



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

# MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Étudiants en soins infirmiers de Poitiers



Axolotl

Présenté et soutenu par  
Emmanuel Mie

Sous la direction de  
Mme Armelle Bonneau-Tabuteau

Promotion 2019  
POITIERS, session 1 - janvier 2022





INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

# MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Étudiants en soins infirmiers de Poitiers



Axolotl

Présenté et soutenu par  
Emmanuel Mie

Sous la direction de  
Mme Armelle Bonneau-Tabuteau

Promotion 2019  
POITIERS, session 1 - janvier 2022

Tout au long de ma vie de compositeur, j'ai appris non pas en m'exposant  
à des sources de sagesse et de connaissance,  
mais essentiellement de mes erreurs et de mes quêtes de fausses vérités.

Igor Stravinsky,  
*Themes and Episodes*

## Remerciements

---

À Mme Bonneau-Tabuteau, pour son élégance, son franc-parler, son humour, son indépendance d'esprit, son ouverture à l'inattendu

À M. Patris, pour sa patience, son soutien, ses questions toujours pertinentes

Aux équipes de SSPI du CHU de Poitiers, aux IDEL du cabinet Compain-Deserbais, aux moniteurs et pensionnaires de la Clinique de La Chesnaie à Chailles, et aux équipes de la Maison à Gardanne, pour leur accueil chaleureux, leurs conseils avisés, et les beaux soins qu'ils prodiguent

## Table des matières

---

Introduction.....	5
Situations d'appel.....	6
Situation 1.....	6
Situation 2.....	8
Questionnement.....	10
Exploration.....	12
Généralités.....	12
L'inattendu.....	17
Cadre conceptuel.....	20
Un peu d'histoire.....	20
Notion de référentiel.....	22
Dimension politique et idéologique.....	28
Un pas de côté : d'autres voies possibles.....	31
Observation envisagée.....	34
Conclusion.....	37
Annexe I Entretien exploratoire avec Jean-Louis Graval.....	38
Annexe II Tableau de synthèse des unités d'enseignement, compétences et modalités d'évaluation prévues par le référentiel et volumes horaires cumulés par compétence.	53
Annexe III Arguments en faveurs et critiques de l'approche par compétences dans les formations médicales (CBME).....	60
Annexe IV Proposition de liste d'activités de soin représentatives du métier d'infirmier pour l'enquête d'observation.....	63
Table des abréviations utilisées.....	64
Bibliographie.....	65

## Introduction

---

Depuis 2009, le Diplôme d'Etat d'Infirmier, et la formation en IFSI, est régie par un référentiel de formation<sup>1</sup> inscrit dans la loi. Ce document de 138 pages définit de façon très précise le cadre dans lequel se déroule la formation des futurs infirmiers. Est-ce à dire qu'auparavant le Diplôme d'Etat d'Infirmier s'obtenait dans un paquet de Bonux ? Nous ne le croyons pas, et le décret du 31 juillet 2009 s'appuie de fait sur un corpus de textes juridiques préexistants.

Il nous a cependant paru intéressant de questionner les apports du référentiel pour la profession et la société, l'origine même du concept, ses implications philosophiques. Nous avons également cherché à savoir dans quelle mesure un tel outil pouvait laisser de la place à la créativité, à l'originalité, à des façons alternatives de penser, à des manières différentes de voir le monde, à l'imprévu, à ce que nous avons regroupé sous le terme d'inattendu.

La santé, la médecine, le soin sont au cœur de la vie de la cité (la *polis* des Grecs), la pandémie de COVID-19 nous le rappelle depuis plus d'un an et demi. Le financement du secteur public hospitalier, la formation des professionnels soignants dépendent étroitement de décisions politiques, d'arbitrages non seulement budgétaires mais aussi idéologiques. Il est donc inévitable que le présent mémoire prenne par moment une tournure politique.

Nous commencerons donc par questionner les deux situations d'appel qui nous ont conduit à formuler notre question de départ. Nous explorerons ensuite de façon rapide les principaux concepts soulevés : formation, compétence, référentiel, ainsi que des approches alternatives, avant d'approfondir plus avant la question de l'inattendu et de discerner notre question de recherche. Nous poserons par la suite le cadre conceptuel de notre recherche, en étudiant la dimension historique de la formation des infirmiers, en détaillant plusieurs aspects de la notion de référentiel, et en mettant en évidence les lignes idéologiques sous-jacentes. Nous proposerons enfin un devis d'enquête qualitative, basé sur la méthode de la théorisation ancrée pour vérifier notre hypothèse.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, vol. 2009/7. 2009.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste\\_20090007\\_0100\\_0117.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0117.pdf)

