6).

A l'instant d'utilisation, la place que nous donnons au curseur, nous indique notre position ou situation par rapport aux extrêmes.

Le rôle du différentiel est de forcer la prise de conscience.

"On comprend donc qu'un différentiel, utilisé dans son domaine d'adéquation, représente un outil heuristique extrêmement puissant et que notre compréhension de l'univers et de nous-mêmes, notre capacité d'agir efficacement dépendent de la qualité et de l'adéquation des différentiels que nous utilisons pour appréhender ces réalités, c'est à dire pour nous les représenter de manière abstraite dans notre univers intérieur."(Favre 1991, p31).

Favre appuie ainsi le rôle que pourraient remplir les différentiels dans notre compréhension du monde et de nous-même.

Ainsi, les trois règles énoncées au début peuvent être exprimées sous forme de différentiel (fig.6). Cela devrait en faciliter leur utilisation :

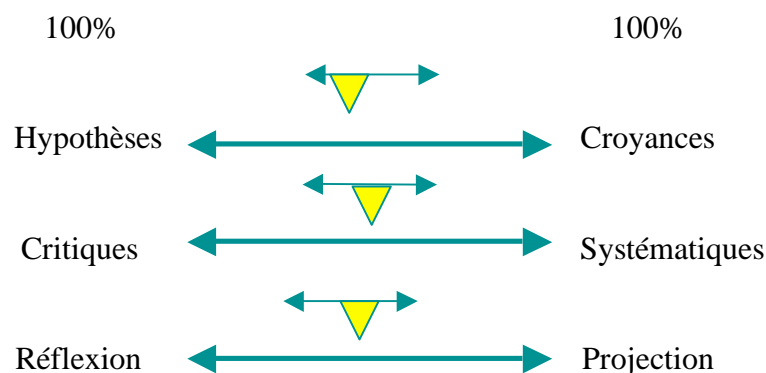


Fig. 6

Différentiels appliqués aux trois règles de pensée.

L'appropriation de ces trois différentiels permet d'auto-évaluer la pensée et de choisir en connaissance de cause vers quel pôle nous décidons de nous diriger. C'est le premier pas vers la non-dépendance intellectuelle, qui peut être elle-même évaluée sous forme de différentiel :

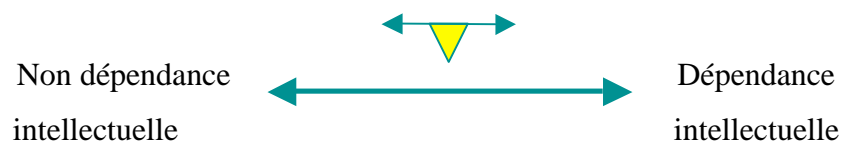


Fig. 7

Différentiel de dépendance / non-dépendance appliqué au domaine intellectuel.

3. De la non dépendance intellectuelle à la non dépendance affective

D'après Maslow (1983), la sécurité serait un des besoins fondamentaux de l'être humain.

Classiquement, le sentiment de sécurité serait associé à l'idée de permanence. Au niveau de la pensée, la nécessité de permanence nous mènerait à craindre un changement et la déstabilisation qu'il pourrait procurer. Nous deviendrions prisonniers de nos premiers apprentissages et bloquerions notre démarche intellectuelle.

Le risque de déstabilisation deviendrait d'autant plus présent qu'il serait renforcé par notre situation de dépendance intellectuelle.

Le désir d'acquisition de la non-dépendance intellectuelle serait soumis à des "*freins affectifs*" qui bloquerait le passage d'un mode de fonctionnement de sécurité "illusoire" à un autre où la sécurité se trouverait dans l'acceptation d'évolution de la pensée :

"la sécurité [...] réside dans la capacité à accueillir et à traiter toute nouvelle information, pour obtenir une image encore plus précise que la précédente."(Favre 1991, p143).

Quel est l'origine de ce sentiment de sécurité dans la permanence ?

Pourquoi notre démarche intellectuelle est lié à la crainte d'une déstabilisation ?

En d'autres termes, quelle serait l'origine de notre dépendance affective ?

3.1 La place de la maturation psychique

Nous avons vu que la non dépendance affective devrait s'acquérir idéalement au fur et à mesure de la maturation psychique, nous avons vu aussi que nos éducateurs pouvaient nous transmettre des programmes limitatifs au cours de cette période.

L'exemple suivant va servir d'illustration :

"A la maison nous sommes six frères et soeurs. Très vite, le second a dénoncé l'éducation très autoritaire qui nous étaient imposée et qui ne visait que les intérêts de notre père. Il nous a permis à tous de considérer comme de l'extérieur notre éducation et de quitter cette maison pour mener notre vie à notre façon. Lui-même, le premier, a trouvé le travail qu'il souhaitait faire, un logement en dehors de la maison familiale. Il avait alors vingt-deux ans. A cette époque, il avait de nombreux amis; il fréquentait une fille et envisageait de mener avec elle une vie commune; il se documentait sur l'actualité et aimait en discuter avec d'autres. Il avait la passion de la pêche. Il était très compétent en pisciculture et aimait beaucoup la musique classique."

Ma mère, de son côté, était très ennuyée des conflits qui survenaient entre son mari et ses enfants. Un jour, à la suite d'une dispute entre lui et ce frère, elle est venue pleurer auprès de moi et m'a dit : "Mon seul but dans la vie, c'est d'avoir mes enfants auprès de moi jusqu'à ma mort".[...]

Or, je constate qu'après cinq ans d'autonomie, ce frère qui nous avait poussés à partir et à faire notre propre vie est revenu à la maison familiale. Très vite il a quitté son travail. Il a rompu avec ses amis. Il a de moins en moins pêché et a abandonné ses alevins.[...]

Depuis huit ans, il vit ainsi chez mes parents, n'ayant de relation qu'avec ma mère : relation de type mère/fils ou même pour être plus exact mère/gamin. Il n'a plus aucun projet. Sa vie est faite de discussion sur le ménage, la cuisine, la télé, le jardin. Et cela uniquement avec ma mère [...].(exemple tirée de Communication ou manipulation écrit par Siric 1982 , p 150).

Comment se fait-il que le projet de la mère se réalise chez un fils qui apparemment avait des capacités à devenir autonome ? Comment se fait-il que tout ce qui irait à l'encontre du projet maternel est neutralisé ?

L'expérience que raconte Favre (1991) pourrait apporter une explication à ce comportement:

"Voici un curieux et troublant récit d'idéation induite. L'action se passe au U.S.A., il y a quelques dizaines d'années. Un fumeur, que nous appellerons Hubert, est consentant pour se prêter à une expérience d'hypnose. L'hypnotiseur lui donne trois directives successives :

- 1. S'arrêter de fumer dès le lendemain.*
- 2. Faire un détour pour rejoindre son lieu de travail et passer par la rue X.*
- 3. Ne pas se rappeler d'avoir été hypnotisé.*

Rien de très original dans ces ordres ; ce qui est plus remarquable, c'est la façon dont Hubert va s'en accommoder.

*Le lendemain celui-ci se réveille et se dit : " Tiens, aujourd'hui j'ai une idée, je vais m'arrêter de fumer". On notera qu'il ne reconnaît pas le caractère étranger de l'information, et **pense qu'elle lui appartient**. Il continue à se parler lui-même, il pense qu'il risque d'être frustré comme l'on été ses collègues qui avaient tenté de faire la même chose; aussi décide-t-il d'aller s'acheter un nougat pour parer à cette frustration éventuelle. Il connaît justement une boulangerie qui en vend et cela ne fera pas un long détour pour aller au travail car elle se trouve dans... la rue X."(Favre, 1991,p 61).*

Hubert prend deux décisions en pensant qu'elles proviennent de lui, il les inscrit dans une logique rationnelle. A aucun moment il n'a conscience que ses pensées ont été induites par un tiers, pour lui ce sont les siennes. Le comportement qui s'en suivra, sera effectué par Hubert sans qu'il réalise que ce n'est pas lui qui est maître de sa conduite.

Si je rapproche cette expérience du récit précédent, j'y retrouve des similitudes. Tout à l'air de se passer comme si la mère, pendant la période d'éducation de son enfant, avait transmis des programmes de conduites induites, propre à son désir. Plus tard, à l'âge adulte, malgré ses aspirations à une vie autonome, son enfant ne pourrait résister à "l'expression de ces programmes étrangers" et son comportement répondrait aux injonctions hypnotiques exprimées par sa mère pendant l'enfance.

Cet exemple ne serait pas si éloigné de notre réalité quotidienne, nous pouvons repérer chez nous et chez les autres des conduites répétitives qui nous font reproduire des situations, de façon épisodique, comme si elles répondaient à un besoin, un manque, un plaisir.

Il y aurait à l'origine un phénomène de dépendance lié à une sensation de manque que nous chercherions à combler. Cette dépendance proviendrait de programmes étrangers installés pendant la période de maturation psychique (période où l'enfant est vulnérable sur le plan psychique).

Favre (1991) propose l'explication suivante :

Au début de notre vie, nous dépendons des autres pour savoir ce que nous sommes. Notre constitution neuro biologique n'est pas complète. Les circuits neuroniques des néocortex sont très immatures à la naissance. *"Contrairement à ceux-ci, les circuits de renforcement appartenant à une partie plus ancienne, le cerveau affectif et émotionnel, sont déjà fonctionnels avant la naissance."*(Favre, 1991, p63).

A la naissance la maturité du cerveau affectif et émotionnel ferait de nous des êtres particulièrement influençables au début de la vie. Les circuits de renforcement, présents dans ce système de gestion de l'information, seraient responsables des comportements répétitifs. Ils amèneraient l'individu à reproduire le comportement au cours duquel ils auraient été stimulés, ce qui les stimulerait à nouveau et entraînerait la même attitude par la suite.

C'est cette période de fragilité (l'enfance) qui permettrait la mise en place de programmes étrangers. Ceux-ci sont d'origines diverses : plaisirs, frustration, injonctions hypnotiques

(verbales et non verbales) mais ont comme objectif commun, non conscient, de conserver une relation privilégiée avec l'enfant en prolongeant sa dépendance.

Voici schématiquement l'organisation interne d'un programme étranger (voir fig. 8) dans le contexte culturel dont il ne peut être dissocié :

PEP représente le programme étranger principal dont l'origine est la plus ancienne, il est difficile à détecter; PEA sont les programmes étrangers auxiliaires, ils sont en relation avec PEP qu'ils recouvrent en couches successives. Les interrelations entre eux renforcent le pouvoir de l'ensemble.

Pour plus de compréhension Favre (1991) propose une simulation théorique de l'installation d'un programme étranger, ou JE pourrait être n'importe lequel d'entre nous :

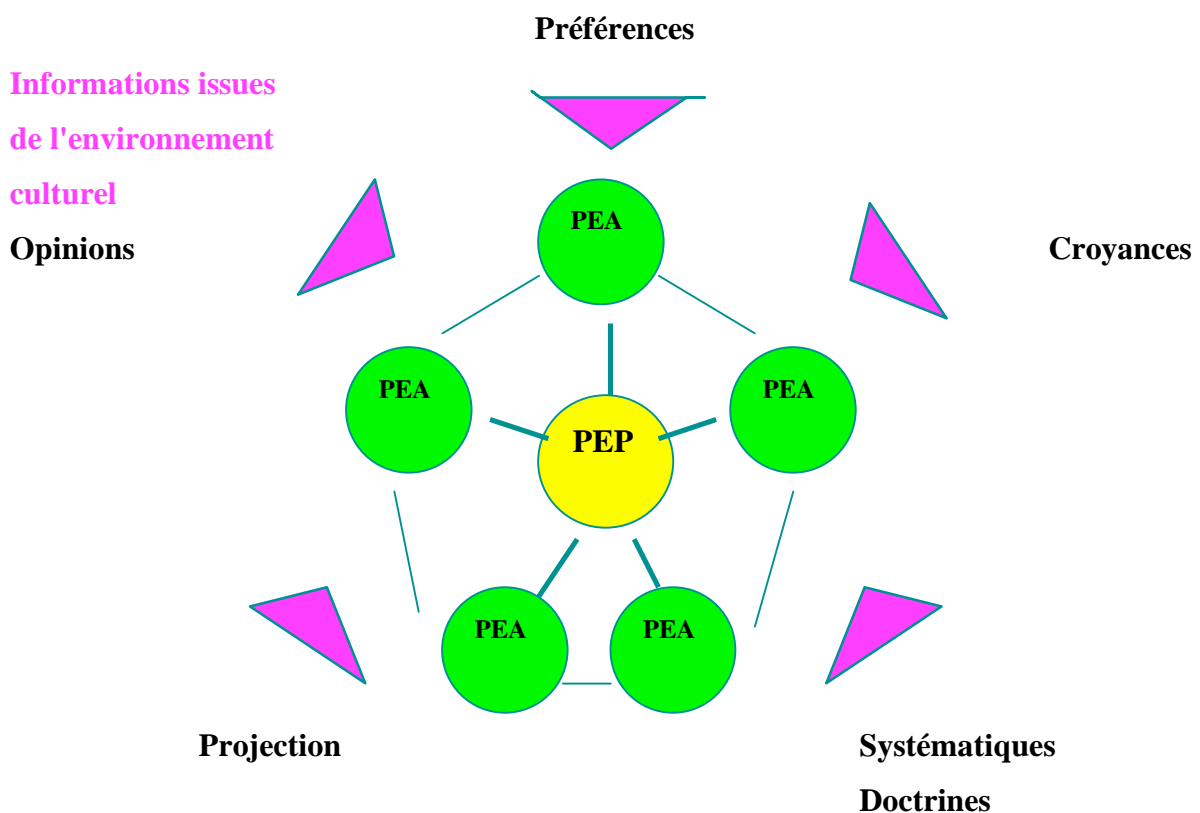


Fig. 8 Schéma de l'organisation interne d'un programme étranger.

(Favre, 1991)

" 1. Une injonction disqualifiante prononcée dans le cadre d'une relation affective nécessaire et à une époque où la conscience critique et analytique est peu développée. Exemple : "tu n'es vraiment qu'un lâche!" associé à un ton et à une mimique exprimant le dégoût.

2. *Intériorisé comme représentation de soi, le message devient : "JE suis un lâche" même si je n'ai pas conscience de me le dire à moi-même.*

3. *J'accepte l'intégration de ce programme étranger dans mon espace intérieur parce que d'autres programmes étrangers auxiliaires peuvent être par exemple : " Je suis faible, je ne me sens pas bien avec les autres, je suis ridicule en public". Cette intégration diminue mon estime de soi. Mais je gagne en échange une certaine irresponsabilité, ce qui me permet de renoncer aux actions qui me font peur. Cet ensemble causal renforce à son tour et interactivement un programme étranger principal éventuel : " J'ai du plaisir dans les situations où je suis enfant".*

4. *Mes actes reflètent l'installation du programme étranger. J'évite les situations qui me font peur, ce qui renforce mes peurs. Quand je suis confronté à de telles situations, je me sens paralysé ce qui renforce ma conviction que JE suis vraiment un lâche.*

5. *Je cherche des excuses en me "déresponsabilisant" : "Je n'ai pas de chance !" Dans les exemples de personnes que j'ai autour de moi, je repère d'autres personnes qui me ressemblent, je constate que les humains sont souvent lâches, peut-être même que la lâcheté est inhérente à la nature humaine, la mienne me devient ainsi plus tolérable.*

6. *La situation me convient, ce qui revient à dire que j'accepte plus ou moins consciemment le fait d'être "parasité" et d'être limité, car j'en retire des bénéfices secondaires[...]"(p170 ,171)*

L'installation de ces programmes étrangers pourrait diminuer si l'environnement éducatif de l'enfant utilisait les trois règles méthodologiques citées au début du chapitre. Si nous vérifions régulièrement notre réflexivité, nous pourrions prendre conscience de nos programmes étrangers et ainsi les affaiblir.

Le passage à l'âge adulte : la crise de l'adolescence et le changement de système de motivation.

Favre (1991;1993), suggère qu'il existe deux systèmes de motivation, le premier serait relié à une qualité de plaisir lié à une situation de dépendance et le second à une qualité de plaisir qui tendrait à la réalisation de soi, où l'individu gagnerait en autonomie (Fig. 9).

Ces deux systèmes de motivations seraient tous les deux indispensables au développement de l'être humain. Ils seraient amenés à se relayer progressivement au cours de la vie, le second devenant majoritaire à l'âge adulte :

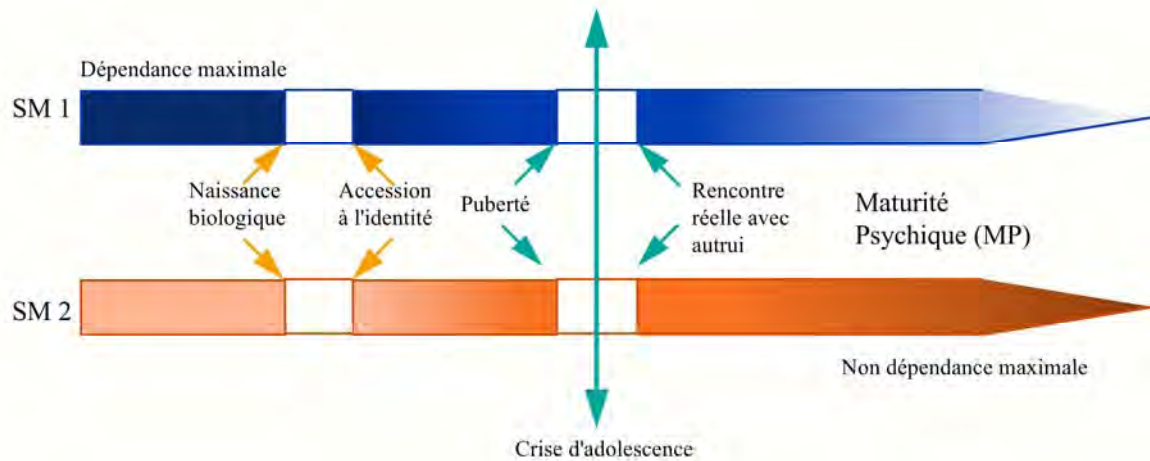


Fig. 9 Fonctionnement idéal des deux systèmes de motivation (Favre, 1991)

SM1 : Plaisirs dans la satisfaction des besoins fondamentaux

Satisfaction immédiate dans la dépendance et dans la fusion émotionnelle

Le manque préalable est nécessaire et le plaisir se trouve dans le soulagement de la tension. (Favre, 1993)

SM2 : Plaisir à se construire en individu autonome, à s'individuer, à évoluer, à découvrir ses capacités et accepter ses erreurs.

Plaisirs à réaliser des projets, surmonter des épreuves, plaisir assujéti à une possibilité de choix. (Favre, 1993).

La crise d'adolescence, dans le cas d'un développement idéal, serait le point d'équilibre entre les deux systèmes de motivation, la résolution de cette crise "*nécessite un choix conscient par l'individu d'une vie autonome et permet l'engagement dans une rencontre non fantasmée avec l'homme ou la femme aimé(e).*"(Favre, 1991, p227).

Dans la relation amoureuse, la personne aimée serait aimée pour elle-même et non pas pour ce qu'elle devrait être. Sa propre identité, sa propre autonomie serait respectée et la rencontre avec l'autre serait réelle.

Ce fonctionnement idéal est loin d'être fréquent, les programmes étrangers (P.E) installés pendant l'enfance parasiteraient ce système et empêcheraient le développement de SM2 (Fig.10).

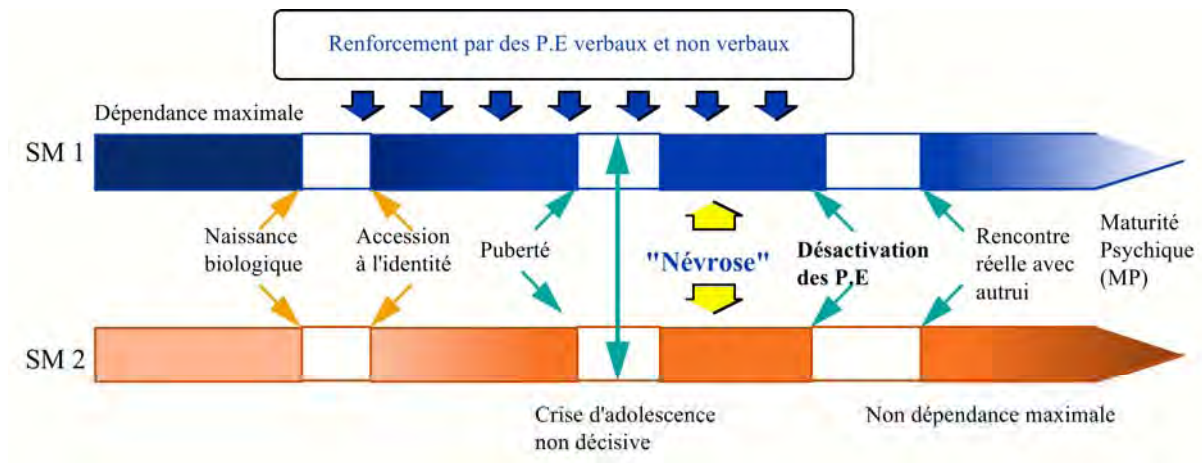


Fig.10 Fonctionnement parasité du système de motivation
Cas général (Favre, 1991).

Les programmes étrangers (P.E), agiraient comme des "freins affectifs" bloquant le passage progressif de SM1 à SM2. Ces freins affectifs (qui seraient sous la dépendance du cerveau affectif et émotionnel) maintiendraient un état de dépendance matérielle, intellectuelle et affective supérieure au fonctionnement dit "idéal". Seul la désactivation de ces programmes étrangers libérerait le processus de séparation-d'individuation afin d'obtenir la maturation psychique source d'autonomie.

3.2 Les Séparations individuation comme facteurs d'autonomie.

Il existerait deux grandes étapes de séparation individuation, la naissance et la crise d'adolescence. Ces séparations-individuation demanderaient à chacun de faire le deuil d'un fonctionnement antérieur pour évoluer vers un fonctionnement plus individuant. Ces étapes de séparation seraient nécessaires au changement et aux procédures de gain d'autonomie.

L'acteur principal et unique serait l'individu. Lui seul pourrait choisir de s'individuer. La fonction de l'environnement humain ne serait pas de se substituer à la personne dans ses choix mais plutôt de l'accompagner dans chaque étape d'apprentissage.

Cependant, la vie ne se limiterait pas à ces deux grandes étapes d'individuation et la réalisation de soi serait un processus continu de séparation individuation au fur et à mesure des événements de la vie.

L'évolution de notre autonomie personnelle ne pourrait se réaliser que dans la rencontre avec l'environnement (humain et non humain). Ce serait en ayant une attitude réflexive dans la relation à l'autre que nous pourrions repérer nos programmes étrangers.

Le gain d'autonomie serait une relation réciproque; autant serions-nous capables d'induire des programmes étrangers chez les autres autant nous pourrions dans une relation les laisser s'individuer. La relation facilitant l'autonomie tiendrait plus du fait de ne pas faire "de mal" plutôt que faire "du bien" (Malherbe, 1990).

Le lien entre l'autonomie d'autrui et la nôtre me paraît bien illustrée par cette phrase de Malherbe qui en fait un impératif d'éthique médical fondamental :

"Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui et la tienne se développera par surcroît." Malherbe (1990, p59)

III. LE PHENOMENE DE LA RENCONTRE

Tout ce travail d'étude sur le concept d'autonomie pointe l'importance de la qualité de la relation qui se crée dans l'accompagnement d'une personne adulte ou enfant. Cette relation peut éloigner la personne de ce qu'elle est ou au contraire favoriser le développement de son « être »

A partir de là, quel qu'en soit le domaine (la santé, l'éducation, le management, le social ou la formation professionnalisante), il nous appartient d'être vigilants. Nous n'avons sûrement pas la responsabilité ni le pouvoir de développer l'autonomie chez l'autre mais nous avons la responsabilité de ne pas la bloquer. Notre fonction serait de faciliter chez l'autre son « auto-éducation »

1. Le facilitateur

Cette partie veut faire le lien entre la démarche humaniste et son application possible dans tout type de relation d'accompagnement. Avant d'aborder le thème plus à fond, il m'apparaît important de préciser que je n'ai personnellement que peu d'expérience professionnelle d'accompagnement d'une personne présentant une perte ou une diminution de l'autonomie consécutive à une déficience corticale. Le domaine de validité que je propose est donc limité aux personnes ne présentant pas d'atteinte organique au niveau des trois systèmes de traitement de l'information vus au début du chapitre.

Le courant humaniste représenté par Maslow, Rogers, Gordon... a créé de nombreux outils applicables dans bien des domaines. Que nous soyons parents, éducateurs, cadres en entreprise, professeurs, formateurs, psychothérapeutes, médicaux, para-médicaux... nous pouvons adapter ces outils à notre pratique.

2. Les caractéristiques de l'approche humaniste

Nous retrouvons ici la vision holistique de la personne : Rogers (1966) s'oppose aux behavioristes car il préfère considérer la personne comme un tout plutôt que s'en tenir à ses comportements directement observables.

Pour Rogers (1966), il existe des aspects humains capitaux comme les besoins, les valeurs, les sentiments, les aspirations... La personne constitue un tout original dont chaque composante interagit avec les autres et ne prend sa véritable signification que dans ce contexte.

Tout individu dans sa vie rencontre souvent des situations d'apprentissages il doit fréquemment assumer une perte plus ou moins importante et investir d'une manière différente dans l'avenir.

Rogers (1966) explique que lui seul a les moyens de s'en sortir. Notre rôle ne consisterait pas à apporter des solutions aux problèmes posés mais plutôt à accompagner la personne à trouver ses propres réponses. Si la stimulation ou l'impulsion vient de l'extérieur, la motivation de découvrir, d'atteindre un objectif, de comprendre devrait venir de l'intérieur.

Tout son travail s'appuie sur le principe fondamental que toute personne a une orientation positive :

" Mon expérience, m'a montré que, fondamentalement, tous les hommes ont une orientation positive.[...]J' ai acquis la conviction que mieux un individu est compris et accepté, plus il a tendance à abandonner les fausses défenses dont il a usé pour affronter la vie, et s'engager dans une voie progressive." (Rogers, 1966, p 24).

Rogers sait très bien, qu'un individu peut se comporter de façon très négative, mais il a découvert dans ses expériences professionnelles de thérapies, que ce comportement n'est pas lié à l'organisation interne de l'individu. Ainsi, si la personne se libère de ses défenses (auraient-elles un lien avec les freins affectifs décrits plus hauts ?) elle peut découvrir des tendances très positivement orientées.

La relation d'aide ou d'accompagnement, pour lui, n'est pas faite de conseil ou d'interprétation, elle consiste plus en une compréhension de la différence de l'autre et une acceptation de cette différence afin de permettre à l'autre de progresser par lui-même.

Pour Rogers (1966) dans la relation d'accompagnement, il y a une nécessité d'être authentique, concerné par l'autre, de reconnaître ce qu'il y a de vrai, de réel en soi pour être en mesure d'aller vers l'autre. Une fois que l'on est capable de s'accepter tel que l'on est, il nous est possible d'accepter l'autre de la même façon :

"Ainsi mon efficacité s'accroît si je me laisse être moi-même dans mes attitudes, si je connais et accepte comme un fait les limites de mon endurance et de ma tolérance, ou si je m'aperçois que j'ai le désir de former ou de manipuler l'autre, et que je reconnais ceci comme un fait en moi." (Rogers,1966, p 16).

Rogers observe que cette attitude de recherche de l'authenticité entraîne un curieux paradoxe à savoir que nous ne pourrions changer, ni nous écarter de ce que nous sommes tant que nous n'acceptons pas profondément ce que nous sommes. C'est alors que le changement se produit presque à notre insu :

"C'est au moment où je m'accepte tel que je suis que je deviens capable de changer." (Rogers, 1976, p 16).

Ainsi l'approche de Rogers s'appuie sur trois mots clés :

- **Congruence**, c'est être authentique, en accord avec soi-même. Une personne est congruente quand il y a une correspondance entre son expérience, sa conscience et sa communication à l'autre.

- **Considération**, c'est une attention positive à l'autre, sans préjugé ni interprétation hâtive.

- **Empathie**, pour Rogers (1966) l'empathie c'est se mettre à la place de l'autre pour comprendre son cheminement intérieur, sans être l'autre et souffrir soi-même (à la différence de la sympathie). Cela demande une ouverture à la réalité d'autrui tout en restant soi-même. Ce n'est ni une relation fusionnelle, ni projective. Elle demande d'être dans le non jugement.

Pour devenir empathique, il y a une nécessité de se connaître. La première condition à l'empathie serait d'être empathique avec soi-même. La seconde serait d'utiliser son indicateur émotionnel en portant son attention alternativement à l'autre et à soi, et de repérer ainsi les risques d'attitudes projectives.

L'utilisation des différentiels exposés plus haut devrait faciliter la relation empathique. Dans le cadre de la relation à autrui dans un souci d'authenticité et de clarté il serait intéressant de rajouter la règle de communication suivante :

- La substitution de l'explicite à l'implicite

Par exemple, "*c'est la grève des bus demain, je ne sais pas comment je vais faire...*" peut être remplacé par "*peux tu venir me chercher demain, je n'ai pas de moyen de transport?*". Ceci est une base importante dans la communication avec autrui, elle permet l'éclaircissement de notre pensée en nous amenant à formuler des phrases complètes, à poser des questions et à demander des réponses précises.

La relation empathique devrait être une qualité relationnelle de base dans toute relation d'accompagnement et elle devrait s'appuyer sur les trois principes suivants :

1. Chaque individu serait son propre maître et lui seul posséderait les moyens de s'en sortir.
2. Quel que soit le savoir que l'on possède, il ne pourrait, en aucun cas, servir à déposséder l'autre de la gestion de lui-même.
3. Le rôle d'éducateur, de rééducateur, d'enseignant, de pédagogue de manager ne consisterait pas à transmettre sa propre expérience ou son savoir, mais à permettre à l'autre de découvrir par lui même ses propres solutions, en tenant compte, s'il y a lieu, des impératifs (médicaux, familiaux, sociaux, relationnels...).

Une des critiques que certains opposent à l'approche de Rogers (1966), c'est de laisser la personne livrée à elle-même. Cette critique confond la non-directivité que défend Rogers (1966) à la non intervention.

Dans la non directivité, "l'autorité pouvoir" fait place à l'autorité fondée sur la compétence. Il y a dans la relation professionnelle une nécessité d'adaptation continue à chaque personne en fonction de ce qu'il exprime et des connaissances que l'on possède. La non directivité demande une intervention active et réfléchie qui doit s'adapter continuellement au contexte de chaque personne. L'accompagnement de la personne respecte le principe d'équivalence entre l'accompagnant et l'accompagné.

En d'autres termes, nos compétences ne devraient pas servir de bouclier quand nous ressentons une mise cause de ce que l'on propose.

C. Schwarz ergothérapeute écrit dans un article :

"Si je suis centrée dans ma propre identité, je vais savoir créer l'ambiance nécessaire à la facilitation des pas expérimentés par le patient lors de la recherche de son autonomie. Je peux tolérer son opposition et l'encourager à exprimer ses sentiments authentiques sans avoir à prouver que je sais mieux. Je peux mieux me détacher de mon obsession de perfection et de mon besoin de forcer le succès thérapeutique". (Schwarz, 1991, p33).

Une des clés de la relation proposée repose sur la qualité de l'écoute. Il existerait trois formes d'écoute favorables à la démarche humaniste.

1. L'écoute accueil

C'est une écoute attentive qui peut être accompagnée de silence ou de petits mots de relance. L'attitude de la personne qui écoute est ouverte.

2. L'écoute accompagnée de reformulation reflet

Sous forme d'écho, de phrase miroir ou de synthèse, la reformulation permet de signifier à l'autre la qualité de l'écoute (il s'agit d'écoute compréhensible, pas d'approbation) et de vérifier avec l'autre si l'on a correctement compris ce qu'il a exprimé.

3. L'écoute active

Elle utilise la formulation des émotions et des sentiments que l'on perçoit chez autrui. Ce reflet peut aider la personne à reconnaître les sentiments et les émotions qui accompagnent sa situation problématique. Cette écoute demande la capacité d'être empathique car il y a un fort risque de projection. Il faut être soi-même sans projet sans solution pour l'autre, si ce n'est qu'il s'en sorte lui-même.

Une autre clé de la relation réciproque, est le phénomène de **la rencontre**. C'est un mode de relation qui préserve l'individuation de chacun tout en permettant la découverte de l'autre.

3. Le phénomène de la rencontre.

La véritable rencontre ne pourrait se faire sans distinction entre notre réalité et celle d'autrui. Pour cela, Favre (1991) aidé des travaux de Gordon (1981) propose d'opérer trois distinctions.

3.1 Distinguer la personne de son comportement.

" Il m'est impossible de travailler avec cette personne parce qu'il n'a pas de motivation et qu'il ne veut pas faire ce que je lui demande." Cette formulation qui met en cause la personne peut être transformée par : " *Quand je propose tel exercice à cette personne, je suis irrité parce qu'il trouve souvent un moyen de l'éviter...*".

Quand on juge une personne, on est tenté de l'assimiler à un ensemble de comportements à un moment donné. Mais ce qui fait la personne est indépendant du temps, quelque soit son âge, c'est toujours la même personne c'est à dire un individu différent qui a des désirs propres. Toutefois le respect mutuel des personnes dans une relation ne sous-entend pas l'acceptation de tous ses comportements. Nous pouvons pour des raisons diverses, tout en respectant la personne, ne pas accepter certains de ses comportements. La personne n'est pas définie par ses comportements.

3.2 Distinguer les comportements de l'autre avec lesquels nous nous sentons bien et ceux avec lesquels nous nous sentons mal à l'aise.

Le contexte, l'état intérieur et le comportement d'autrui feraient varier la limite entre l'acceptation et la non acceptation de son comportement. Exemple : la fatigue fait varier le taux de tolérance d'un comportement bruyant. Pour mieux repérer les raisons de notre acceptation ou non acceptation d'un comportement, il est intéressant de repérer les facteurs qui influencent notre sentiment.

3.3 Répondre à la question : qui est en problème ou en malaise en ce moment ?

En reprenant l'exemple énoncé au 1., La question est de savoir qui est en problème, l'accompagnant, la personne ou les deux ? C'est la réponse à cette question qui permettrait d'agir en accord avec la réalité du moment.

D'après Gordon (1981), dans le but d'établir de bonnes relations, il faudrait distinguer deux types de problèmes :

- ♦ Ce que vivent les personnes et qui ne touchent pas l'accompagnant.

- ♦ Ce qui empêche l'accompagnant de satisfaire son besoin d'accompagner.

Discerner cette appartenance des problèmes permettrait d'adapter le comportement à la situation.

Afin d'analyser l'appartenance des problèmes, Gordon (1981) propose de se poser les questions suivantes :

"Est ce que je refuse ce comportement parce qu'il me blesse visiblement, il me porte préjudice, me nuit ? ou parce que j'aimerais que cette personne agisse différemment, n'ait pas de problème, se sente comme je crois qu'il devrait se sentir ?"

-Si la réponse est oui à la première question , le problème appartient à l'accompagnant.

-Si la réponse est oui à la deuxième question, le problème appartient à la personne.

En résumé :

Une grande partie de notre éducation nous pousse à devenir des acteurs remplissant des rôles que cela soit au niveau professionnel, familial ou dans d'autres domaines. En même temps nous aurions en nous une capacité à nous auto-produire et de devenir chaque jour un peu plus nous même.

Nous avons pour l'instant le choix entre ces deux fonctionnements.

Si nous avons le choix entre la vie de chat ou de chien, il apparaît que le choix est vite fait.

Mais en fait, nous avons très peu conscience de nos aliénations.

Une aliénation inconsciente n'a pas d'existence réelle pour celui qui la vit. Elle serait toutefois source de malaise d'inconfort dans les situations où elle s'exprime.

Se repose ici la question de la compétence à être professionnel (acteur auteur). Sur le plan de la formation nous n'avons pas la responsabilité de ce que la personne choisit d'être ou « est ». Elle peut choisir de jouer un rôle ou, de se développer et s'épanouir en étant elle-même dans sa pratique professionnelle. Par contre notre responsabilité se trouve dans la qualité de ce que nous allons mettre en place afin de faciliter chez le futur professionnel la conscience de son positionnement.

Il ne peut choisir que s'il est conscient du choix qui se présente à lui.

Le choix d'être nous même, authentique, congruent peut nous demander de lâcher prise par rapport à des anciennes représentations. Cette démarche personnelle si elle est menée à son terme (y a t-il un terme ?) devrait nous faire basculer dans « être » et là il ne serait plus question de choix.

A partir de cette analyse de l'autonomie sur le plan individuel, des conditions de son développement dans la relation et des freins possibles, nous avons une meilleure connaissance du processus qui nous permet de devenir nous même. En même temps nous avons conscience que notre éducation pendant la maturation psychique a contribué à faire de nous un personnage qui joue à l'âge adulte les différents rôles sociaux et professionnels qui nous sont attribués par la vie dans une société déterminée.

En ce sens nous avons majoritairement développé notre savoir être.

La compétence à être professionnel se définit dans la situation vécue, elle n'est pas dictée par une attitude prédéfinie à l'avance. Elle se crée à partir d'une connaissance holistique de tous les facteurs présents dans la situation complexe.

Elle demande une conscience particulière de tout ce qui est en jeu, chez soi comme chez l'autre. C'est à la fois être empathique pour soi et pour l'autre dans une relation sans jugement, sans projection et sans réaction de protection.

Dans le cadre de la professionnalisation, la notion de compétence à être professionnel est aussi importante pour le formateur que pour celui qui souhaite acquérir des compétences professionnelles. La suite de mon travail va concerner la création du dispositif de professionnalisation des cadres de santé dans le cadre d'un partenariat entre l'institut de formation et l'université. Les cadres de santé sont destinés à être compétents professionnellement dans la formation et le management.

TROISIEME PARTIE

I. LA PROFESSIONNALISATION DU CADRE DE SANTE DANS LA PRATIQUE

Sur le terrain, ma démarche de recherche théorique s'inscrit dans une démarche globale de rédaction du projet pédagogique. L'ensemble de cette démarche est représentée sur le schéma page suivante. Les différents référentiels et le plan du projet pédagogique sont mis en annexe. Après une présentation résumée des différentes étapes de la mission, cette troisième partie va faire le lien entre la recherche théorique et le choix du dispositif pédagogique.

Sur le plan méthodologique, la rédaction du projet pédagogique en fonction du projet de l'IFCS a demandé au préalable une définition du cahier des charges (annexe 1).

Le cahier des charges, rédigé et proposé est une clarification des obligations et des contraintes à prendre en compte pour la mise en œuvre du nouveau projet pédagogique. Toutefois la partie financière et de contractualisation avec l'université est volontairement occultée car elle se passe en amont de mon temps de stage et fait partie des éléments de confidentialité.

Ce cahier des charges a été rédigé à partir de l'analyse du fonctionnement actuel de l'IFCS et l'analyse de la proposition de l'université à partir d'un master 1 Pro déjà existant. Ces deux analyses ont été croisées avec les textes législatifs officiels régissant les deux diplômes rentrant dans le projet.

A partir du cahier des charges, ma mission a été clairement définie et contractualisée (annexe2) entre l'université, le Directeur de l'IFCS et moi-même. Il s'agissait pour :

La nature de la commande , d'étudier le dispositif aboutissant à l'universitarisation de la formation préparant au diplôme de cadre de santé

La nature du produit attendu , d'élaborer le référentiel de formation et le projet pédagogique

1. La référentialisation

En même temps la consultation du cours sur l'ingénierie de formation m'a permise d'élaborer un plan méthodologique afin d'aboutir à l'élaboration du référentiel de formation et du projet pédagogique.