## **Situations d'appel**

---

### **Situation 1**

Souffrant d'un spondylolisthésis L5-S1 depuis l'âge de 15 ans, j'ai pu bénéficier d'une intervention chirurgicale en juillet 2020 (arthrodèse et discoplastie par abord postérieur et antérieur). J'ai donc vécu quelques années avec une douleur lombaire quasi permanente, qui s'était aggravée depuis 3 ans avec un retentissement sur le nerf sciatique. Je ne prenais pas d'antalgique, ayant choisi de faire face à la douleur, de la dompter, du moins de cohabiter avec elle. Par ailleurs, j'ai fait de la maçonnerie, du bûcheronnage et des arts-martiaux, et la douleur me servait d'alerte. Je ne me suis arrêté (arrêt de travail) qu'une seule fois, lorsque j'ai fait un lumbago qui m'a littéralement paralysé pendant plusieurs jours (à 29 ans, non seulement ça fait mal, mais ça fait très peur...). En temps normal, j'évaluais la douleur à 6-7 pendant quelques heures le matin, et elle s'estompait (3-4) avec des pics intenses mais très brefs sur certains mouvements. J'ai donc une certaine expérience intime de la douleur chronique.

À mon retour de chirurgie, j'avais une PCA de morphine, du paracétamol, de l'acupan, du laroxy et du profenid. Cela ne veut pas dire que je n'avais pas mal : avec une cicatrice de 25cm dans le dos et une autre de 15cm sur le ventre, et des vis dans les vertèbres, forcément, la douleur était présente. Mais j'évaluais la douleur entre 1 et 3, parce que je ne tenais pas compte de la douleur prévisible et temporaire liée à la chirurgie, et que je me focalisais sur la douleur lombo-sciatique.

Mon voisin de chambre était un monsieur de 55 ans, chauffeur routier, à J1 d'une résection de hernie discale. C'est la quatrième fois qu'il était opéré pour une hernie. Le premier lever s'était bien passé, mais le patient se disait très douloureux. Il évaluait sa douleur à 10 et disait ne pas pouvoir bouger la jambe. Quand je l'ai entendu, je me suis dit en mon for intérieur : "Aïe, mon pauvre monsieur, vous auriez dû dire 9 : à 10, on va croire que vous exagérez...". D'autant que dans la foulée, il se mobilisait et se rendait seul aux toilettes. Son traitement antalgique était composé de paracétamol, laroxy, acupan. Mais il ne bénéficiait pas

de PCA de morphine ni d'AINS. Comme je le craignais, l'équipe n'a pas jugé bon de revoir le traitement antalgique.

La nuit suivante, à partir de minuit, le patient s'est mis à pleurer de douleur dans son lit, jusqu'au matin... En tant que patient, j'avais beaucoup de peine pour lui, et en tant qu'étudiant infirmier, j'étais fort désespéré : est-ce que je devais faire quelque chose ? sonner pour lui ? lui dire quelque chose pour essayer de l'apaiser ? et lui dire quoi ? Est-ce que c'était mon rôle de patient ? Est-ce que ça ne risquait pas de le mettre encore plus mal à l'aise ? et de quoi est-ce que je me mêlais après tout, il était assez grand pour appeler lui-même ! À l'IFSI, on nous enseigne qu'il faut favoriser l'autonomie, et ne pas faire à la place du patient... On nous enseigne aussi que la douleur doit être prise en charge... Or, dans mon cas, une évaluation modérée de la douleur me donnait droit à une prise en charge idéale de la douleur, et pour le monsieur, une évaluation élevée n'était pas prise en compte... Voilà les questionnements qui m'ont travaillé le reste de la nuit, chaque fois que je me réveillais entre deux bolus de morphine, tandis que le monsieur pleurait toujours, recroquevillé sur son lit.

Le lendemain matin, quand l'infirmière est entrée dans la chambre, j'ai pris les devants et c'est le futur infirmier qui s'est permis d'expliquer à l'infirmière que le monsieur avait pleuré une bonne partie de la nuit et qu'il fallait absolument faire quelque chose pour soulager sa douleur. (Il m'a remercié après coup)

Prévenu, le chirurgien a prescrit (pour une durée de 48h) du profenid qui a soulagé efficacement le patient. Au bout de 48h, la douleur post-opératoire s'était atténuée et l'arrêt du profenid était bien toléré par le patient.

Du fait de notre cohabitation, j'ai eu le temps dans les jours qui ont suivi de discuter avec lui, de connaître son parcours, et aussi d'assister aux échanges qu'il avait avec les soignants. J'ai ainsi pu recueillir ses angoisses : est-ce qu'il allait faire une cinquième hernie l'année prochaine ? Est-ce qu'il allait pouvoir reprendre le travail et avoir toutes ses annuités pour la retraite ? Pourquoi avait-il encore aussi mal à la jambe alors que l'opération était censée le réparer ? À l'opposé, dans ses échanges avec les soignants, infirmiers ou médecins, il exprimait sa douleur de façon contradictoire : "ah, j'ai très très mal, je ne peux pas bouger la jambe" disait-il... tout en bougeant la jambe.

Je n'aurais pas fait mieux que les soignants, eu égard au temps qu'ils peuvent consacrer à chaque patient dans un service hospitalier. C'est ma place de voisin de chambre et mon questionnement de patient et de futur infirmier par rapport à ma propre douleur qui m'ont amené à construire cette réflexion.

La méthode d'auto-évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS) repose en fait sur deux subjectivités : celle du patient et celle du soignant. C'est donc une évaluation tellement peu objective qu'elle confine à l'absurde. Les outils d'hétéro-évaluation (Doloplus, FLAAC, etc.) reposent uniquement sur la subjectivité du soignant, ce qui n'est guère plus précis. Et que faire des patients "durs au mal", ou de ceux qui mettent un point d'honneur à ne pas montrer leur douleur ?

## **Situation 2**

Un peu avant l'an 2000, alors que j'étudiais à l'Université, je me suis engagé dans les mouvements de grève qui tentaient de s'opposer à un certain nombre de réformes de l'éducation et de l'université. Nos revendications n'ont pas été entendues, j'ai quitté l'Université, et ces réformes ont abouti à l'intrusion d'une logique managériale à tous les niveaux de l'enseignement. De mon point de vue, cette façon de saucissonner tout apprentissage en compétences / objectifs / items / évaluations, produit des injonctions contradictoires et fabrique des élèves qui travaillent juste pour valider leurs évaluations et pas pour la joie de la connaissance.

C'est un peu par hasard que je me suis retrouvé par la suite entrepreneur indépendant dans l'informatique. Je ne sais pas quelles sont les représentations associées à ce métier, quelles compétences le public peut y voir. Il n'existe pas de référentiel. Et quand j'ai commencé, à part les écoles d'ingénieur, il n'y avait pas de formation. J'ai donc tout appris sur le tas, en autodidacte (ce qui convient très bien à mon mode de fonctionnement).

D'une part, le métier d'entrepreneur avec la comptabilité, la relation client (qui implique du recueil de données, de la négociation – et pas seulement commerciale, de l'éducation, de l'accompagnement, etc.), la gestion de stocks, la gestion de projets, la réglementation. D'autre part, le cœur de métier : les langages informatiques, les protocoles (il n'y a pas qu'à l'hôpital !), la modélisation de bases de données, la sécurité, la question des données personnelles, etc. Le tout dans un environnement en ébullition avec des sauts technologiques majeurs tous les 6 mois ou presque, qui nécessitent une veille et une autoformation permanentes. Je vendais également des prestations de formation au titre de la formation professionnelle, avec un agrément délivré par la DIRECCTE.

Je m'efforçais de promouvoir auprès de mes clients l'informatique "libre"<sup>2</sup> qui vise, sous l'égide de la Free Software Foundation<sup>3</sup>, à mettre gratuitement à disposition du plus grand nombre des logiciels fiables, sécurisés, développés sur un mode collaboratif par des

---

2 [https://fr.wikipedia.org/wiki/Logiciel\\_libre](https://fr.wikipedia.org/wiki/Logiciel_libre)

3 <https://www.fsf.org/>

équipes disséminées partout dans le monde. Ce mouvement fournit 80% de l'architecture logicielle d'internet, et c'est dans cette veine que s'inscrivent des projets majeurs comme la majorité des langages informatiques, le système d'exploitation Linux, la suite bureautique LibreOffice, Mozilla (le navigateur web Firefox ou le client de messagerie Thunderbird), et même Wikipedia (souvent méprisé, à tort, par le monde académique français).

Mon plus gros client était le Pèlerinage du Rosaire, à Lourdes. C'est un gros pèlerinage qui réunit chaque année 1500 malades de toute la France (parfois avec des prises en soins très lourdes), avec 4500 soignants bénévoles, dont des IDE et des médecins, pendant 5 jours.