La première étape est la référentialisation qui est le processus de construction de référentiels actualisés permettant de définir le corps de références nécessaire à l'élaboration du projet pédagogique

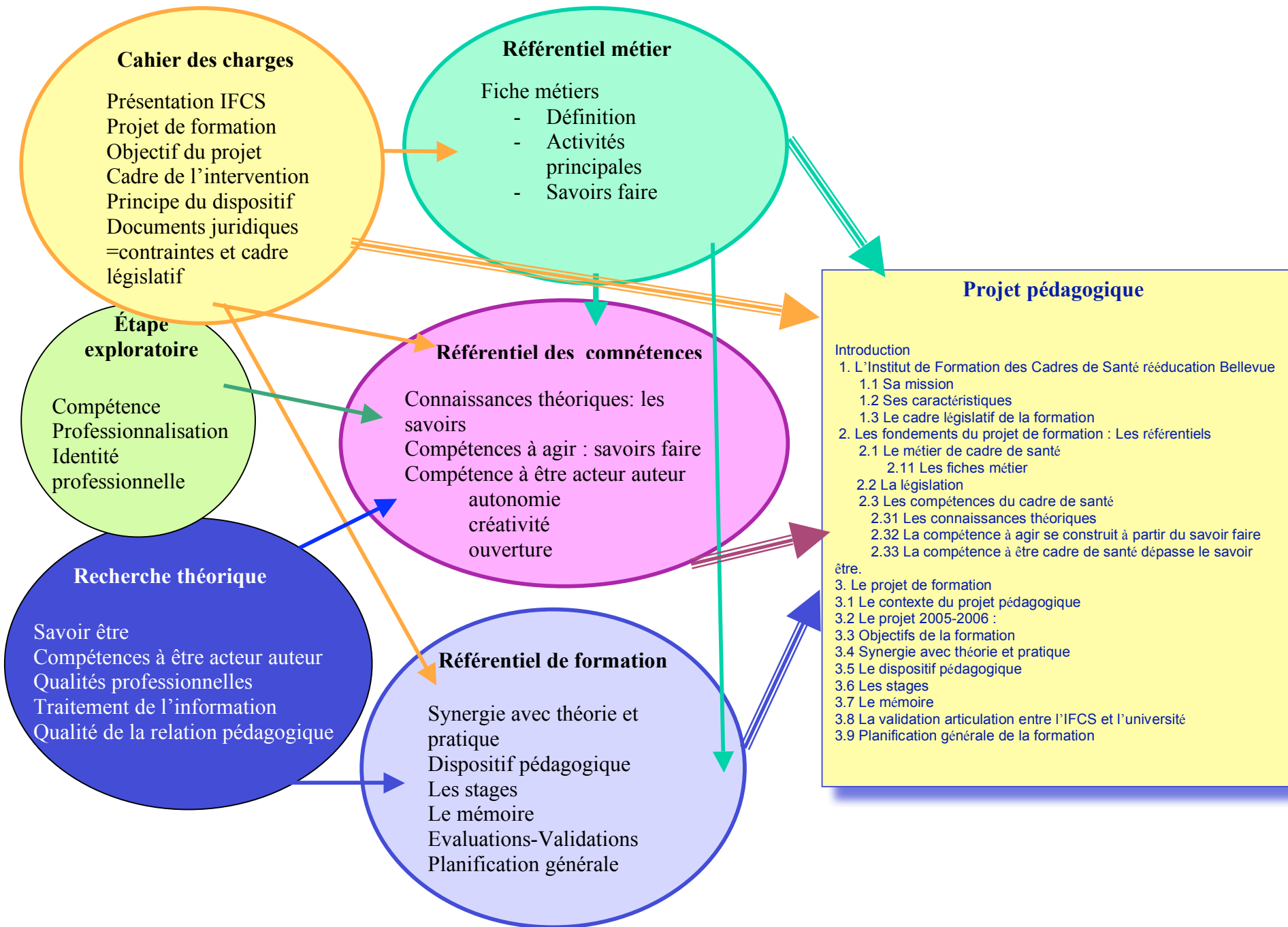


Fig. n° 11 Représentation de l'ensemble de la méthodologie utilisée pour créer le projet pédagogique.

1.1 La recherche et rédaction du référentiel métier Cadre de santé (Annexe 3)

Légalement, il n'y a aucune définition constante se rapportant aux cadres. Les collègues servant aux élections des comités d'entreprise ne recouvrent pas exactement les collègues utilisés pour les élections prud'homales.

Différentes conventions collectives possèdent des dispositions relatives aux cadres. Les critères de qualifications en sont variables suivant la branche professionnelle.

La jurisprudence, à travers les arrêts de la cour de cassation, ne considère pas que l'appartenance à une caisse de retraite de cadres est suffisante pour prouver le statut.

Multiples facteurs sont pris en compte pour attribuer le statut de cadre. Salaires, classification d'après une convention collective, diplômes, qualification pour un poste donné, délégation des dirigeants de l'entreprise, chacun de ces facteurs peut être prépondérant ou s'additionner aux autres.

En dernier recours, ce sont certaines caractéristiques de la fonction qui peuvent le mieux cerner l'appartenance à la catégorie des cadres.

En 1978, un manuel de « bonnes pratiques relatives aux conditions d'emploi des travailleurs intellectuels » établi par l'organisation internationale du travail a défini le cadre. C'est une personne qui a terminé une formation de niveau supérieur ou possédant une expérience équivalente. Elle est salariée et exerce des fonctions à caractère intellectuel demandant des facultés de jugement, d'initiative et impliquant un niveau élevé de responsabilité.

Définition des cadres d'entreprise selon le B.I.T :

Selon le BIT (Bureau International du Travail) les cadres d'entreprise appartiennent à la catégorie des travailleurs intellectuels telle que définie ci-après :

Par travailleur intellectuel, il faut entendre toute personne :

- a) qui a terminé un enseignement et une formation professionnelle de niveau supérieur ou qui possède une expérience professionnelle reconnue équivalente, dans un domaine scientifique, technique ou administratif,

b) et qui exerce, en qualité de salarié, des fonctions à caractère intellectuel prédominant, comportant l'application à haut degré de jugement et d'initiatives et impliquant un niveau relativement élevé de responsabilité.

Cette notion englobe également toute personne répondant aux caractéristiques a) et b) ci-dessus qui détient, par délégation de son employeur et sous son autorité, la responsabilité de prévoir, diriger, contrôler et coordonner les activités d'une partie de l'entreprise ou d'une organisation, avec le pouvoir de commandement correspondant, à l'exclusion des cadres dirigeants ayant une large délégation de l'employeur.

Cette définition s'applique aux travailleurs intellectuels employés dans le secteur privé comme dans le secteur public y compris les salariés dans les entreprises publiques industrielles et commerciales, à l'exclusion de ceux qui, aux termes de la législation nationale ont un statut spécial au sein du secteur public.

Dans la pratique, cette définition concerne principalement les travailleurs scientifiques, les ingénieurs, les techniciens supérieurs, les cadres et autres catégories similaires de travailleurs intellectuels, ce qui inclus, par exemple les travailleurs intellectuels dans les domaines de l'information, des arts, de la science, de la médecine, et de la recherche, pour autant que leur formation et leurs fonctions correspondent à celles indiquées au paragraphe 1 »

Il faut chercher une définition du cadre dans les qualités qu'il doit mettre en œuvre pour exercer sa fonction ainsi que par l'étendue de son autonomie et de sa responsabilité.

Le cadre doit :

- être capable de coordonner l'activité de la partie de l'organisation dont il a la charge,
- préparer, diriger, contrôler les actions et le personnel dépendant de lui,
- détenir une délégation de pouvoir de la part de son employeur et l'étendue de cette délégation indique son degré d'autonomie.

Sa responsabilité est surtout une responsabilité de résultats.

La notion de responsabilité est d'ailleurs la frontière délicate qui sépare le cadre du non-cadre. Tous deux sont des salariés. L'un comme l'autre peut donner des instructions à des collaborateurs. Mais le cadre est celui dont la responsabilité est la plus engagée vis-à-vis des résultats à obtenir.

Toute la difficulté réside dans la mesure de ces éléments qualifiants afin d'en faire un ensemble distinctif. Par exemple, dans une entreprise, le responsable d'une chaîne de fabrication sera cadre. Dans une autre, avec des missions semblables, avec le même nombre de personnes à diriger, il sera agent de maîtrise.

Cependant, à certains postes, responsable financier, directeur d'usine, directeur commercial, la question ne se pose pas. Le titulaire est toujours cadre. A d'autres postes, c'est une affaire d'estimation par les dirigeants ou une question d'appréciation de la convention collective.

Devant cette difficulté de définir la fonction cadre à partir de textes de référence parlant à la fois du public et du privé, la solution choisie a été de s'appuyer sur le travail de référentialisation fait dans la fonction publique hospitalière : en l'absence de textes réglementaires l'AP-HP a conduit une réflexion sur la fonction cadre à des fins de recrutement et d'évaluation (1991). De son côté la Direction des hôpitaux a produit une nomenclature des emplois types de l'hôpital (1990). Ce document rassemble tous les emplois hospitaliers dans les différentes familles socioprofessionnelles. Plus récemment est sortie une dernière version (mise à jour décembre 2004) du répertoire des métiers hospitaliers¹³. Cette version a été réalisée par l'observatoire national des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière. C'est à partir de ce répertoire que le référentiel du métier cadre de santé, mis en annexe, est rédigé. Il est posé comme postulat que ce référentiel métier peut s'appliquer autant dans le public que dans le privé.

1.2 La recherche et rédaction du référentiel de compétence (Annexe 4)

Selon la définition de l'AFNOR : « La compétence est la mise en œuvre de capacités en situation professionnelle qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité ». Ainsi le référentiel de compétence se construit en lien étroit avec les parties descriptives des activités professionnelles de la fiche métier, le savoir-faire requis et les connaissances complémentaires associées.

La particularité de la compétence c'est qu'elle s'exprime en situation d'activité. Bien que couramment la compétence soit vu comme une composition du savoir, du savoir faire et du savoir être, son acquisition se fait dans l'exercice de l'activité professionnelle qui mobilise les

¹³ Paragraphe écrit à partir de la consultation des sites suivants :
http://www.emploipublic.com/actualite/dossiers/rep_sante/rep_sante_6.asp
<http://www.emploipublic.com/metiers/FPH/index.asp>
www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/onemfph/ramses/presentation.pdf

éléments de cette trilogie classique. Pour le référentiel de compétence, le savoir à acquérir est clairement défini dans les textes législatifs qui régissent la formation au diplôme de cadre de santé.

Le référentiel du savoir-faire s'appuie sur le travail réalisé par l'observatoire national des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière.

La partie de la compétence à être cadre de santé s'appuie elle sur la recherche théorique développée dans la deuxième partie.

Ainsi nous avons vu que dans certains métiers comme celui de cadre de santé, la compétence à être fait partie intégrante de la compétence professionnelle, sans elle il n'y a pas de compétence professionnelle possible. Dans cette compétence le facteur individuel est prédominant. Croire qu'il est possible d'enseigner le savoir être c'est se positionner dans l'approche comportementale. La compétence à être dans l'acte professionnel dépasse le descriptif d'attitudes ou de recettes prédéfinies. Elle demande une connaissance de soi et de l'autre, des jeux qui se jouent dans une relation interpersonnelle. C'est plus de l'ordre de la qualité d'être soi, authentique. Dans la profession de cadre de santé nous avons retenu pour le référentiel trois « qualités d'être » : autonome, ouvert et créatif.

❖ L'autonomie

Connaissance de soi, de son individualité et de ses limites, capacité d'engagement personnel et professionnel liée à une motivation intrinsèque, pertinence des choix professionnels pour soi est pour les autres, capacité d'adaptation aux changements...

❖ L'ouverture

Compréhension des différentes logiques d'action et de pensée afin d'accepter et d'intégrer les différences culturelles, professionnelles et individuelles et d'en identifier leurs atouts respectifs.

❖ La créativité

Elle dépasse aujourd'hui la sphère artistique pour devenir une composante fondamentale managériale ou formatrice. Elle est devenue essentielle dans tous les domaines qui concernent l'efficacité de l'intervention professionnelle.

Les solutions d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier. Les solutions de demain ne seront pas celles d'aujourd'hui. La formation devrait pouvoir stimuler les possibilités de l'étudiant à créer et inventer.

1.3 Recherche et rédaction le référentiel de formation (Annexe 5)

L'élaboration du référentiel de formation a été complexe :

Il a fallu dans un premier temps croiser le référentiel métier, le référentiel de compétences avec les critères des textes législatifs du diplôme d'état et du master 1 et, l'ingénierie pédagogique de professionnalisation à dominante universitaire.

Une autre partie du travail a consisté à rechercher dans les domaines de la théorie et de la méthodologie pédagogique, les dispositifs qui répondaient le mieux à la fois aux contraintes législatives et au développement de la compétence à être un acteur auteur cadre de santé.

Ainsi une réflexion sur les principes pédagogiques a été menée et a abouti au chapitre synergie entre théorie et pratique (ANNEXE 5).

Le référentiel de formation comprend les éléments suivants : Le thème de la formation, les objectifs pédagogiques, le contenu de la formation, les méthodes pédagogiques, l'évaluation validation.

❖ La définition des objectifs pédagogiques

Dans la formation initiale du professionnel de santé, la pédagogie s'attache à ce que le nouveau professionnel restitue le savoir et le savoir faire appris au cours de la formation.

Le savoir est au départ chez l'enseignant qui enseigne la procédure. L'étudiant ou le nouveau diplômé est dans une logique de restitution, il applique la procédure.¹⁴

L'objectif de la formation proposée est de passer de la logique de restitution à la logique de compréhension et d'analyse et enfin à une logique de production :

- C'est un changement de statut : du technicien professionnel (essentiellement exécutant), l'apprenant devient acteur, il peut modifier la procédure en respectant le cahiers des charges (les objectifs à atteindre). C'est l'étudiant qui construit son savoir partir de l'analyse de sa pratique, le traitement de l'erreur, la théorie sont des outils qui aident l'étudiant dans la construction de son savoir. L'enseignant accompagne, il n'explique pas il amène l'étudiant à trouver.

C'est le passage de la procédure au processus.

- Au cours de l'année, l'étudiant sera amené à passer du statut d'acteur au statut d'auteur, (c'est celui qui définit le cahier des charges). A partir d'un travail interactif utilisant les

¹⁴ C'est une représentation un peu caricaturale, les formations professionnelles initiales sont aussi dans une mouvance de changement. Mais beaucoup de futur cadre de santé ont été formés suivant la logique de restitution.

propriétés de la dynamique de groupe, la démarche pédagogique consistera à l'aide de séances de régulation en groupe, d'inviter les étudiants au questionnement en interrogeant indifféremment la pratique et la théorie.

Les objectifs pédagogiques qui en découlent seront de favoriser chez l'étudiant le développement de l'autonomie, de l'ouverture et de la créativité.

❖ Recherche théorique sur les méthodes pédagogiques, aboutissant au dispositif de formation

En s'appuyant sur la deuxième partie de la recherche théorique, nous savons maintenant qu'il existe des conditions d'apprentissage, d'acquisition de la connaissance favorisant le développement de l'autonomie de l'apprenant. Ces conditions d'apprentissages s'appuient sur la démarche scientifique de recherche avec le traitement de l'information sous forme d'hypothèse, de représentation provisoire qui peut être infirmée ou validée par la suite. La connaissance se construit au fur et à mesure de la recherche, l'apprenant est l'acteur principal de la construction de son savoir. L'enseignant ou formateur est un facilitateur, il accompagne l'étudiant dans sa démarche. Il crée le dispositif de formation action qui va permettre à l'étudiant d'être l'acteur auteur de son apprentissage.

Ce type de pédagogie est une approche par compétence (P. PERRENOUD, ¹⁵). Il s'agit de passer d'une logique de l'enseignement à une logique d'entraînement (coaching) sur la base d'un postulat assez simple : les compétences se construisent en s'exerçant face à des situations d'emblée complexes.

Dans l'action de résolution de la situation, les savoirs savants ou non constituent les ressources, ils sont souvent déterminants pour identifier et résoudre des problèmes, préparer et prendre des décisions.

Dans une pédagogie de situation-problèmes, l'étudiant s'implique participe à un effort collectif pour réaliser un projet et acquiert ainsi de nouvelles compétences. Il est invité au cours de séances de régulation à faire part de ses doutes, à expliciter ses raisonnements à prendre conscience de sa façon de comprendre, de mémoriser de communiquer. Il devient un praticien réflexif et capable de mettre ses compétences au service du groupe. Il passe ainsi de

¹⁵ <http://francois.muller.free.fr/diversifier/COMPPERRENOUD.htm>
<http://francois.muller.free.fr/diversifier/perrenou.htm>

la rupture de l'individualisme et de la compétition à l'acquisition de compétences au sein d'un travail collectif.

A partir du tableau récapitulatif (n°4) suivant concernant les trois grands modes d'acquisition de la connaissance, nous allons pouvoir choisir les méthodes pédagogiques du projet.

Instruction-Acquisition	Analyse des pratiques	Démarche
Théorie ↓ Pratique	Pratique ↓ Théorie	Pratique ↔ Théorie
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pédagogie traditionnelle ✓ Behaviorisme ✓ Modèle centré sur l'Instruction (frontal) ✓ Restitution, Normalisation, Correction. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constructivisme 2. Pédagogie active 3. Analyse des pratiques 4. On repère les besoins 5. Education, Développement personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pédagogie active ✓ Socio-constructivisme ✓ Pas de référence à une théorie ✓ Transfert d'un côté et de l'autre ✓ Mise en activité de l'apprenant. ✓ Management participatif

Tableau n°4. les trois grands modes d'acquisition de la connaissance

Dans le projet pédagogique les trois modes sont présents, mais le premier mode qui prédomine à la rentrée disparaît rapidement en faveur des deux suivants.

Une place importante est donnée à la régulation. Cette régulation se définit par la façon de traiter l'erreur et le type d'évaluation choisi.

La régulation cybernétique :

La logique de contrôle comporte une régulation externe, l'enseignant régule l'activité de l'élève. Il y a aussi le contrôle que l'élève effectue sur la démarche qu'il a entreprise (auto-régulation). C'est la conservation d'un programme prédéterminé.

Quand il arrive une erreur l'élève doit corriger, traiter l'erreur pour la dépasser et pour pouvoir reprendre la suite du programme prévu. Donc la boucle de régulation est au service du programme prévu. L'évaluation a donc pour objectif de remédier de l'écart à la norme et de sanctionner. Ici l'écoute, l'interprétation de la singularité et du savoir expérimentiel du sujet sont impossibles

La régulation dans le systémisme :

Elle est appelée régulation de divergence. L'erreur comporte du sens que la régulation exploite, elle va permettre non pas de boucler et de revenir sur le programme prévu mais de s'écarter de celui-ci. C'est le moment où l'enseignant et l'élève vont choisir ensemble le nouveau programme à réaliser. C'est l'évaluation négociée, formatrice, évaluation régulation. Ouverture sur un imprévisible négocié. Ici ce qui fait socle c'est le projet. Cette évaluation permet de travailler sur les processus, c'est-à-dire l'énergie mobilisée (la manière dont le sujet se tient) dans les procédures. Donc l'évaluation régulation par l'interaction, le dialogue permet de promouvoir les potentialités des personnes. Le sujet peut transformer ce qu'il prend et non pas restituer ce qu'on lui donne.

La régulation complexe :

Les deux logiques (cybernétique et systémique) sont mises en lien : une dans le but de vérifier et l'autre dans le but d'aider au développement des capacités du sujet.

La première vise à rendre plus savant et l'autre vise la maturation des personnes.

L'évaluation pour la première est dans le contrôle : le référentiel de départ ainsi que le programme sont conservés. Dans l'autre nous pouvons changer le référentiel de départ.

D'un côté la visée est d'inscrire l'individu dans des gestes normés à reproduire, alors que de l'autre la visée consiste à permettre au sujet de développer de l'inventivité dans ses gestes professionnels.

La régulation complexe permet de fonctionner avec l'imprévisible de la relation, ce que ne permet pas la cybernétique. Il ne s'agit pas uniquement de doter l'élève d'un état d'expertise des procédures par un auto contrôle, mais de permettre l'activation du processus d'auto questionnement, c'est-à-dire : l'analyse réflexive des pratiques, travail sur le sens des pratiques. Si l'erreur devient l'occasion de dialogue et d'interaction, il devient une aide à l'apprentissage.

- ❖ Les différents types d'évaluation utilisés dans le projet pédagogique

L'évaluation peut être appelée lecture particulière de la réalité ou l'évaluateur porte une appréciation, prend parti. Dans la logique du contrôle le critère s'impose, il est attendu qu'il soit respecté ou réalisé alors que dans la logique du reste (le questionnement), le critère est un repère qui permet de choisir, c'est une proposition qui déclenche la discussion, la négociation. Le critère est toujours décidé par l'évaluateur.

Les différents types d'évaluation :

1. Evaluation d'aide à la décision, évaluation diagnostique, situer le sujet sur sa maîtrise et ses aptitudes par rapport à un projet de formation, d'éducation. Aide à construire un programme de formation. Permet de considérer les procédures et les processus, de voir des carences importantes, des manques d'intérêt, de vérifier la faisabilité du projet.
2. L'évaluation formative où aide à la réalisation d'un projet. Elle informe la personne évaluée de ses progrès et elle donne au professionnel des informations concernant son efficacité (évaluation formative).
3. L'évaluation régulation systémique elle va se confondre avec l'acte et faciliter le travail des processus par l'activation de l'auto évaluation. L'évaluation formatrice permet à la fois un auto contrôle mais également un auto questionnement.
4. L'évaluation finale, somative intervient à la fin de l'action. Si le but n'est pas d'aider mais il est terminal, pour la délivrance d'un diplôme par ex, elle peut être contrôle des procédures mais également contrôle des processus (personnalité à changer).

En s'appuyant sur l'ensemble de la réflexion théorique et la croisant avec l'ensemble du cahier des charges, il a été créé le dispositif pédagogique suivant :

Les étudiants sont invités en début d'année à définir un projet de recherche personnel et professionnel. Ils disposent dès le début de l'année de la journée du vendredi pour le mener à bien.

Dans les autres domaines de stage (management et pédagogie) le travail demandé est en relation avec une mise en situation de résolution de problème en privilégiant l'interdisciplinarité. L'étudiant devient ainsi acteur de son apprentissage, il peut relever ses lacunes dans le cadre de la résolution du problème, il peut évaluer et étudier la complexité des situations dans lesquelles, il est amené à prendre des décisions, il est invité à poser un regard interdisciplinaire pouvant l'aider à la prise de décision.

Sont mis en place des temps de régulation stages et mémoire de recherche. Ces temps sont des moments pédagogiques privilégiés mêlant le travail d'équipe, le traitement de l'erreur comme

une prise de conscience nouvelle, le croisement de visions différentes, le désir de la découverte, le traitement des thèmes de façon interdisciplinaire.

L'animateur de ces temps de régulation se positionne comme un guide facilitateur (cf 3^{ème} partie recherche théorique). Ces temps de régulation permettent de porter une vision holistique sur le problème posé, elle est à l'origine de la capacité d'anticipation qui prépare aux changements, elle permet d'imaginer des perspectives.

2. la rédaction du projet pédagogique de l'institut (Annexe 6)

La rédaction du projet pédagogique de l'institut a été la dernière étape de la mission. Les écrits produits par les étapes antérieures ont servi à rédiger le projet pédagogique dont le sommaire est présenté en Annexe 6. La totalité du projet n'est pas présenté en annexe car l'exercice a consisté à reprendre et à agencer différemment les différents paragraphes des produits référentialisation.

II . ANALYSE CRITIQUE DE LA DEMARCHE FORMATION ACTION

Malgré des difficultés à trouver un référentiel métier, l'ensemble de la démarche a pu se mettre facilement en place. La méthodologie enseignée s'adapte facilement à ce contexte. Je regrette toutefois le contact direct un peu tardif avec l'université partenaire. Sur la partie universitaire, le travail s'est fait beaucoup plus à partir de documents écrits qu'en dialogue direct avec les protagonistes.

La deuxième partie du stage a rectifié en partie cette lacune.

Il m'est apparu clairement au cours de la mission que le projet pédagogique devait répondre à un ensemble de critères :

- Il doit respecter la législation en matière de diplôme de cadre de santé et du master 1 Pro.
- Il doit proposer une formation professionnalisante, qui s'inscrit dans la mouvance actuelle d'individualisation des parcours.
- Il doit permettre l'acquisition de compétences nécessaires à la pratique du métier de cadre de santé
- Il doit développer chez le formé sa capacité à s'adapter aux changements et à l'évolution de sa profession dans l'esprit de la mutualisation des compétences et non plus la logique de métier.
- Etant donné que la compétence à être cadre est un facteur déterminant dans la compétence professionnelle, les méthodes pédagogiques permettant l'analyse des pratiques sont à privilégier.

La production du projet pédagogique ne permet pas d'évaluer s'il répond à l'ensemble de ces critères. Il est rédigé à partir d'intentions mais ne peut être évalué que dans sa mise en pratique qui aura lieu à partir de la rentrée septembre 2005.

L'appui sur les modèles théoriques est le garant d'une certaine réflexion menée pour construire le projet mais le retour donné par la pratique est pour l'instant le grand absent afin d'évaluer la qualité du projet pédagogique.

Les critères d'évaluation de cette qualité sont aussi à définir ainsi que le moment d'évaluation. Certains éléments du projet ont déjà été testés cette année à l'IFCS, les régulations du mémoire ont accompagnés les futurs cadres dans leur démarche de recherche tout le long de l'année. Ces régulations ont mobilisés des capacités individuelles de chacun dans la confrontation au groupe dans les domaines de l'argumentation orale, de l'écoute de l'autre, du

retour d'informations, de l'analyse de la pratique. Si l'exercice en début d'année s'est parfois révélé déstabilisant pour un grand nombre d'étudiants. Nous avons pu observer la diminution du facteur émotionnel dans la réception des retours du groupe. Mais l'évaluation réelle de ce type de régulation devrait être réalisée après la (re)prise de fonctions professionnelles et à partir de critères qui restent à définir.

CONCLUSION

La compétence à être cadre de santé est une notion complexe qui n'a de réalité que dans la réalisation d'actes professionnels qui incombent à ce métier.

Beaucoup de ces actes professionnels sont liés à une qualité d'être propre à l'individu. L'évolution actuelle demande à ce que de simple exécutant le professionnel devienne acteur et même auteur. En ce sens la compétence ne peut être dissociée de la notion d'autonomie.

Le professionnel cadre de santé devient créatif et doit développer une conscience holistique et d'ouverture à la différence de l'autre. En ce sens, le dispositif de professionnalisation à mettre en place doit innover dans le mode d'acquisition de la compétence. Il doit permettre à la dimension individuelle de prendre toute sa place et de se combiner d'une façon harmonieuse avec les autres acquisitions professionnelles nécessaires à la compétence professionnelle.

Cette première partie de ma conclusion n'est pas congruente avec mon travail, elle est rédigée au présent et donne l'impression de certitudes. Maintenant, voilà ce que donne la même partie en respectant les règles permettant le traitement non dogmatique de l'information :

La compétence à être cadre de santé serait une notion complexe qui n'aurait de réalité que dans la réalisation d'actes professionnels qui incombent à ce métier.

Beaucoup de ces actes professionnels seraient liés à une qualité d'être propre à l'individu. L'évolution actuelle demanderait à ce que de simple exécutant, le professionnel devienne acteur et même auteur. En ce sens la compétence ne pourrait être dissociée de la notion d'autonomie.

Le professionnel cadre de santé deviendrait créatif et devrait développer une conscience holistique et d'ouverture à la différence de l'autre. En ce sens, le dispositif de professionnalisation à mettre en place devrait innover dans le mode d'acquisition de la compétence. Il devrait permettre à la dimension individuelle de prendre toute sa place et de se combiner d'une façon harmonieuse avec les autres acquisitions professionnelles nécessaires à la compétence professionnelle.

La comparaison de ces deux lectures est une des premières conclusions de ce travail : La façon dont nous diffuserions l'information influencerait sur la possibilité que nous laissons à l'apprenant de gérer cette information et de créer un référentiel d'hypothèses (ouvert) ou au contraire de certitudes (fermé). Tout dispositif de formation dans le sens du respect de la dimension individuelle devrait envisager une présentation non dogmatique de l'information.

Le dispositif de formation permettant la professionnalisation des cadres de santé devrait privilégier la formation action à partir de la résolution de problèmes complexes avec des temps de régulations permettant l'analyse de la pratique, la découverte de points de vue différents, de concepts et de modèles d'analyse. Dans ce cadre, l'erreur serait utilisée comme un tremplin pour l'acquisition de nouvelles compétences.

C'est l'étudiant qui construirait son savoir, son savoir faire en étant l'acteur auteur des solutions aux problèmes dans lesquelles il est confronté de manière individuelle ou collective.

Actuellement nous avons une proportion importante d'acteurs professionnels exécutants et une culture hiérarchique qui l'accompagne. La formation de Cadre de Santé auteur devrait créer une période de déstabilisation au sein des établissements de santé. Un cadre de santé, s'il est congruent et empathique, devrait entraîner une dynamique auprès des professionnels qu'il encadre afin de leur permettre d'exprimer leur individualité et leurs compétences propres au sein d'une équipe interdisciplinaire. Ainsi il serait possible de favoriser la créativité individuelle et collective.

Mais qu'elle est la représentation que les professionnels ont de leur cadre ?

Que demandent-ils à un cadre ?

De même la direction d'un établissement, les financeurs : qu'attendent-ils d'un cadre de santé ?

Ne dit-on pas fréquemment que le cadre est un clou entre le marteau et l'enclume ?

La modification « culturelle » d'acquisition de la compétence, favorisée par une approche pédagogique universitaire devrait sur le terrain modifier le positionnement des acteurs professionnels. Mais le terrain est-il prêt à accepter cette nouvelle « culture » ?

BIBLIOGRAPHIE

ARDOINO Jacques et LOUREAU René (1994), *Les pédagogies institutionnelles*, puf, Paris, 128 p.

ARDOINO Jacques (2000) *Les avatars de l'éducation*, puf, education et formation, Paris, 270p.

BLANCHARD- LAVILLE Claudine et FABLET Dominique (2003), *Ecrire les pratiques professionnelles, dispositifs d'analyse de pratiques et écriture*, Paris, coll savoir et formation, L'harmattan, 245 p.

DUBAR Claude (1990), *La formation professionnelle continue*, Paris, La Découverte, coll.Repères, 124 p.

DUBAR Claude (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, coll. U. Sociologie, 276 p. (2 ème édition).

DUBAR Claude (1999), « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence », *sociologie du travail*, N°2-1996. pp. 223-247.

FAVRE Catherine et Daniel (1991), *Naissance du quatrième type, une approche transdisciplinaire de l'évolution humaine*, ed. Le souffle d'or, Barret-le-bas, 279 p.

FAVRE Catherine et Daniel (1992), Démarche scientifique et motivations, *Actes de la biennale de l'éducation et de la formation*, Paris-Unesco, 27-30 avril 1992.

FAVRE Daniel (1992), Approche neuro-pédagogique des lobes frontaux humains, *Les sciences de l'éducation* 5, p.23-44.

FAVRE Daniel. et RANCOULE Yves (1993), Peut-on décontextualiser la démarche scientifique ?, *Modèles pédagogiques 1*, Aster n°16, INRP Paris, p.29-45.

FAVRE Catherine et Daniel (1993), Un modèle complexe des motivations humaines, *Revue de psychologie de la motivation*, n°16, p.27-42.

FAVRE Daniel (1996), L'apparement : Un mode de relation au monde humain et non humain que pourrait développer l'enseignement de la biologie, *Trema n° 9-10*, IUFM Montpellier, p. 45-52.

FORTIN Robin (2001), *Comprendre la complexité*, introduction à la méthode d'Edgar Morin, L'harmattan, logiques sociales, 206 p.

GORDON Thomas (1981), *Enseignants efficaces*. Le jour, Paris, 499 p.

HEBRARD Pierre et Col. (2004), *Formation et professionnalisation*, Paris, coll ;Travail social, ed. L'Harmattan, 219 p.

HOFFMANS-GOSSET M.A (1987), *Apprendre l'autonomie apprendre la socialisation*, ed.Chronique sociale, Lyon, 1987, 159 p.

- KÜBLER ROSS E., *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Pidsés, 1975.
- LE BOTERF Guy (1987), La formation-action en entreprise, *Education permanente*, 87, 1987-2.
- MALHERBE Jean François (1985), *Esquisses pour une philosophie de la santé*, Louvain-la-neuve, Ciaco.
- MALHERBE Jean François (1990), *Pour une éthique de la santé*, Louvain-la-neuve, Ciaco, 207 p.
- MASLOW Abraham (1983), *Vers une psychologie de l'être*, Fayard, Paris.
- MEMMI Albert (1979), *"la dépendance"*, col. Folio, éd. Gallimard, St Amant, 204 p.
- MUCCHIELLI Alex (1994), *La psychologie sociale*, coll. Les fondamentaux, ed. Hachette, Paris, 1994, 158p.
- MUCCHIELLI Alex, *"L'identité"*, PUF, coll Que sais-je ? n° 2288.
- PARFITT Will (1993), *Comment abattre nos murs intérieurs*, Edition Dangles, St Jean de Braye, 288 p.
- PERRENOUD Philippe (1997), *Construire des compétences dès l'Ecole*, ESF, 3^{ème} édition 2004 p.70 sq.
- PERRENOUD Philippe (2001), *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Professionnalisation et raison pédagogique*, Paris, ESF.
- PERRENOUD Philippe, *Enseigner - Agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*, ESF, Paris, 200p.
- PERRENOUD Philippe, (Septembre 1996), *Analysons nos pratiques professionnelles - Peut-on changer par l'analyse de ses pratiques ?*, Cahiers pédagogiques, n° 346, Paris, pp. 14-16.
- REY Bernard (1996), *Les Compétences transversales en question*, Paris, éditions esf.
- ROGERS Carl (1966), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, 284 p.
- SAINSAULIEU Renaud (1977), *L'identité au travail*, Presse de la fondation nationale des sciences politiques, 1977, 2^{ème} édition 1985.
- SIMONDON Georges (1995), *L'individu et sa genèse physico-biologique*, coll. Krisis, ed. Jérôme Millon, Grenoble, 271p.
- SIMONDON Georges (1989), *L'individuation psychique et collective*, Res, l'invention philosophique, Aubier, Paris, 293 p.
- SIRIC (1982), *Communication ou manipulation*, ed. Empirika, Paris, 342 p.
- WALZLAWICK Paul (1972), *Une logique de la communication*, Seuil, Paris.

ZARIFIAN Philippe (1993), *Quels modèle d'organisation pour l'industrie européenne ?*, Paris, l'Harmattan.

ZARIFIAN Philippe (1999), « *Objectif compétences : pour une nouvelle logique* », Paris, Ed Liaisons, 229 p.

Sites Consultés :

http://www.emploipublic.com/actualite/dossiers/rep_sante/rep_sante_6.asp

<http://www.emploipublic.com/metiers/FPH/index.asp>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/onemfph/ramses/presentation.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/intro.htm

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/accueil/management.htm

<http://francois.muller.free.fr/diversifier/index.htm>

(un site d'auto-formation pédagogique en ligne, développé à partir des travaux d'André de Peretti - concept: [François Muller](http://francois.muller.free.fr/diversifier/index.htm))

<http://francois.muller.free.fr/diversifier/perrenou.htm>

Annexes

- 1. Le cahier des charges**
- 2. La contractualisation du stage**
- 3. Le référentiel métier**
- 4. Le référentiel de compétence**
- 5. Le référentiel pédagogique**
- 6. Le sommaire du projet pédagogique : éléments constitutifs du projet pédagogique**

INSTITUT DE FORMATION DE CADRES DE SANTÉ

RÉÉDUCATION

HÔPITAL BELLEVUE MONTPELLIER

1, place Jean Baumel. 34295 Montpellier cédex 5

Représenté par : Mr Jean Luc GERARDI, Directeur

De structure associative à but non lucratif, Loi 1901, l'Institut de Formation de Cadres de Santé, section rééducation, de Montpellier CHU Bellevue est agréé pour former des cadres de santé dont les professions d'origines sont : kinésithérapeute, ergothérapeute ou podologue. Bien que son orientation ait pour spécificité la Rééducation, son ouverture vers l'IFCS du CHU de Montpellier (de filières Infirmière, Manipulateur radio et Technicien de laboratoire) permet un enrichissement de la formation.

Ce partenariat entre les deux Instituts s'inscrit dans un contexte d'évolution sociologique de l'organisation des établissements de soins, ainsi que dans l'évolution des derniers textes réglementaires.

Tout en respectant les spécificités de chacun, les objectifs des deux Instituts s'inscrivent dans une volonté partagée de faciliter la constitution d'équipes pluri et interdisciplinaires, en vue de mieux répondre aux besoins des patients et donc d'améliorer la qualité des soins.

L'équipe pédagogique permanente de l'I.F.C.S.

En référence au décret n° 89-756 du 18 octobre 1989-Article 3, elle est responsable :

« ... - de la conception du Projet Pédagogique ;
- de la formation initiale et continue dispensée dans l'Ecole ;
- de l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;
- de l'animation et de l'encadrement de l'équipe enseignante ;
- du contrôle des études ;
- du fonctionnement général de l'Ecole. »

Elle se compose de :

« Sans préjudice des dispositions réglementaires prévues dans les statuts de la fonction publique hospitalière ou des dispositions des conventions collectives, les enseignants des instituts de formation des cadres de santé ou les enseignants extérieurs intervenant de façon régulière ou permanente, à temps complet ou à temps partiel, appartenant à l'une des professions mentionnées à l'article 1er du décret du 18 août 1995 susvisé, doivent être titulaires de l'un des titres visés au 3o de l'article 2 du présent arrêté et justifier d'un exercice professionnel, en tant que cadre, d'au moins trois ans.

L'équipe enseignante comporte au moins un enseignant, intervenant à temps complet ou à temps partiel, pour chacune des professions pour lesquelles l'institut est agréé. »

• **Directeur : J. L. GERARDI**

• **Directeurs adjoints : M.-H. IZARD - Cl. HUERTAS**

Les directeurs participent aux jurys constitués en vue de l'admission dans les écoles ou centres et de la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant la formation dispensée dans ces écoles et centres.

Ils doivent consacrer à leurs fonctions la totalité de leur activité. Ils sont consultés sur l'affectation des personnels dans l'Ecole dont ils assurent la direction ou la direction technique.... »

• **Secrétaires :**

Elles assurent l'accueil et le secrétariat liés à la formation et au fonctionnement de l'I.F.C.S.

Les référents

Les référents pédagogiques de stage

Les référents pédagogiques de stage ou R.P.S. sont des Cadres ou des Cadres Supérieurs de Santé. Ils assurent la continuité du projet de formation entre l'équipe pédagogique de l'I.F.C.S. et l'équipe d'encadrement du stage.

Le travail du R.P.S. est d'accompagner, soutenir l'étudiant dans la démarche de construction de son projet professionnel. Il facilite et nourrit un questionnement qui permet à l'étudiant d'élaborer et de comprendre les situations abordées.

Les référents des procédures évaluatives

Les référents des procédures évaluatives ou R.P.E. sont des Cadres de Santé formateurs en Institut de Formation et/ou des enseignants universitaires du master 1

Leur mission à l'I.F.C.S. est de travailler avec les formateurs permanents pour assurer l'évaluation de l'apprentissage des étudiants. Ils sont donc intégrés dans les dispositifs de contrôle et de régulation.