L'informatique étant complètement transversale, j'ai travaillé à plein de niveaux : dossier de soins, calcul du GIR, simplification de la CIM-10 à des fins statistiques, problématique du secret médical partagé, logistique (voyage, oxygène, dialyse, etc.), identitovigilance, organisation des soins, etc. en lien direct avec le directeur des soins et la commission médicale.

Parallèlement, je participais au pèlerinage en tant que brancardier bénévole. Et j'ai découvert les soins. Et particulièrement, une qualité de prise en soins où la notion de prise en charge globale n'est pas un vain mot... Là encore, j'ai appris sur le tas, avec un tout petit peu de bon sens, les conseils des gens plus expérimentés, et surtout ceux des malades. J'ai appris de mes erreurs aussi, forcément. Parce que la relation, ça ne s'apprend pas seulement en lisant Carl Rogers, ça s'apprend au fil de l'eau, par tâtonnement, en faisant des erreurs, et en recommençant.

Puis, pendant 4 ans, j'ai accompagné mon père, atteint de la maladie d'Alzheimer et contraint d'entrer en EHPAD suite à une chute survenue à l'hôpital qui lui a valu une fracture du col du fémur et qui l'a laissé en fauteuil roulant.

C'est donc à l'issue d'une maturation de près de 10 ans que j'ai entrepris ma reconversion professionnelle vers le métier d'infirmier. Après avoir été reçu au concours, j'imaginai pouvoir valider une partie de mon expérience professionnelle et personnelle dans le cadre de la VAE, et gagner ainsi un peu de temps sur les 3 ans de formation. Mais le Diplôme d'Etat d'Infirmier est un des rares qui n'entrent pas dans ce processus. Je l'ai vécu comme une certaine injustice. Et il me semble que, pour la plupart des étudiants en reconversion professionnelle, il est regrettable de ne pas tenir compte de parcours de vie riches et d'expériences certainement superposables au moins en partie au référentiel de formation.

Enfin, au cours des 3 années de formation, je me suis retrouvé en friction avec les énoncés sibyllins du référentiel, avec des "attendus" souvent flous, avec des "objectifs" qui

me paraissent passe-partout, avec des enseignements dont le lien avec les compétences me semble souvent ténu, voire artificiel, avec des lieux de stage où l'accueil est loin d'être bienveillant.

### **Questionnement**

Ces deux situations ne sont pas à proprement parler des situations de soins où j'étais acteur en posture de soignant. Elles m'ont cependant conduit au questionnement suivant.

Concernant la première situation et l'évaluation de la douleur, comment se fait-il qu'un outil promu par toutes les instances de tutelle et validé par quantité d'études, produise des résultats aussi éloignés en termes de prise en charge ? Voilà un premier inattendu.

En tant qu'usager du système de santé, je n'ai pas à me plaindre de ma prise en charge, mais je suis en bonne santé ! En revanche, pour mon voisin de chambre, pour mes parents, et pour bien des patients que j'ai rencontrés en stage, comment se fait-il que la prise en charge proposée par des professionnels diplômés, dans le respect des bonnes pratiques soit si éloignée de mon "idéal soignant" ? Si l'on doit parfois parler de "mauvais soignant" (sans bien sûr généraliser), comment sont-ils passés à travers les mailles du référentiel ? Le référentiel est-il en mesure de filtrer des profils qui ne sont pas faits pour les soins ?

En tant qu'adulte autodidacte dans une formation très codifiée qui s'adresse à des jeunes gens fraîchement sortis du lycée : si l'étudiant doit accepter les inattendus que lui impose l'école, idéalement l'école ne devrait-elle pas pouvoir accepter les inattendus que propose l'étudiant ? Si j'ai le sentiment que ce n'est pas le cas, malgré les efforts évidents des formateurs et l'approche socio-constructiviste mise en œuvre à l'IFSI, où se situe l'hiatus ? Quelle marge de manœuvre le référentiel de formation laisse-t-il aux formateurs ?

Le Diplôme d'Etat d'Infirmier est un des rares diplômes qui n'est pas accessible à la VAE ; mais un des rôles du référentiel n'est-il pas justement de faciliter ce processus ? Voilà encore un inattendu.

En ignorant un certain nombre de compétences des adultes en reconversion professionnelle, le référentiel ne prive-t-il pas la profession de talents tout aussi utiles aux soins que la capacité à "Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques" (compétence 8) ? Et à l'inverse, les 10 compétences du référentiel suffisent-elles à former un soignant complet ? Que signifie le fait d'avoir "acquis" les 10 compétences ?