Les Directeurs de mémoire

Leur mission est d'accompagner les étudiants dans l'élaboration de leur travail de recherche en favorisant leur questionnement. Les directeurs de mémoire seront des professionnels de santé ayant également un doctorat ou étant en filière doctorante sous la responsabilité administrative d'un universitaire de ce département.

L'équipe des formateurs vacataires

Elle est constituée de Cadres de Santé, de Cadres de Direction, de Médecins et d'experts dans des domaines particuliers. Dans le cadre général du projet de formation et des missions de l'I.F.C.S., ces formateurs ont la responsabilité pédagogique de modules d'enseignement, d'interventions ponctuelles, d'activités de conseil pédagogique ou technique.

L'équipe des formateurs universitaires

En application de la convention passée entre le Président de l'Université de Provence et le Président du CA et le Directeur du IFCS C.H. BELLEVUE, elle intervient dans la formation conduisant au Diplôme de Cadre de Santé.

Compte tenu de la visée et du programme de la formation des Cadres de Santé développés à l'I.F.C.S., l'équipe pédagogique maître d'œuvre de la formation a choisi de bénéficier de l'apport du Département des Sciences de l'Education de l'Université de Provence

Cette année, l'équipe pédagogique a opté, dans le cadre du partenariat avec les Sciences Humaines - Sciences de l'Education, pour un master 1^{ère} année adapté au programme Cadre de Santé, intitulée " Formation et encadrement dans le secteur sanitaire et le travail social".

Les quotas des étudiants

En référence à l'agrément par le Ministère, le quota des étudiants pouvant être admis est de :

- 14 masseurs-kinésithérapeutes,
- 5 podologues
- 5 ergothérapeutes.

Ils sont sélectionnés selon les modalités relatives au concours (cf. arrêté du 18 août 95 - arrêté du 27 mai 1997 – arrêté du 16 août 1999 et arrêté du 14 août 2002 –Annexe 1)

Le nouveau projet de formation de l'IFCS

Le projet de l'IFCS pour l'année scolaire 2005-2006 est d'associer la même année le diplôme de cadre de santé à un master 1 pro dépendant du département en science de l'éducation de l'Université de Provence

L'intérêt du projet c'est la recherche de partenariat avec l'université en vue de devancer et ainsi préparer la mise en place de la réforme des études des professionnels de santé (il s'agit d'appliquer la démarche LMD aux formations du secteur de santé.)

Objectifs du dispositif de partenariat :

- Améliorer la qualité et la pertinence de la formation de cadre ;
- Développer les capacités des cadres sur leur terrain professionnel ;
- Donner la possibilité aux cadres de santé de poursuivre, s'ils le souhaitent un cursus de formation de plus haut niveau.

Le cadre de l'intervention

Le Ministère du Travail et des Affaires Sociales décide de l'agrément des Instituts de Formation des Cadres de Santé.

La Direction des Hôpitaux, la Direction Générale de la Santé et par délégation la D.R.A.S.S., sont chargées de l'élaboration, de la publication et du contrôle de l'application du programme de la formation.

A ce titre, il convient de tenir ces services informés des activités de formation et de recherche qui sont menées par l'équipe pédagogique de l'I.F.C.S. ainsi que des résultats obtenus.

L'université applique la réforme LMD qui facilite :

- la comparaison et les équivalences européennes
- la mobilité des étudiants
- la lisibilité des diplômes sur le marché du travail

L'organisation des études

Les grades

Les études se découpent en 3 grades : la Licence (L), le Master (M) et le Doctorat (D).

Chaque grade est atteint par l'acquisition d'ECTS (Européan Credit Transfer System).

Attention : les diplômes intermédiaires tels que les DEUG et les Maîtrises sont maintenus et délivrés aux étudiants qui le souhaitent.

Les ECTS

A chaque discipline correspond un certain nombre d'ECTS calculés selon différents facteurs tels que le volume horaire des cours, du travail personnel ou encore des stages. 1 semestre = 30 ects donc 180 ects vous seront nécessaires pour obtenir votre licence, 120 crédits supplémentaires pour votre master.

Les semestres

Les études sont organisées en semestres et non plus en années.

La licence correspond à 6 semestres d'enseignements, le master est lui découpé en 4 semestres.

Principes du dispositif :

L'ensemble des cours est dispensé à l'IFCS.

Le programme du Master 1 étant calqué sur le programme défini par l'arrêté du 18 Août 1995 préparant au diplôme de cadre santé : 360 heures soit 60 crédits sont nécessaires pour l'obtention du Master 1.

138h sont laissés à l'initiative de l'IFCS et 222h seront pris en charge par l'université. Soit au total pour l'année de formation à l'IFCS 498 h (rapport de 2/3, 1/3).

Module 1	Initiation à la fonction cadre (90 h)	
	IFCS	72%
	UNIVERSITE	18%

Module 2	Santé publique (90 h)	
	IFCS	82%
	UNIVERSITE	8%

Module 3	Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 h)	
	IFCS	20%
	UNIVERSITE	80%

Module 4	Fonction d'encadrement (150 h)	
	IFCS	70%
	UNIVERSITE	30%

Module 5	Initiation Fonction de formation (150 h)	
	IFCS	33%
	UNIVERSITE	67%

Module 6	Approfondissement des fonctions d'encadrement (150 h) et de formation	
	IFCS	60%
	UNIVERSITE	40%

Les cours sont dispensés par des enseignants universitaires et des enseignants de l'IFCS, dans les locaux de celui-ci, ce qui rend le dispositif transparent pour les étudiants par rapport aux années précédentes. Les évaluations sont organisées en collaboration avec l'université et suivant les critères de celle-ci ainsi que ceux du décret du 18 AOÛT 1995.

En pratique, si une évaluation est validée par l'université elle est automatiquement validée par l'IFCS (l'inverse n'est pas obligatoire).

Sur le fond l'approche universitaire va enrichir le programme par une démarche de pédagogie active basée sur la résolution du problème et en intégrant dans le programme l'analyse des modèles et des concepts comme outils incontournables de toutes démarches de recherche.

L'accès possible à la fois au Master 2 professionnel et au Master 2 de recherche selon les nouveaux textes qui régissent le LMD demande la réalisation d'un mémoire de recherche professionnel à partir d'enseignement aux différentes méthodologies de la recherche et la réalisation d'une recherche dans le cadre professionnel.

Les directeurs de mémoire seront des professionnels de santé ayant également un doctorat ou étant en filière doctorante sous la responsabilité administrative d'un universitaire ce département.

Conclusion :

Le projet pédagogique doit être conforme aux textes législatifs concernant le diplômes de cadre de santé et le diplôme universitaire Master 1 Pro. Il doit répondre à la professionnalisation des cadres de santé et décrire le dispositif pédagogique mis en place.

Documents juridiques en relation avec le cahier des charges

Bibliographie générale législative de la profession Cadre de Santé :

1. Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un D.C.S.
Arrêté du 18 août 1995 relatif au D.C.S.
Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 18 août 1995
Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995
Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995
2. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière – art. 1 à 10
3. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – Titres 1 à 6
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé –Articles 1 à 22
5. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière
Décret n° 2001-1376 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire des cadres de santé de la fonction publique hospitalière
6. Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 modifié par le décret 2000-577 du 27 juin 2000 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute
7. Décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice
8. Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie
9. Circulaire DH/8A/PK/CT n° 30 du 20 février 1990 : missions et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s et chefs hospitaliers

Bibliographie générale législative du système LMD

Arrêté du 19 février 2004 portant habilitation à délivrer des masters dans les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur
(JO n°64 du 16 mars 2004 - annexe du JO)

Lettre circulaire du 24 novembre 2003 relative à la mise en œuvre du master professionnel dans les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur

Arrêté du 4 juin 2003 relatif à l'évaluation du diplôme national de master par la commission d'évaluation des formations et diplômes de gestion
(JO n°138 du 17 juin 2003)

Arrêté du 4 juin 2003 portant nomination à la commission d'évaluation du diplôme national de master mis en oeuvre par les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur
(JO n°138 du 17 juin 2003)

Arrêté du 4 juin 2003 portant création de la commission d'évaluation du diplôme national de master mis en oeuvre par les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur
(JO n°138 du 17 juin 2003)

Lettre circulaire du 14 mars 2003 relative à la mise en œuvre du master dans les établissements habilités à délivrer le diplôme d'ingénieur

Note n° 0206433 du 14 novembre 2002 relative à la mise en œuvre du schéma licence-master-doctorat (LMD)

Arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme de master
(modifié par l' arrêté du 30 avril 2002)
(JO des 27 avril et 2 mai 2002)

Décret n° 2002-590 du 24 avril 2002 pris pour l'application du premier alinéa de l'article L.613-3 et de l'article 613-4 du code de l'éducation et relatif à la validation de l'expérience par les établissements d'enseignement supérieur
(JO du 26 avril 2002)

Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002

"Application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur"

(JO du 10 avril 2002, BO du 25 avril 2002)

N.B. Les trois premiers articles de ce texte ont été abrogés par le décret n°2004-703 du 13 juillet 2004 et codifiés (cf. art. D123-12 à 14 "Construction de l'Espace européen de

l'enseignement supérieur" du code de l'éducation, partie réglementaire, livre 1er, titre 2, chapitre 3, section 3)

Décret n° 2002-481 du 8 avril 2002

"Grades, titres universitaires et diplômes nationaux"

(JO du 10 avril 2002, BO du 25 avril 2002)

Décret n° 2001-295 du 4 avril 2001 portant création de la commission des formations et diplômes de gestion

(modifié par le décret n° 2002-480 du 8 avril 2002)

(JO du 7 avril 2001, BO du 26 avril 2001)

Décret n° 99-747 du 30 août 1999

(modifié par les décrets n° 2002-480 du 8 avril 2002 et n° 2002-604 du 25 avril 2002)

"Création du grade de master"

(JO des 2 septembre 1999, 10 et 27 avril 2002)

ANNEXE 2 : La contractualisation du stage

Contrat entre :

Nicole Turlan étudiante à l'université de ROUEN en Master 2 en ingénierie de formation et conseil et :

INSTITUT DE FORMATION DE CADRES DE SANTÉ RÉÉDUCATION

HÔPITAL BELLEVUE MONTPELLIER

1, place Jean Baumel. 34295 Montpellier cédex 5

Représenté par : Mr Jean Luc GERARDI, Directeur

La nature de la commande :

Etude du dispositif aboutissant à l'universitarisation de la formation préparant au diplôme de cadre de santé

Le contexte de la commande

Le projet de l'IFCS pour l'année scolaire 2005-2006 est d'associer la même année le diplôme de cadre de santé au master 1 en science de l'éducation.

La faisabilité de ce projet fait partie de l'étude. L'intérêt du projet c'est la recherche de partenariat avec l'université en vue de devancer et ainsi préparer la mise en place de la réforme des études des professionnels de santé (il s'agit d'appliquer la démarche LMD aux formations du secteur de santé.)

Intérêt et lien avec un projet de recherche.

Ce contexte va me permettre de travailler la notion de professionnalisation et la place de la démarche ou méthodologie universitaire dans la formation des professionnels de santé. Les questions qui se posent par rapport à la commande sont :

- quel est l'apport de l'université dans la formation de professionnalisation des métiers de santé ?
- Y a t il une adéquation entre besoins de formation et réponses ?

- L'évolution rapide des métiers demande une évolution de la formation professionnalisante, l'université répond elle à cette évolution ?
- La solution de l'enseignement universitaire professionnel est elle une protection professionnelle ou une évolution favorisant l'adaptation au contexte professionnel actuel ?
- La recherche d'harmonisation des études sur le plan européen, passe par la généralisation de la formation universitaire pour les études professionnelles, dans quelles mesures le système universitaire va t il répondre à l'apprentissage des savoirs faire professionnels ?

La formation doit produire de la compétence, l'université est-elle un facteur d'amélioration de la compétence ?

La nature du produit attendu :

Elaboration du référentiel de formation et du projet pédagogique

Calendrier :

Le stage débute le 1/02/05 et prend fin le 8 Juillet 2005

Le rapport de la mission sera remis au plus tard fin septembre 2005

Jours consacrés à la mission, la démarche de recherche, et à la rédaction du rapport de mission et du mémoire :

10 et 11 Février 05	(15h)
21 et 22 Février 05	(16h)
7/03 au 11/03/05	(38 h)
29/03 au 01/04/05	(30h)
06/06 au 8/06/05	(23h)
13/06 au 8/07/05	(152 h)
26/09 au 28/09/05	<u>(23 h)</u>
	297 h

Ce planning est prévisionnel, il peut être sujet à des modifications suivant l'avancement du travail et les impératifs ou obligations professionnelles. Le travail sera exécuté en partie sur le lieu du stage, au domicile, sur le lieu de travail et en déplacements en fonction de la recherche.

Fait à Montpellier le 3 Février 2005

Nicole TURLAN

Jean Luc Gérardi
Directeur de l'IFCS

ANNEXE 3 : Le référentiel métier

Le métier de cadre de santé

Ce chapitre s'appuie sur le compte rendu d'un groupe de réflexion mis en place afin de déterminer un cadre commun managérial dans lequel se retrouvent les références communes à tous les métiers d'encadrement de la fonction hospitalière (activités et compétence notamment).

Il a été repérés trois niveaux d'encadrement :

- Stratégique
- Intermédiaire
- De proximité

Niveau d'encadrement	Animation des ressources humaines	Impact des décisions et périodes d'autonomie
Stratégique	Coordination de plusieurs équipes de cadres intermédiaires	Long terme : un à trois ans
Intermédiaire	Coordination de plusieurs équipes de cadres de proximité	Moyen terme : six mois à un an
De proximité 1	Le plus souvent animation directe d'une équipe d'opérateurs	Court terme : un mois
De proximité 2		

Il a été déterminés deux profils de cadre de proximité correspondant à deux situations de management :

Cadre de proximité 1 : son rôle est essentiellement le management des personnes

Cadres de proximité 2 : il assure des activités d'animation technique dans la spécificité de son métier en ayant la nécessité d'être formé aux fonctions d'animation.

Le tableau suivant récapitule les critères d'identification de l'encadrement de proximité.

Critères	Cadre de proximité	Spécificités du métier ayant des responsabilités de management
Encadrement du personnel	Animation directe de 20 à 30 collaborateurs	Animation de 5 à 6 collaborateurs
Temps consacré au management d'équipe (unité ou projet)	Quasiment la totalité	5 à 15% avec fort tutorat individuel
Production	Pratiquement pas de production	Une grande partie du temps en production directe
Technicité et qualification des collaborateurs ou des participants du projet	Avant tout management dans un domaine donné	Forte technicité, il reste le référent de son équipe
Positionnement	Préférentiellement soins et logistique	Préférentiellement fonctions logistiques techniques ou administratives

Voici dans le tableau suivant la définition des activités de managements retenus (se réfèrent à chaque fois au domaine d'activité).

Domaines d'activités Niveau d'encadrement	Planification et contrôle des activités	Gestion et suivi des moyens et des ressources	Management des équipes et des personnes	Organisation	Coordination/transversalité
Stratégique	Conception d'un projet stratégique et de ses déclinaisons, pilotage et contrôle des politiques, des objectifs et des projets à long terme	Etablissement, négociation et répartition des budgets et effectifs annuels. Contrôle de la gestion des activités et des projets et de l'utilisation des moyens	Management et supervision de responsables et/ou d'équipes projet	Organisation des structures en fonction des choix stratégiques	Définition et mise en place de partenariats avec l'environnement extérieur
Intermédiaire	Planification et contrôle des résultats des projets et des actions concernant	Recensements des besoins, préparation des demandes de	Supervision d'une équipe de cadres de proximité	Définition, adaptation et mise en	Gestion, coordination et animation d'activité ou de projets

	les différentes unités	moyens et allocation de ressources entre les différentes unités. Consolidation et contrôle de gestion et budgétaire des unités		œuvre des processus/ procédures/ protocole	transversaux, en relation avec d'autres services
De proximité	Programmation hebdomadaire et contrôle des résultats de l'unité (unités de soins, atelier, etc)	Répartition des ressources et moyens dans l'unité (humain, technique et matériel, parfois budgétaires)	Gestion directe d'une équipe de professionnels	Contrôle et formation à l'application des processus/ procédures/ protocoles	Coordination et suivi de la prise en charge de prestations internes et/ou externes

Les fiches métiers :

Management des services de soins et le cadre de santé formateur enseignant.

Source : Répertoire des métiers version Décembre 2004. Répertoire réalisé par l'observatoire national des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière.

	CADRE DE SANTÉ D'UNITÉ DE SOINS ET D'ACTIVITÉS	CADRE DE SANTÉ FORMATEUR EN SOINS ET ACTIVITÉS PARAMÉDICALES	CADRE DE SANTÉ DE SECTEUR DE SOINS ET D'ACTIVITÉS PARAMÉDICALES
DÉFINITION	- Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et - coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations	- Former des étudiants, organiser les conditions de leurs apprentissages à l'une des professions paramédicales et réaliser des actions de formation continue	- Coordonner et optimiser les prestations de soins et d'activités paramédicales d'un ensemble d'unités ou de services dans une optique de qualité en manquant une équipe de cadres
SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER	Chargé de missions transversales	Chargé de missions transversales	Chargé de missions transversales
ACTIVITÉS PRINCIPALES	- Élaboration, réalisation et communication du projet paramédical du service ou de l'unité en liaison avec l'équipe médicale	- Formalisation, mise en oeuvre et évaluation du projet pédagogique de l'institut de formation au sein de l'équipe pédagogique et avec le	- Élaboration, réalisation et communication du projet paramédical en cohérence avec le projet médical pour un ensemble d'unités

	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion directe des personnels paramédicaux du service ou de l'unité - Programmation hebdomadaire et journalière des activités du service ou de l'unité - Répartition et gestion des ressources et des moyens dans l'unité - Suivi et bilan des activités du service ou de l'unité - Contrôle de la qualité, de la sécurité des soins et des activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs - Coordination et suivi des prestations de maintenance et de logistique - Gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales - Identification des besoins en formation du personnel, suivi et évaluation des résultats - Accueil et organisation de l'encadrement des nouveaux personnels et des étudiants - Conseil, information, éducation ou formation clinique ou technique, auprès des familles, des patients et du personnel - Veille professionnelle sur l'évolution de la santé, des professions, des techniques et du matériel 	<p>directeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation et planification des séquences d'enseignement théoriques et pratiques au sein de l'équipe pédagogique et avec le directeur - Enseignement, animation de travaux en groupes, de travaux pratiques, de travaux dirigés, de recherches et d'études - Encadrement des étudiants ou des élèves en stage - Entretien de suivi pédagogique personnalisé - Contrôle des connaissances et des compétences des étudiants - Organisation des stages cliniques en liaison avec les responsables des terrains de stage - Relations avec les formateurs prestataires externes - Recherche dans les domaines des soins et des activités paramédicales - Conseil et ingénierie pédagogique auprès des professionnels, instances et tutelles - Veille professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des besoins, préparation des demandes et répartition entre les différentes unités des moyens en ressources humaines et matériels - Suivi et contrôle de gestion budgétaire du secteur - Supervision d'une équipe de cadres de proximité et assistance dans la gestion des équipes des unités - Coordination des projets et des activités paramédicales en collaboration avec le responsable médical - Planification et contrôle de résultats des projets et des actions concernant les différentes unités - Suivi des recrutements, de l'encadrement du personnel, de l'accueil et de la formation des stagiaires affectés aux unités - Harmonisation des procédures et de leur mise en oeuvre dans les domaines de l'assurance qualité et de la sécurité (vigilances sanitaires, surveillance des risques, règles de bonnes pratiques, etc.) - Promotion et développement de la recherche dans le domaine professionnel - Rédaction du rapport d'activité du secteur en collaboration avec les cadres et les chefs de service - Veille professionnelle
<p>RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direction des soins pour la supervision et le suivi des projets - Chef de service pour la gestion journalière de l'unité 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeurs des soins et cadres de proximité pour l'organisation des stages - Intervenants extérieurs experts dans les disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> - Corps médical pour l'élaboration du projet et la gestion du secteur - Équipe de direction pour la gestion et le suivi des projets

	<ul style="list-style-type: none"> - Services de soins, médico-techniques, logistiques et administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels - Partenaires de santé extrahospitaliers pour la continuité des prestations - Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et les choix de moyens - Service de formation continue pour rechercher et organiser des formations adaptées aux besoins des personnels Instituts de formation et les écoles pour le suivi des étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> enseignées pour la planification et le contenu des interventions à l'école - Chargés de formation dans les différents instituts de formation ou écoles paramédicales pour échanges et coordination de planification - Professionnels paramédicaux pour l'organisation des stages et le suivi des étudiants - Associations professionnelles pour des échanges sur l'évolution du métier et de la formation et propositions d'actions de formation communes 	<ul style="list-style-type: none"> - Services logistiques pour les achats de matériels - Fournisseurs pour la veille sur les nouveaux matériels - Réseaux pour la gestion des flux d'activités ou de patients - Centres de formation pour la planification des stages, ou l'organisation de formations - Service de formation continue pour le plan de formation
<i>SAVOIR-FAIRE REQUIS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir et mettre en oeuvre un projet de service ou de l'unité avec le corps médical, en liaison avec les projets de l'établissement - Optimiser l'utilisation des ressources humaines et logistiques allouées au regard des variations de l'activité et des priorités - Organiser la répartition et la délégation des activités et des moyens du service ou de l'unité - Exploiter les tableaux de bord et les indicateurs de l'activité de la gestion économique de l'unité et de la qualité de la prise en charge des patients - Élaborer et mettre en oeuvre des procédures et protocoles en application des textes réglementaires et des recommandations - Animer, mobiliser et entraîner une équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un projet de formation avec l'équipe pédagogique - Concevoir un enseignement en fonction du contexte, des objectifs visés, et de la progression des personnes en formation - Adapter les méthodes et les moyens pédagogiques aux objectifs, aux contenus et aux caractéristiques de l'auditoire - Animer des groupes en formation dans le cadre d'une progression pédagogique - Construire des outils de sélection des candidats aux métiers paramédicaux - Construire des outils d'évaluation des compétences acquises par les étudiants paramédicaux - Évaluer l'adéquation de la formation avec les évolutions dans le domaine de la santé - Conseiller des étudiants en 	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir un projet de service ou d'unité - Arbitrer entre différentes propositions - Animer, mobiliser et entraîner une équipe - Conseiller et influencer les décisions du management stratégique - Travailler en réseau et en partenariat - Organiser la délégation des activités et des moyens dans son champ de responsabilité - Élaborer une stratégie de communication entre les unités afin et de favoriser le décloisonnement - Présenter et argumenter une action ou un projet auprès d'un groupe de professionnels - Évaluer et valoriser les compétences et le potentiel des cadres d'un ensemble d'unités et de services - Concevoir et élaborer le plan

	<ul style="list-style-type: none"> - Conduire des réunions - Fixer des objectifs et évaluer les résultats - Traiter et résoudre les situations conflictuelles - Élaborer et mettre en oeuvre un projet d'accueil et de formation des nouveaux personnels et étudiants - Identifier les informations pertinentes, choisir et utiliser des supports et des moyens adaptés pour communiquer Travailler en réseau 	<ul style="list-style-type: none"> formation ou en stage dans leur apprentissage et élaborer un plan individuel de soutien - Évaluer les prestations des intervenants - Définir et développer des projets de recherche - Concevoir des documents pédagogiques permettant la traçabilité de la formation et le suivi des résultats des étudiants ou des élèves - Développer le réseau de partenaires dans le domaine de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> de formation annuel d'un ensemble d'unités et de services - Évaluer les prestations de soins en exploitant les informations de façon quantitative et qualitative - Fixer des objectifs et évaluer les résultats - Travailler en réseau et le développer
<i>CONNAISSANCES ASSOCIÉES</i>	<ul style="list-style-type: none"> Regroupements d'activités par pôle et fonctionnement interprofessionnel - Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires - Évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétence - Évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques - Nouveaux modes de management partagé (médical, soignant, administratif) - Augmentation de la connaissance interprofessionnelle - Développement des compétences économiques et financières - Acquisition de connaissance juridique (droit des patients) - Attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités - Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge, des profils de postes et des responsabilités au sein des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de la validation des acquis de l'expérience dans la formation - Évolution des technologies de la formation (didacticiels, enseignements assistés par ordinateur, enseignements à distance par le WEB...) - Projet de modification de la première année de formation - Réflexions sur la modification des formations : universarisation, eurocompatibilité - Décentralisation de la formation dans les régions - Modification de la conception des formations, révision éventuelle des séquençements de formation, individualisation des parcours de formation, DIF - Développement de l'expertise dans le domaine de la bureautique, de l'informatique, de l'enseignement à distance, des logiciels spécifiques - Modification et adaptation du programme de formation - Renforcement du travail en 	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités nouvelles de gestion par pôles - Développement de la tarification à l'activité - Développement de missions transversales : recrutement, qualité, gestion des risques, formation... - Renforcement des politiques de réseau de soins - Renforcement de la problématique d'internalisation/externalisation des prestations médico-techniques - Évolution technologique des équipements médicotecniques (biologie, imagerie...) - Développement des modes de management partagé entre les médecins, administratifs et soignants - - Responsabilité accrue en matière de gestion financière sur un pôle déterminé et renforcement des compétences en suivi budgétaire et tableaux de bord - Connaissances accrues en matière de gestion financière, de suivi d'activités, mise en

	- Veille sur les évolutions techniques, nécessité de formation continue sur les nouveaux matériels	partenariat pluriprofessionnel dans le cadre d'une première année commune pour toutes les professions de santé - Élaboration des programmes de formations en lien avec l'université, les partenariats européens et interprofessionnels - Élargissement des réseaux de partenaires institutionnels (régions, départements, universités...) - Connaissance de la réglementation sur la formation et les modes de financement	place d'indicateurs - Développement des connaissances liées à de nouveaux domaines d'activité, vision globale de la gestion des établissements - Connaissance des réseaux de soins, partage des activités soignantes, travail en collaboration - Développement des analyses comparatives entre des fournisseurs de prestations médico-techniques - Renforcement du contrôle de gestion et du suivi des prix de revient et de la productivité pour les prestations internalisées - Veille sur les matériels nouveaux et adaptation de l'organisation et des procédures de travail
PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER	- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales - Diplôme de cadre de santé	- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales - Diplôme de cadre de santé	- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales - - Diplôme de cadre de santé
FAMILLE: Soins et activités paramédicales	SOUS-FAMILLE: Management et formation CODE MÉTIER : 1A403	SOUS-FAMILLE: Management et formation CODE MÉTIER : 1A401	SOUS-FAMILLE: Management et formation CODE MÉTIER : 1A404

ANNEXE 4 : Le référentiel de compétence

Les compétences du cadre de santé

"Le professionnel sait mettre en œuvre ses compétences en action dans toute situation, c'est "l'homme de la situation" capable de "réfléchir en action" et de s'adapter, de dominer toute situation nouvelle [...]. La professionnalité aboutit à une pratique qui s'appuie sur une base de connaissances rationnelles et intègre des pratiques réussies en situation pour s'adapter" (RAYNAL et RIEUNER, 1998,p.299).

La compétence est plus large qu'un savoir-faire, elle est une combinaison de savoir-faire, de savoir-être et de connaissances. Elle s'exprime dans l'action, dans la réalisation de l'acte professionnel, dans la capacité d'agir professionnellement en toutes circonstances quel que soit le contexte.

On est de moins en moins compétent tout seul. Il faut combiner ressources personnelles et ressources extérieures pour agir en compétence.

Il y a de plus en plus une dimension collective à la compétence individuelle. Une même connaissance, un même savoir faire peuvent rentrer dans plusieurs activités, il y a une combinaison permanente de connaissances.

La compétence n'est pas une somme de connaissances, elle est une combinaison de ressources. Les ressources personnelles comprennent :

- Les connaissances théoriques
- les connaissances de l'environnement de travail
- les savoirs faire opérationnels
- les savoirs faire sociaux et relationnels
- les savoirs faire cognitifs
- les ressources émotionnelles
- les ressources physiologiques

Les connaissances théoriques : Le savoir

Le programme de formation est défini dans l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au D.C.S. au chapitre de formation théorique . Il répond au besoin de connaissances théoriques nécessaire à la pratique de la profession. Il est réparti en 6 modules

MODULE 1 : Initiation à la fonction de cadre, (90 heures)

Objectifs : Définir et comprendre en début de formation le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires.

Identifier le rôle et les missions du cadre et découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises. Développer ses aptitudes à communiquer efficacement.

Appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision. Adapter et enrichir son projet professionnel.

I. - Notions de psychologie:

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux;

La psychologie des groupes et des individus;

La psychologie dans le travail.

II. - Notions de sociologie:

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux;

La sociologie des groupes et des organisations;

La sociologie du travail.

III. - Notions de communication:

L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux;

Les outils de la communication;

Les outils et la gestion de l'information.

IV. - Notions générales d'économie et de finances publiques:

Les concepts et notions de base de l'économie;

Les agents économiques et la comptabilité nationale;

Les instruments de la politique économique;

Les finances publiques.

V. - Notions générales de droit:

Les sources du droit;

Le droit constitutionnel et le droit administratif;

Le droit civil et le droit du travail;

Le droit communautaire;

Les responsabilités juridiques.

VI. - La fonction de cadre:

L'histoire et l'évolution de la fonction;

Le cadre et la fonction d'encadrement;

Les missions, fonctions et rôles de l'encadrement.

MODULE 2 : Santé publique (90 heures)

Objectifs : Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Etre capable de concevoir, élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

I. - Données générales:

a) Les concepts et principes de santé publique:

- définitions et représentations sociales;
- identification des besoins de santé;
- santé des populations.

b) Les démarches de santé publique:

- prévention, promotion et éducation pour la santé;
- hygiène de l'environnement;
- soins de santé primaires et communautaires.

c) Les indicateurs de santé publique:

- données démographiques et épidémiologiques;
- codification et nomenclature des activités;
- évaluations des prestations.

d) Les grands problèmes actuels de santé publique.

II. - La politique de santé publique et ses moyens:

a) La protection sociale et la solidarité:

- risques et régimes;
- structures de recouvrement et de prestations;
- aide sociale et action sociale.

b) Les organismes de santé publique.

c) L'organisation sanitaire et sociale:

- structures de l'Etat et structures territoriales;
- institutions sanitaires et sociales;
- exercice libéral.

d) L'évaluation des politiques de santé publique.

MODULE 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures)

Objectifs : Appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Etre capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Etre capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Etre capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

I. - Définition et références théoriques:

- l'épistémologie;
- les objets et champs de l'analyse des pratiques;
- les types et niveaux de recherches.

II. - Méthodologie d'analyse des pratiques:

- les démarches cliniques;
- la dimension culturelle des pratiques;
- les modes de transmission des savoirs;
- l'analyse méthodologique des pratiques.

III. - Méthodologie de la recherche:

- l'investigation et la documentation;
- l'analyse et la problématique;
- l'élaboration et la validation d'hypothèses;
- l'échantillonnage, le groupe test et l'expérimentation;
- l'analyse et l'exploitation des résultats.

IV. - Outils d'analyse des pratiques et de la recherche:

- les enquêtes, les études de cas;
- les outils d'information: banque de données, publications;
- les outils de recueil: questionnaires, interviews, entretiens, sondages;
- les outils de traitement: analyse de contenu, statistiques.

V. - Bases théoriques et cliniques de l'analyse des pratiques professionnelles et de la recherche appliquée:

- les techniques et technologies professionnelles;
- les domaines, disciplines et champs professionnels.

VI. - Analyse des pratiques, recherche et éthique:

- la législation et la réglementation;
- le Conseil national d'éthique, la Commission nationale informatique et liberté.

MODULE 4 : Fonction d'encadrement (150 ou 180 heures)

Objectifs : Déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale. Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Evaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

I. - Le cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire et social:

L'histoire des institutions et les références législatives;

La fonction publique hospitalière, les conventions collectives du secteur sanitaire et social;

Le droit syndical et les instances de représentation des personnels;

Les règles d'exercice des professions de santé.

II. - Le management:

a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.

b) Les démarches, méthodes et modèles:

- analyse stratégique et conduite de projet;

- animation d'équipe, négociation et décision, gestion des conflits, résolution de problèmes;

- gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, évaluation et notation;

- autorité et pouvoir, délégation et contrôle.

III. - L'organisation et les conditions de travail:

a) Les structures et leur fonctionnement:

- secteurs et services et leurs relations;

- coopérations avec les instituts de formation.

b) L'organisation et l'amélioration des conditions de travail:

- organisation du travail dans les différents secteurs d'activité;

- analyse des charges physiques, psychiques et mentales;

- ergonomie.

c) L'hygiène et la sécurité:

- prévention des risques professionnels;

- sécurité des locaux et installations;

- comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et comité de lutte contre les infections nosocomiales.

IV. - L'organisation et l'évaluation des activités professionnelles:

a) Les procédures et les protocoles d'activités professionnelles;

b) La planification et l'organisation des activités professionnelles;

c) La démarche d'assurance qualité et l'évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles.

V. - L'utilisateur et les structures de soins:

a) Les droits des patients;

b) Les relations avec les patients, les familles, les réseaux de soins;

- c) La prévention des risques iatrogènes;
- d) Le secret médical, le secret professionnel et l'éthique.

VI. - La gestion économique et financière:

a) Le financement et le budget des établissements:

- ressources, tutelles et procédures;
- comptabilité hospitalière, budgets de service.

b) La gestion économique:

- équipements, locaux;
- stocks, consommables et petit matériel.

c) Les outils de gestion et de contrôle:

- centres de responsabilité;
- tableaux de bord, outils de gestion médicalisée;
- informatique, archivage des informations.

MODULE 5 : Fonction de formation (150 ou 180 heures)

Objectifs : Maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en oeuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Evaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

I. - Le cadre législatif et réglementaire de la formation:

L'histoire des institutions et les références législatives;

La réglementation dans la fonction publique hospitalière et dans le secteur sanitaire et social privé.

II. - La pédagogie:

a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.

b) Les démarches, méthodes et modèles:

- projets, stratégies et modalités pédagogiques;
- contenus et référentiels de formation;
- méthodes et méthodologie d'évaluation;
- exposé, analyse et synthèse, commentaire;
- travaux de groupe, travaux dirigés.

c) Les outils et supports pédagogiques:

- fonds et recherche documentaires;
- aides et supports audiovisuels et informatiques.

d) Les facteurs de mise en oeuvre de la formation:

- potentialités, aptitudes et capacités;
- relation formateur - étudiants, besoins et motivations;
- rôle du formateur, pédagogie adaptée à l'adulte.

III. - L'organisation et les dispositifs de formation:

a) Les formations initiales et continues du secteur sanitaire et social:

- formations initiales: conditions d'accès, programmes, diplômes et certificats;
- formations continues: typologie des actions, conditions d'accès.

b) Les structures et le fonctionnement des établissements de formation:

- écoles et instituts de formations initiales;
- organismes et centres de formation continue;
- relations avec les tutelles, les établissements.

IV. - L'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques:

- a) Les procédures et protocoles de l'apprentissage professionnel initial et continu;
- b) La planification et l'organisation de la formation professionnelle initiale et continue;
- c) La démarche de certification et l'évaluation qualitative et quantitative de la formation professionnelle initiale et continue.

V. - L'étudiant et la formation:

- a) Les droits des personnes en formation initiale et continue;
- b) Les relations avec l'institut de formation, le lieu de stage et les patients.

VI. - La gestion de la formation:

- a) La gestion et le financement des écoles et instituts de formation initiale;
- b) La gestion et le financement de la formation continue;
- c) La gestion des locaux, équipements et outils pédagogiques.

MODULE 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels (150 heures) Ce module doit obligatoirement être effectué en fin de formation.

Objectifs : Approfondir les connaissances acquises au cours de la formation.

Perfectionner les pratiques de la fonction que l'étudiant souhaite exercer, à partir de sa famille professionnelle d'origine.

Actualiser les connaissances et analyser l'impact des évolutions techniques et fondamentales intervenues dans le domaine de sa filière professionnelle.

En fonction du choix du candidat, ce module sera axé sur la fonction de formation ou sur la fonction d'encadrement, avec ou sans complément en santé publique. A cet effet, les thèmes du programme des modules 1, 2, 3, 4, et 5 peuvent être partiellement répartis au sein du module 6 dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et doivent être enrichis, selon le choix du type d'approfondissement effectué par le candidat, des thèmes suivants:

Approfondissement de la fonction d'encadrement:

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles;
- analyse des pratiques appliquées aux filières professionnelles;
- démarches d'organisation du travail appliquées aux filières professionnelles;
- responsabilités et particularités des cadres gestionnaires;
- analyse et perspectives d'évolution des métiers;
- coopérations et interactions des métiers;
- législation et réglementation européenne de l'exercice des professions;
- éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement de la fonction de formation:

- analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles;
- analyse des pratiques pédagogiques appliquées aux filières professionnelles;
- démarches de conception pédagogique appliquées aux filières professionnelles;

- responsabilités et particularités des cadres formateurs;
- analyse et perspectives d'évolution des formations;
- coopérations et interactions des formations;
- législation et réglementation européenne de la formation des professions; - éthique et déontologie professionnelles.

Approfondissement du module Santé publique:

- analyse des pratiques de santé publique appliquées aux filières professionnelles;
- démarches de conception d'un programme appliqué aux filières professionnelles;
- responsabilités et particularités des cadres de santé publique;
- législation et réglementation européenne de santé publique;
- références et programmes prioritaires européens et internationaux.

La compétence à agir se construit à partir du savoir faire

Le savoir faire est lié à la compétence professionnelle à agir. Il existe des compétences disciplinaires et des compétences transversales. Dans le domaine professionnel de cadre de santé le développement des compétences transversales est prédominant. Tout comme les compétences disciplinaires, les compétences transversales correspondent à des savoir-agir fondés sur la mobilisation et l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources. Elles ont toutefois ceci de particulier qu'elles dépassent les frontières des savoirs disciplinaires tout en accentuant leur consolidation et leur réinvestissement dans les situations concrètes professionnelles, précisément en raison de leur caractère transversal.

Leur développement est un processus évolutif, qui se poursuit tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'institut de formation et bien au-delà de l'obtention du diplôme car il n'est jamais complètement achevé. Elles sont complémentaires les unes par rapport aux autres et toute situation complexe fait nécessairement appel à plusieurs d'entre elles à la fois.

Nous retenons neuf compétences transversales génériques regroupées en quatre ordres:

- les compétences d'ordre intellectuel: exploiter l'information; résoudre des problèmes; exercer son jugement critique; mettre en oeuvre sa pensée créatrice;
- les compétences d'ordre méthodologique: se donner des méthodes de travail efficaces; exploiter les technologies de l'information et de la communication;
- les compétences d'ordre personnel et social: structurer son identité professionnelle; coopérer;

- la compétence de l'ordre de la communication: communiquer de façon appropriée.

A partir de ces compétences transversales génériques se déclinent des savoirs faire clés ciblés au métier de cadre de santé

Savoir faire clés : « être capable de ... »	Encadrement de proximité	Encadrement intermédiaire	Encadrement stratégique
Anticiper les activités et les moyens nécessaires	Etablir les prévisions d'activités/de moyen, les mobiliser, les optimiser au regard des variations internes/externes	Définir les orientations du domaine d'activité et ajuster le plan d'action annuel (ou projet de service) aux variations internes/externes et aux évolutions des choix stratégiques	Elaborer un projet, une politique en adéquation avec les besoins et les contraintes de la structure/de l'établissement, à partir d'une veille
Fixer des objectifs et évaluer les résultats des équipes et/ou des collaborateurs	Fixer les objectifs de l'équipe, évaluer et reconnaître les résultats	Fixer les objectifs de l'encadrement de proximité, évaluer et reconnaître les résultats	Fixer les objectifs de l'encadrement intermédiaire, évaluer et connaître les résultats
Créer et adapter les conditions de l'efficacité de l'innovation et de la motivation des agents	Organiser et répartir le travail en fonction des attentes et compétences de ses collaborateurs		
Réagir aux situations et décider entre les différentes alternatives (humaines, techniques, équipements, fournisseurs, procédures...)	Evaluer et décider des priorités d'activité au quotidien au regard de différentes alternatives	Arbitrer entre différentes propositions, conseiller et influencer les décisions du management	Elaborer des scénarios alternatifs, influencer et/ou décider des choix stratégiques de la structure/de l'établissement

		stratégique	
Animer et entraîner des collaborateurs et/ou des équipes	Animer et entraîner une équipe de collaborateurs		
	Travailler en réseau	Travailler en réseau et le développer	Créer et animer un réseau
	Traiter les différends et les conflits professionnels		
	Organiser la délégation des responsabilités et des moyens dans son champ de responsabilité		
	Favoriser l'expression de ses collaborateurs ou de ses pairs sur les problèmes, orientations et innovations pour le futur		
Communiquer oralement et/ou par écrit auprès de son équipe et/ou de public divers	Présenter et argumenter sur une action, un projet auprès d'un groupe de professionnels	S'exprimer auprès de publics variés internes et externes et les faire adhérer aux enjeux et projets stratégiques	
	Conduire des entretiens individuels/des réunions avec des collaborateurs, des candidats, des familles, des professionnels		
Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs	Evaluer et valoriser les compétences des collaborateurs de l'unité	Evaluer et valoriser les compétences de l'encadrement de proximité	Evaluer et valoriser les compétences de l'encadrement intermédiaire
	Détecter et orienter les potentiels de l'équipe de collaborateurs	Détecter et orienter les potentiels de l'équipe de cadres	Evaluer et décider des actions de promotion professionnelles

La compétence à être cadre de santé dépasse le savoir être

Certains auteurs américains situent les compétences sur les savoir être. Ils ont dégagé 11 compétences génériques : l'initiative, la persévérance, la créativité, la préoccupation des

autres, les relations interpersonnelles, la confiance en soi, la persuasion, l'influence, le leadership, le contrôle de soi, l'esprit critique.

Mais la « compétence à être » dépasse le « savoir être ». C'est un savoir être conscient qui s'exprime dans la réalisation de l'acte professionnel qui l'accompagne. Il peut aussi être en lui-même, en particulier pour le cadre de santé, la production d'un acte professionnel. Il s'exprime dans la relation, dans l'échange et implique une connaissance de soi et de l'autre et des jeux relationnels. Il y a un regard distancié porté sur l'interrelation ou, sur l'action et les interactions relationnelles impliquées dans celle-ci. La relation professionnelle, dans ce cas, permet le développement de l'individuation, de l'autonomie du bénéficiaire et aussi du professionnel.

Dans les métiers relationnels, la compétence à « être » est essentiel dans l'action, elle est incontournable dans la compétence professionnelle mais elle est difficile à définir car elle concerne la personnalité et son expression dans l'action.

La créativité paraît être une qualité au centre de la compétence à être. C'est la faculté de développer face à une situation nouvelle, une réponse originale et adaptée.

Être créatif c'est :

- Se ménager le temps de diverger, de rêver, de s'éloigner des données contraignantes du problème à résoudre pour y revenir ensuite enrichi
- Considérer que chaque problème admet un grand nombre de solutions et que la moisson du plus grand nombre de solutions possibles accroît la probabilité d'apparition de la solution la mieux adaptée
- Accepter de ne pas rejeter à priori une idée même si elle paraît totalement inadaptée au problème posé
- Aller voir ailleurs si la solution ne s'y trouve pas
- Ne pas refuser de soumettre le problème à d'autres et à des profanes qui le regarderont d'un œil neuf et l'éclaireront de leur candeur.

L'autonomie (dans le sens d'être soi et différent de l'autre) et l'ouverture (dans le sens d'accepter la différence avec la notion d'équivalence de valeur) sont deux autres qualités individuelles pilier dans la notion de compétence à être.

Être autonome et ouvert demande :

- D'être congruent : c'est être authentique, en accord avec soi-même. Une personne est congruente quand il y a une correspondance entre son expérience, sa conscience et sa communication à l'autre.
- D'avoir de la considération : c'est une attention positive à l'autre, sans préjugé ni interprétation hâtive.
- D'être empathique : pour Rogers (1966) l'empathie c'est se mettre à la place de l'autre pour comprendre son cheminement intérieur, sans être l'autre et souffrir soi-même. Cela demande une ouverture à la réalité d'autrui tout en restant soi-même. Ce n'est ni une relation fusionnelle ni projective. Elle demande d'être dans le non jugement.

ANNEXE 5 : Le référentiel de formation

Synergie avec théorie et pratique

La durée totale de la formation préparatoire au diplôme de cadre de santé est de quarante-deux semaines dont une semaine de congés. La dispensation de la formation, dont le programme est constitué de modules capitalisables, peut être organisée par les instituts de formation des cadres de santé, soit de façon continue sur une année scolaire, soit de façon discontinue sur une période n'excédant pas quatre années scolaires. Dans ce dernier cas, l'étudiant doit exprimer son choix au plus tard lors de la proclamation des résultats des épreuves de sélection pour l'admission.

La formation comporte deux semaines de travail personnel, de recherche et de documentation dont le directeur fixe la date après avis du conseil technique. Le programme de la formation théorique et pratique est défini à l'annexe I du présent arrêté.

Les étudiants sont invités en début d'année à définir un projet de recherche personnel et professionnel. Ils disposent dès le début de l'année de la journée du vendredi pour le mener à bien.

Dans les autres domaines de stage (management et pédagogie) le travail demandé est en relation avec une mise en situation de résolution de problème en privilégiant l'interdisciplinarité. L'étudiant devient ainsi acteur de son apprentissage, il peut relever ses lacunes dans le cadre de la résolution du problème, il peut évaluer et étudier la complexité des situations dans lesquelles, il est amené à prendre des décisions, il est invité à poser un regard interdisciplinaire pouvant l'aider à la prise de décision.

Sont mis en place des temps de régulation stages et mémoire de recherche. Ces temps sont des moments pédagogiques privilégiés mêlant le travail d'équipe, le traitement de l'erreur comme une prise de conscience nouvelle, le croisement de visions différentes, le désir de la découverte, le traitement des thèmes de façon interdisciplinaire.

L'animateur de ces temps de régulation se positionne comme un guide. Ces temps de régulation permettent de porter une vision holistique sur le problème posé, elle est à l'origine de la capacité d'anticipation qui prépare aux changements, elle permet d'imaginer des perspectives.

Le dispositif pédagogique : articulation entre l'IFCS et l'université

- FORMATION THEORIQUE		
MODULE 1 : Initiation à la fonction de cadre		
90 heures		
Arrêté de 1995	A la charge de l'IFCS	A la charge de l'université
<p>Objectifs</p> <p>Définir et comprendre en début de formation le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires.</p> <p>Identifier le rôle et les missions du cadre et découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises.</p> <p>Développer ses aptitudes à communiquer efficacement.</p> <p>Appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision. Adapter et enrichir son projet professionnel.</p>	<p>Prise en charge par l'IFCS de la totalité du module</p>	
<p>Contenu</p> <p>I. - Notions de psychologie: L'histoire, les grands courants,</p>		

<p>théories, concepts et principes fondamentaux;</p> <p>La psychologie des groupes et des individus;</p> <p>La psychologie dans le travail.</p> <p>II. - Notions de sociologie:</p> <p>L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux;</p> <p>La sociologie des groupes et des organisations;</p> <p>La sociologie du travail.</p> <p>III. - Notions de communication:</p> <p>L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux;</p> <p>Les outils de la communication;</p> <p>Les outils et la gestion de l'information.</p> <p>IV. - Notions générales d'économie et de finances publiques:</p> <p>Les concepts et notions de base de l'économie;</p> <p>Les agents économiques et la comptabilité nationale;</p> <p>Les instruments de la politique économique;</p> <p>Les finances publiques.</p> <p>V. - Notions générales de droit:</p> <p>Les sources du droit;</p> <p>Le droit constitutionnel et le droit administratif;</p> <p>Le droit civil et le droit du travail;</p> <p>Le droit communautaire;</p> <p>Les responsabilités juridiques.</p> <p>VI. - La fonction de cadre:</p> <p>L'histoire et l'évolution de la fonction;</p> <p>Le cadre et la fonction d'encadrement;</p>		
--	--	--

Les missions, fonctions et rôles de l'encadrement.		
Evaluation : Réalisée par l'IFCS <ul style="list-style-type: none"> - Epreuve orale : Une présentation orale à partir de la problématique de stage, à mettre en lien avec l'enseignement théorique de ce module - Epreuve écrite : Production d'un rapport de stage écrit 		

MODULE 2 : Santé publique		
90 heures		
Arrêté de 1995	Pris en charge par IFCS	Pris en charge par l'université
Objectifs Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Etre capable de concevoir, élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.	Prise en charge par l'IFCS de la totalité du module	
Contenu I. - Données générales: a) Les concepts et principes de santé publique: - définitions et représentations sociales; - identification des besoins de santé; - santé des populations. b) Les démarches de santé publique: - prévention, promotion et éducation pour la santé; - hygiène de l'environnement; - soins de santé primaires et communautaires. c) Les indicateurs de santé publique: - données démographiques et épidémiologiques; - codification et nomenclature des activités; - évaluations des prestations. d) Les grands problèmes actuels de santé publique. II. - La politique de santé publique et ses moyens: a) La protection sociale et la solidarité: - risques et régimes;		

<ul style="list-style-type: none"> - structures de recouvrement et de prestations; - aide sociale et action sociale. b) Les organismes de santé publique. c) L'organisation sanitaire et sociale: <ul style="list-style-type: none"> - structures de l'Etat et structures territoriales; - institutions sanitaires et sociales; - exercice libéral. d) L'évaluation des politiques de santé publique. 		
<p>Evaluations : Réalisée par l'IFCS</p>		
<p>Production d'un document écrit à partir d'une question de synthèse avec soutenance orale.</p>		

MODULE 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche 90 heures dont 72 heures par l'Université		
Arrêté de 1995	Pris en charge par IFCS	Pris en charge par l'université
<p>Objectifs</p> <p>Appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Etre capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Etre capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Etre capable de conduire l'analyse critique d'une publication.</p>		<p>M5 - Méthodologies 1 - Les méthodes de recherche (6 crédits)</p> <p>Objectifs : Concevoir une recherche à partir des principaux paradigmes</p> <p>M10 - Méthodologies 2 - Les techniques de l'intervention sociale (6 crédits)</p> <p>Objectifs : Acquisition de techniques pour instrumenter son action</p>
<p>Contenu</p> <p>I. - Définition et références théoriques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'épistémologie; - les objets et champs de l'analyse des pratiques; - les types et niveaux de recherches. <p>II. - Méthodologie d'analyse des pratiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les démarches cliniques; - la dimension culturelle des pratiques; 	<p>V. - Bases théoriques et cliniques de l'analyse des pratiques professionnelles et de la recherche appliquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les techniques et technologies professionnelles; - les domaines, disciplines 	<p>Contenus M5 :</p> <p>Positions épistémologiques de la recherche en sciences humaine et sociale. Les méthodes de recherche en sciences de l'éducation</p>

<p>- les modes de transmission des savoirs; - l'analyse méthodologique des pratiques.</p> <p>III. - Méthodologie de la recherche:</p> <p>- l'investigation et la documentation; - l'analyse et la problématique; - l'élaboration et la validation d'hypothèses; - l'échantillonnage, le groupe test et l'expérimentation; - l'analyse et l'exploitation des résultats.</p> <p>IV. - Outils d'analyse des pratiques et de la recherche:</p> <p>- les enquêtes, les études de cas; - les outils d'information: banque de données, publications; - les outils de recueil: questionnaires, interviews, entretiens, sondages; - les outils de traitement: analyse de contenu, statistiques.</p> <p>V. - Bases théoriques et cliniques de l'analyse des pratiques professionnelles et de la recherche appliquée:</p> <p>- les techniques et technologies professionnelles; - les domaines, disciplines et champs professionnels.</p> <p>VI. - Analyse des pratiques, recherche et éthique:</p> <p>- la législation et la réglementation; - le Conseil national d'éthique, la Commission nationale informatique et liberté.</p>	<p>et champs professionnels.</p> <p>VI. - Analyse des pratiques, recherche et éthique:</p> <p>- la législation et la réglementation; - le Conseil national d'éthique, la Commission nationale informatique et liberté.</p>	<p>Contenus M 10 :</p> <p>Le questionnaire, l'entretien, l'observation</p> <p>Règles de construction et de traitements.</p> <p>Méthodes et techniques de l'analyse documentaire.</p>
<p>Evaluations : Voir avec le module 6</p>		

<p>MODULE 4 : Fonction d'encadrement</p> <p>150 heures</p> <p>72h effectuées et validées par l'IFCS</p>		
<p>Arrêté de 1995</p>	<p>Pris en charge par IFCS</p>	<p>Pris en charge par</p>

		l'université
<p>Objectifs</p> <p>Déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale. Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels.</p> <p>Anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Evaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.</p>	<p>Prise en charge par l'IFCS de la moitié du module</p>	<p>Formation, Education, Encadrement, dans le secteur Sanitaire et Social (12 crédits)</p>
<p>I. - Le cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire et social:</p> <p>L'histoire des institutions et les références législatives;</p> <p>La fonction publique hospitalière, les conventions collectives du secteur sanitaire et social;</p> <p>Le droit syndical et les instances de représentation des personnels;</p> <p>Les règles d'exercice des professions de santé.</p> <p>II. - Le management:</p> <p>a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.</p> <p>b) Les démarches, méthodes et modèles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse stratégique et conduite de projet; - animation d'équipe, négociation et décision, gestion des conflits, résolution de problèmes; - gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, évaluation et notation; - autorité et pouvoir, délégation et contrôle. <p>III. - L'organisation et les conditions de travail:</p> <p>a) Les structures et leur fonctionnement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - secteurs et services et leurs relations; - coopérations avec les instituts de formation. <p>b) L'organisation et l'amélioration des conditions de travail:</p>		

<p>- organisation du travail dans les différents secteurs d'activité;</p> <p>- analyse des charges physiques, psychiques et mentales;</p> <p>- ergonomie.</p> <p>c) L'hygiène et la sécurité:</p> <p>- prévention des risques professionnels;</p> <p>- sécurité des locaux et installations;</p> <p>- comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et comité de lutte contre les infections nosocomiales.</p> <p>IV. - L'organisation et l'évaluation des activités professionnelles:</p> <p>a) Les procédures et les protocoles d'activités professionnelles;</p> <p>b) La planification et l'organisation des activités professionnelles;</p> <p>c) La démarche d'assurance qualité et l'évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles.</p> <p>V. - L'utilisateur et les structures de soins:</p> <p>a) Les droits des patients;</p> <p>b) Les relations avec les patients, les familles, les réseaux de soins;</p> <p>c) La prévention des risques iatrogènes;</p> <p>d) Le secret médical, le secret professionnel et l'éthique.</p> <p>VI. - La gestion économique et financière:</p> <p>a) Le financement et le budget des établissements:</p> <p>- ressources, tutelles et procédures;</p> <p>- comptabilité hospitalière, budgets de service.</p> <p>b) La gestion économique:</p> <p>- équipements, locaux;</p> <p>- stocks, consommables et petit matériel.</p> <p>c) Les outils de gestion et de contrôle:</p> <p>- centres de responsabilité;</p> <p>- tableaux de bord, outils de gestion médicalisée;</p> <p>- informatique, archivage des informations.</p>		
---	--	--

Evaluation : Réalisée par l'IFCS

- **Epreuve orale : Réalisation en partenariat avec l'IFCS du CHU d'une étude à partir d'une analyse de la situation. Celle-ci est organisée par groupe pluridisciplinaire de 3 étudiants sur une durée de 10 demi-journées en secteur d'hospitalisation. L'évaluation sera réalisée au terme du déroulement de l'étude par la soutenance en groupe devant un jury composé d'un formateur et du cadre de santé responsable de la commande.**

Validation IFCS note donnée à l'université.

Epreuve écrite : Réalisation d'un document à partir de la problématique de stage choisie et mis en lien avec les modèles théoriques

Les deux notes sont transmises à l'Université pour la validation du module

MODULE 5 : Fonction de formation		
150 heures dont 72 h prises en charge par l'Université		
Arrêté de 1995	Pris en charge par IFCS	Pris en charge par l'université
<p>Objectifs</p> <p>Maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en oeuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Evaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.</p>		<p>M1 - Théories de l'apprentissage et didactique (6 crédits)</p> <p>Objectifs : Remise à niveau sur les fondamentaux des sciences de l'éducation</p> <p>M2 - Modèles de l'évaluation et de la formation (6 crédits)</p> <p>Objectifs : Remise à niveau sur les fondamentaux des sciences de l'éducation</p>
<p>Contenus</p> <p>I. - Le cadre législatif et réglementaire de la formation:</p> <p>L'histoire des institutions et les références législatives;</p> <p>La réglementation dans la fonction publique</p>	<p>I. - Le cadre législatif et réglementaire de la formation:</p> <p>L'histoire des institutions et les références législatives;</p> <p>La réglementation dans la</p>	<p>Contenus M1 :</p> <p>L'Apprendre et l'apprentissage</p> <p>Les théories de l'apprentissage</p> <p>Les théories du didactique</p>

<p>hospitalière et dans le secteur sanitaire et social privé.</p> <p>II. - La pédagogie:</p> <p>a) L'histoire, les grands courants, théories, concepts et principes fondamentaux.</p> <p>b) Les démarches, méthodes et modèles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - projets, stratégies et modalités pédagogiques; - contenus et référentiels de formation; - méthodes et méthodologie d'évaluation; - exposé, analyse et synthèse, commentaire; - travaux de groupe, travaux dirigés. <p>c) Les outils et supports pédagogiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fonds et recherche documentaires; - aides et supports audiovisuels et informatiques. <p>d) Les facteurs de mise en oeuvre de la formation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potentialités, aptitudes et capacités; - relation formateur - étudiants, besoins et motivations; - rôle du formateur, pédagogie adaptée à l'adulte. <p>III. - L'organisation et les dispositifs de formation:</p> <p>a) Les formations initiales et continues du secteur sanitaire et social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formations initiales: conditions d'accès, programmes, diplômes et certificats; - formations continues: typologie des actions, conditions d'accès. <p>b) Les structures et le fonctionnement des établissements de formation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - écoles et instituts de formations initiales; - organismes et centres de formation continue; - relations avec les tutelles, les établissements. <p>IV. - L'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques:</p> <p>a) Les procédures et protocoles de l'apprentissage professionnel initial et continu;</p> <p>b) La planification et l'organisation de la formation professionnelle initiale et continue;</p> <p>c) La démarche de certification et l'évaluation qualitative et quantitative de la formation professionnelle initiale et continue.</p>	<p>fonction publique hospitalière et dans le secteur sanitaire et social privé.</p> <p>III. - L'organisation et les dispositifs de formation:</p> <p>a) Les formations initiales et continues du secteur sanitaire et social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formations initiales: conditions d'accès, programmes, diplômes et certificats; - formations continues: typologie des actions, conditions d'accès. <p>b) Les structures et le fonctionnement des établissements de formation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - écoles et instituts de formations initiales; - organismes et centres de formation continue; - relations avec les tutelles, les établissements. <p>IV. - L'organisation et l'évaluation des systèmes pédagogiques:</p> <p>a) Les procédures et protocoles de l'apprentissage professionnel initial et continu;</p> <p>b) La planification et l'organisation de la formation professionnelle initiale et continue;</p> <p>c) La démarche de certification et l'évaluation qualitative et quantitative de</p>	<p>La didactique professionnelle et la clinique de l'activité</p> <p>Contenus M2 : Modèles et dispositifs de l'évaluation</p> <p>Modèles de la formation</p>
---	--	---

<p>V. - L'étudiant et la formation:</p> <p>a) Les droits des personnes en formation initiale et continue;</p> <p>b) Les relations avec l'institut de formation, le lieu de stage et les patients.</p> <p>VI. - La gestion de la formation:</p> <p>a) La gestion et le financement des écoles et instituts de formation initiale;</p> <p>b) La gestion et le financement de la formation continue;</p> <p>c) La gestion des locaux, équipements et outils pédagogique</p>	<p>la formation professionnelle initiale et continue.</p> <p>V. - L'étudiant et la formation:</p> <p>a) Les droits des personnes en formation initiale et continue;</p> <p>b) Les relations avec l'institut de formation, le lieu de stage et les patients.</p> <p>VI. - La gestion de la formation:</p> <p>a) La gestion et le financement des écoles et instituts de formation initiale;</p> <p>b) La gestion et le financement de la formation continue;</p> <p>c) La gestion des locaux, équipements et outils pédagogiques</p>	
--	---	--

Evaluations : Réalisée par l'Université et l'IFCS.

- **Epreuve orale (validation par l'IFCS) :** Une soutenance orale à partir d'une problématique de stage représentant la note d'oral pour l'IFCS.

- **Epreuve écrite (Validation par l'Université) :** Un travail écrit en lien avec les modèles théoriques qui valide les modules M1 et M2 du master 1.

Cette note est transmise à l'IFCS pour la validation du module 5

MODULE 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels

150 heures dont 36 heures effectuées par l'Université

Ce module doit obligatoirement être effectué en fin de formation.

Arrêté de 1995	Pris en charge par IFCS	Pris en charge par l'université
<p>Objectifs</p> <p>Approfondir les connaissances acquises au cours de la formation.</p>		<p>M11 - Régulation du mémoire et du projet de formation (6 crédits)</p>

<p>Perfectionner les pratiques de la fonction que l'étudiant souhaite exercer, à partir de sa famille professionnelle d'origine. Actualiser les connaissances et analyser l'impact des évolutions techniques et fondamentales intervenues dans le domaine de sa filière professionnelle.</p> <p>En fonction du choix du candidat, ce module sera axé sur la fonction de formation ou sur la fonction d'encadrement, avec ou sans complément en santé publique. A cet effet, les thèmes du programme des modules 1, 2, 3, 4, et 5 peuvent être partiellement répartis au sein du module 6 dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et doivent être enrichis, selon le choix du type d'approfondissement effectué par le candidat, des thèmes suivants:</p> <p>Approfondissement de la fonction d'encadrement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles; - analyse des pratiques appliquées aux filières professionnelles; - démarches d'organisation du travail appliquées aux filières professionnelles; - responsabilités et particularités des cadres gestionnaires; - analyse et perspectives d'évolution des métiers; - coopérations et interactions des métiers; - législation et réglementation européenne de l'exercice des professions; - éthique et déontologie professionnelles. <p>Approfondissement de la fonction de formation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse et actualisation des récentes évolutions et connaissances scientifiques appliquées aux filières professionnelles; - analyse des pratiques pédagogiques appliquées aux filières professionnelles; - démarches de conception pédagogique appliquées aux filières professionnelles; - responsabilités et particularités des cadres formateurs; 		<p>Objectifs : Se distancier pour devenir un acteur réflexif</p> <p>Contenus : Travail pour le mémoire de la seconde année de master</p> <p>Choix de la thématique.</p> <p>Problématisation de la question d'étude. Dispositif d'intervention prévu</p> <p>Régulation de la formation : Application du décret de 1997 faisant obligation de faire participer les étudiants à l'évaluation de leur cursus. Gestion au fur et à mesure de l'année de la qualité de la formation.</p> <p>Participation active des étudiants à la régulation de l'organisation de la formation et de leur référentiel de compétences.</p>
---	--	---

<p>- analyse et perspectives d'évolution des formations;</p> <p>- coopérations et interactions des formations;</p> <p>- législation et réglementation européenne de la formation des professions; - éthique et déontologie professionnelles.</p> <p>Approfondissement du module Santé publique:</p> <p>- analyse des pratiques de santé publique appliquées aux filières professionnelles;</p> <p>- démarches de conception d'un programme appliqué aux filières professionnelles;</p> <p>- responsabilités et particularités des cadres de santé publique;</p> <p>- législation et réglementation européenne de santé publique;</p> <p>- références et programmes prioritaires européens et internationaux.</p>		
<p>Evaluations : Commune avec le module 3 de l'IFCS, elle est réalisée en commun avec l'Université</p> <p>A partir de l'évaluation du mémoire, apposition de 3 notes validant respectivement pour les Modules universitaires M5, M10, et M11 ; et d'une note de mémoire validant les modules 3 et 6 de l'IFCS.</p> <p>Les directeurs de mémoire seront des professionnels de santé ayant également un doctorat ou étant en filière doctorante sous la responsabilité administrative d'un universitaire du département.</p>		
<p>STAGES</p>		
<p>D'une durée totale de 13 ou 15 semaines, soit 130 ou 150 demi-journées,</p> <p>selon le projet pédagogique de l'institut, ils peuvent être effectués en continu ou en discontinu et doivent être organisés en cohérence avec les enseignements théoriques.</p> <p>La planification, les modalités et la nature des stages sont déterminées dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et selon les objectifs de formation qui sont essentiellement centrés sur</p>		<p>M12 - Régulation des stages (6 crédits)</p> <p>Objectifs : Se distancier pour devenir un acteur réflexif</p> <p>Contenus : Travailler l'évolution de son projet professionnel en fonction du projet de formation et des pratiques rencontrées en stage.</p>

<p>l'exercice de la fonction de cadre.</p> <p>Les stages peuvent avoir lieu en France ou à l'étranger. L'institut s'assure de leur valeur pédagogique.</p>		<p>Clinique des pratiques rencontrées en stage.</p> <p>Connaissance des institutions. Analyse des dispositifs d'accompagnement.</p> <p>Auto-évaluation de son activité en stage. Repérage des compétences sollicitées.</p>
<p><i>Régulation : Sur les 36h prévues par l'Université, 20h seront pris en charge par l'Université pour la régulation des stages des modules 5 et 6, ce dernier étant en rapport à la fois avec le projet professionnel et le mémoire, et 16h seront pris en charge par l'IFCS pour la régulation des stages des modules 1 et 4.</i></p>		

Les stages

D'une durée totale de 13 ou 15 semaines, soit 130 ou 150 demi-journées, selon le projet pédagogique de l'institut, ils peuvent être effectués en continu ou en discontinu et doivent être organisés en cohérence avec les enseignements théoriques. La planification, les modalités et la nature des stages sont déterminées dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et selon les objectifs de formation qui sont essentiellement centrés sur l'exercice de la fonction de cadre.

Les stages peuvent avoir lieu en France ou à l'étranger. L'institut s'assure de leur valeur pédagogique.

Le stage lié à la démarche de recherche est réparti sur l'année à raison d'une journée par semaine, le vendredi.

Le mémoire

Afin que le mémoire permette à la fois d'obtenir le diplôme de cadre de santé et le Master 1 Pro il doit être réalisé en conformité des textes qui régissent les deux diplômes. L'accès possible à la fois au Master 2 professionnel et au Master 2 de recherche selon les nouveaux textes qui régissent le LMD demande la réalisation d'un mémoire de recherche professionnel à partir d'enseignement aux différentes méthodologies de la recherche et la réalisation d'une recherche dans le cadre professionnel.

La validation

Pour obtenir le Diplôme de Cadre de Santé, les étudiants doivent avoir accompli l'intégralité de la formation, c'est-à-dire avoir validé l'ensemble des modules selon les modalités prévues par l'Arrêté du 18 août 1995 (Articles 11, 12, 13 et annexe II).

D'autres modalités d'évaluations seront liées à la validation du Master 1.

Art. 11. - Les modalités d'évaluation des différents modules de formation sont définies à l'annexe II du présent arrêté.

Les évaluations des épreuves écrites et orales des modules 1, 2, 4 et 5 sont effectuées par les formateurs de l'institut et les professionnels exerçant des responsabilités d'encadrement dans le service d'accueil du stagiaire.

La soutenance du mémoire portant sur les modules 3 et 6 s'effectue devant un jury composé du directeur de mémoire, choisi par l'équipe enseignante en concertation avec l'étudiant, et d'une personne choisie en raison de sa compétence. L'un au moins des membres du jury doit appartenir à la même profession que le candidat.

Lorsque, en application de l'article 23 du présent arrêté, l'institut a conclu une convention avec une université, un enseignant relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur est associé aux évaluations des modules faisant l'objet du partenariat et au jury de soutenance du mémoire.

Les modules 1, 4 et 5 sont validés si les étudiants ont obtenu à chacun d'eux une note moyenne égale ou supérieure à 10 sur 20.

Le module 2 est validé si les étudiants ont obtenu à celui-ci une note égale ou supérieure à 10 sur 20.

Les modules 3 et 6 sont validés si les étudiants ont obtenu à la soutenance du mémoire une note égale ou supérieure à 10 sur 20.

Art. 12. - Ne peuvent être autorisés à soutenir leur mémoire que les étudiants ayant préalablement validé les modules 1, 2, 4 et 5.

Pour les étudiants n'ayant pas validé un ou plusieurs de ces modules, une nouvelle série d'évaluations est organisée par l'institut afin de permettre, en cas de validation, à ces étudiants de présenter leur mémoire préalablement à la date de la première réunion du jury d'attribution du diplôme de cadre de santé prévu à l'article 13 du présent arrêté.

Pour les étudiants qui ont validé les modules 1, 2, 4 et 5 mais n'ont pas validé les modules 3 et 6, l'institut organise une nouvelle soutenance de mémoire au plus tard trois mois après la proclamation des résultats du diplôme de cadre de santé.

Art. 13. - Le jury d'attribution du diplôme de cadre de santé, nommé par le préfet de région pour chaque institut, comprend, outre le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, président:

- le directeur de l'institut ou son représentant;*
- les membres des différents jurys de soutenance des mémoires.*

Ce jury, réuni au plus tard le 30 juin, établit la liste des étudiants admis et proclame les résultats. Sont déclarés admis les étudiants ayant validé l'ensemble des modules.

Le cas échéant, le jury se réunit une nouvelle fois à l'issue de la soutenance de mémoire prévue au dernier alinéa de l'article 12 du présent arrêté et établit la liste complémentaire des étudiants admis.

Le diplôme de cadre de santé est délivré, au vu de la liste établie par le jury, par le préfet de région.

Les évaluations des modules 1, 2, 4 et 5 doivent permettre d'apprécier la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques acquises.

Les travaux réalisés à cet effet doivent mettre en évidence les capacités de l'étudiant à conceptualiser, analyser, synthétiser et prévoir le transfert de ses savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir à une pratique de responsable d'encadrement ou de responsable de formation.

Les évaluations-validations 2005/2006 des modules, des stages, du mémoire

Réalisations et évaluations

Module 1. Initiation à la fonction cadre.

- Travail écrit d'analyse et de synthèse
- Argumentation orale avec support écrit élaboré à partir d'une problématique liée au stage

Module 2. Santé publique

- Question de synthèse
- Présentation/ soutenance du travail

Module 4. Fonction d'encadrement

- Elaboration d'un projet écrit collectif et sa soutenance orale
- Elaboration d'un rapport de stage

Module 5. Fonction de formation

- Elaboration d'un écrit individuel en lien avec les modèles
- Argumentation orale à partir d'une problématique de stage

Module 3 et 6

- Mémoire
- Soutenance

Planification générale de la formation

Tableau page suivant

Septembre		Octobre		Novembre		Décembre		Janvier		Février		Mars		Avril		Mai		Juin		
1		1		1	<i>Toussaint</i>	1	7	1	<i>Jour de l'An</i>	1		1	3	1		1	<i>Travail</i>	1	Rech et Doc.	
2		2		2	Stage	2	Mod 6	2	5	2	mod. 4/5	2	7	2		2	Stage	2		
3		3	5	3	mod. 1	3		3	7	3		3	Mod 6	3	5	3	Mod 4/5	3		
4		4	7	4			4		4	7	4		4		4	7		4		
5		5	7	5		5	5	5	7	5		5		5	7	5	<i>Ascension</i>	5	Rech. Et doc.	
6		6	7	6		6	7	6	6	6	Stage	6	5	6	7	6		6		
7		7	6	7	Stage mod 1	7	7	7		7			7	7	7	Mod 6	7		7	
8		8		8			8	7	8		8		8	3	8		8	<i>Victoire 45</i>	8	
9		9		9		9	Mod 6	9	5	9	mod. 4/5	9	7	9		9	Stage Mod 4/5	9		
10		10	5	10		10		10	7	10		10	Mod 6	10	5	10			10	
11		11	7	11	<i>II Armistice</i>	11		11	7	11		11		11	7	11		11		
12	5	12	7	12	mod. 1	12	5	12	7	12		12		12	3	12	Stage	12	5	
13	7	13	7	13		13	7	13	Mod 6	13	Stage	13	5	13	7	13			13	6
14	7	14	6	14	Stage mod 1	14	7	14		14			14	7	14	6	14		14	6
15	7	15		15			15	7	15		15		15	7	15		15	5	15	6
16	6	16		16		16	6	16	5	16	mod. 4/5	16	7	16		16	7	16	6	
17		17	5	17		17		17	7	17		17	Mod 6	17	Stage	17	7	17		
18		18	7	18		18		18	7	18		18		18			18	6	18	
19	5	19	7	19		19	5	19	7	19		19		19		19	6	19	5	
20	7	20	7	20		20	7	20	6	20	Stage	20	Stage	20	Mod 4/5	20		20	6	
21	7	21	6	21	5	21	7	21		21				21			21		21	
22	7	22		22	7	22	3	22		22		22		22		22	5	22	6	
23	6	23		23	7	23	Mod 6	23	5	23	mod. 4/5	23	mod. 6	23		23	7	23	6	
24		24	5	24	7	24		24	7	24		24		24	Stage	24	7	24		
25		25	7	25	Mod 6	25	<i>Noël</i>	25	4	25		25		25			25	6	25	
26	5	26	7	26		26	Vacances	26	7	26		26		26	Stage	26	6	26	5	
27	7	27	7	27		27		Mod 6	27	5	27	Stage 6	27	Mode 4/5		27		27		27
28	7	28	6	28	5	28			28	7	28				28		28		28	
29	7	29		29	7	29			29		29		29		29		29		29	6
30	6	30		30	7	30		30		30		30		30		30	Rech et Doc.	30	4	

		31	Stage M1			31		31	Stage 4/5			31					
--	--	----	----------	--	--	----	--	----	-----------	--	--	----	--	--	--	--	--

Enseignement théorique	96	128	45	84	109	12	52	51	62	81	720
Stages pratiques	0	7	105	21	28	126	91	77	70	0	525
Travail recherche/doc.									21	49	70
Evaluations				3	4		6	3		4	20
Total heures / mois	96	135	150	108	141	138	149	131	153	134	1335
Nbre jours formation	15	21	22	17	22	20	23	20	23	22	205
Congés				35							1 semaine

ANNEXE 6 : Le sommaire du projet pédagogique

Introduction

1. L'Institut de Formation des Cadres de Santé rééducation Bellevue

1.1 Sa mission

1.2 Ses caractéristiques

1.3 Le cadre législatif de la formation

2. Les fondements du projet de formation : Les référentiels

2.1 Le métier de cadre de santé

2.11 Les fiches métier

2.2 La législation

2.3 Les compétences du cadre de santé

2.31 Les connaissances théoriques

2.32 La compétence à agir se construit à partir du savoir faire

2.33 La compétence à être cadre de santé dépasse le savoir être.

3. Le projet de formation

3.1 Le contexte du projet pédagogique

3.2 Le projet 2005-2006 :

3.3 Objectifs de la formation

3.4 Synergie avec théorie et pratique

3.5 Le dispositif pédagogique

3.6 Les stages

3.7 Le mémoire

3.8 La validation articulation entre l'IFCS et l'université

3.9 Planification générale de la formation

Conclusion

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	3
I. A LA DECOUVERTE DE L'ENVIRONNEMENT LA DEMARCHE DE PROFESSIONALISATION DU CADRE DE SANTE	3
1 . IFCS BELLEVUE : un institut se situant dans la réforme européenne	3
1.1 L'eurocompatibilité	3
1.2 L'universitarisation	4
1.3 La décentralisation	5
1.4 Le projet d'établissement de l'IFCS pour l'année 2005-2006	5
2. Que signifie professionnaliser ?	5
2.1 La professionnalisation	6
2.2 L'identité professionnelle	7
2.3 La compétence	7
2.3.1 La compétence dans la littérature	8
II. DU PROJET A LA REALISATION : QUEL EST LA QUESTION CENTRALE ?	11
DEUXIEME PARTIE	13
I. ETRE SOI, ETRE ACTEUR, ETRE PROFESSIONNEL	13
1. La place du rôle professionnel	13
2. L'autonomie une dimension interne	18
3. La maturation psychique	20
4 . L'éducation	21
II. LA MODELISATION PROPOSEE PAR C. ET D. FAVRE	25
1. Le système de traitement de l'information chez l'être humain	25
2. Les outils conceptuels	26
2.1 Les règles de pensées	27
2.2 L'indicateur émotionnel	28

2.3 Le référentiel individuel	29
2.4 Les différentiels	31
3. De la non dépendance intellectuelle à la non dépendance affective	33
3.1 La place de la maturation psychique	33
3.2 Les séparations individuations comme facteur d'autonomie	39
III. LE PHENOMENE DE LA RENCONTRE	41
1. Le Facilitateur	41
2. Les caractéristiques de l'approche humaniste	41
3. Le phénomène de la rencontre	45
3.1 Distinguer la personne de son comportement	45
3.2 Distinguer les comportements de l'autre qui me mettent mal à l'aise	45
3.3 Répondre à la question qui est en problème actuellement ?	45
TROISIEME PARTIE	48
I. LA PROFESSIONALISATION DU CADRE DE SANTE DANS LA PRATIQUE	48
1. La référentialisation	48
1.1 La recherche et rédaction du référentiel métier Cadre de Santé	51
1.2 La recherche et rédaction du référentiel de compétence	53
1.3 La recherche et rédaction du référentiel de formation	55
2. La rédaction du projet pédagogique	60
II. L'ANALYSE CRITIQUE DE LA DEMARCHE DE FORMATION ACTION	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	68
TABLE DES MATIERES	117

UNIVERSITE DE ROUEN

Département de sciences de l'éducation

Mémoire de MASTER II Ingénierie de formation et conseil

**QUEL DISPOSITIF DE FORMATION FAVORISE L'ACQUISITION
DE LA COMPETENCE A ÊTRE CADRE DE SANTE ?**

DE L'ACTEUR EXECUTANT A L'ACTEUR AUTEUR

Mots clés : Compétence à être professionnel, autonomie, dispositif de professionnalisation

L'acquisition de la compétence a déjà fait couler beaucoup d'encre. De nombreux auteurs ont des représentations différentes de la compétence et de son mode d'acquisition. L'objet de ce travail est d'aborder la compétence à être professionnel et son mode d'acquisition sous l'angle de celui qui souhaite l'acquérir. Cette approche fait ressortir la place non négligeable de la dimension individuelle et la nécessité qu'elle se combine de façon naturelle aux capacités et savoirs professionnels.

Une autre partie du travail présente un dispositif pédagogique respectant la réalité de cette dimension individuelle et s'appuyant sur elle dans l'acquisition de la compétence à être professionnel.

Ce travail d'étude a été élaboré à partir d'une commande de terrain qui consistait à rédiger le projet pédagogique d'un institut de formation. Cet institut souhaite mettre en place à la rentrée 2005-2006 une double formation destinée à obtenir le diplôme d'état de Cadre de Santé et le Master I professionnel option «encadrement et formation». Ce projet prépare l'universitarisation des études des professionnels de Santé.

TURLAN NICOLE

Sous la direction de FRANCOISE BREANT