Et pour élargir la focale, comment se fait-il que nombre d'infirmiers diplômés abandonnent le métier après seulement quelques années d'exercice ?

En mai 2021, les Ministres de la Solidarité et de la Santé d'une part, et de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation d'autre part, adressaient une lettre aux acteurs de la formation des étudiants en santé, et aux étudiants eux-mêmes portant sur le mal-être des étudiants en santé. Comment imaginer que les étudiants se retrouvent en souffrance sur les lieux mêmes où ils sont censés apprendre la bienveillance et le soin ?

Ainsi, pour porter le regard un peu plus loin que le manque de moyens et les individus en difficulté dans leur métier, il faut remonter jusqu'au référentiel métier pour trouver un dénominateur commun à ces différents questionnements. Et ce qui fait entrer un individu dans le référentiel métier, c'est le référentiel de formation. Cela m'amène à poser la question de départ suivante :

**En quoi l'inattendu a-t-il une place  
dans le référentiel de formation de la profession infirmière ?**

## Exploration

---

Afin de formuler notre question de recherche, il convient d'explorer les concepts mobilisés dans la question de départ. D'une part, de façon générale, nous allons circonscrire les notions de formation, de compétence, de référentiel, en faisant ressortir les spécificités de leur mise en œuvre pour la profession infirmière. Puis nous tenterons de formaliser l'idée d'inattendu.

### Généralités

#### **Formation**

Le mot "formation" présente une polysémie riche<sup>4</sup>. Nous retiendrons deux axes :

- individuel

"action de former ; fait de se former ou d'être formé"

"fait de développer les qualités, les facultés d'une personne, sur le plan physique, moral, intellectuel ou de lui faire acquérir un savoir dans un domaine particulier"

"par métonymie, moyens mis en oeuvre ; ensemble des caractères, des connaissances acquis"

Le CNRTL fait remonter cette acception à 1898, soit un temps relativement récent.

Avant la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, on parlait plutôt d'*éducation*<sup>5</sup> (attesté dès 1527) voire d'*apprentissage*<sup>6</sup> quand il s'agissait d'apprendre un métier (1395).

- collectif

"fait d'organiser des éléments en un tout"

"fait de réunir des personnes qui constitueront un corps, un groupe, etc. ayant une organisation et une fonction, un but particulier"

"groupement de personnes dans un cadre défini, ayant un but déterminé, des idées communes"

---

4 <https://www.cnrtl.fr/definition/formation>

5 <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9ducation>

6 <https://www.cnrtl.fr/definition/apprentissage>

Dans le domaine militaire, on parle de “groupe tactique organisé” : en ces temps de “guerre” contre la pandémie de COVID-19, ne dit-on pas des infirmiers (et des soignants en général) qu’ils sont “au front” ?

La notion de formation apparaît donc à la fin de l’ère moderne : il s’agit de former (au sens de préparer) des individus qui vont former (au sens de constituer) des groupes assurant une fonction définie au sein de la société.

Notons que la formation des infirmiers s’effectue en alternance, c’est-à-dire qu’elle associe éducation et apprentissage.

### **Compétence**

La phase exploratoire n’est pas le moment de tenter de résoudre ce que certains auteurs ont appelé “l’énigme de la compétence”<sup>7</sup>. Nous nous contenterons d’en donner ici des définitions assez larges et nous approfondirons ces points au moment de poser le cadre conceptuel de la recherche.

Lors d’un entretien exploratoire, Jean-Louis Graval, cadre formateur à l’IFSI de Poitiers, propose la définition suivante : “la compétence, c’est l’association de connaissances et de comportements dans une situation de travail”<sup>8</sup>. Cette définition met en évidence le lien entre le temps de l’éducation (acquisition des connaissances à l’IFSI) et celui de l’apprentissage (adoption des comportements et validation des compétences lors des stages).

Cependant, les définitions proposées par la littérature sont loin d’être aussi limpides. Le sujet de la compétence nourrit de nombreuses polémiques, aussi bien au sein des sciences de l’éducation françaises que dans le monde académique américain. Retenons pour le moment que deux conceptions s’affrontent : une vision procédurale où la compétence est la capacité à ramener une tâche à une suite d’algorithmes stéréotypés, et une vision adaptative, où la compétence est générative, c’est-à-dire qu’elle permet de transposer une forme de réponse à des situations diverses qui ont des traits communs.

Il existe aussi une discussion sur le plan idéologique, car la notion de compétence est perçue par certains comme un “vecteur du néolibéralisme”<sup>9</sup>. En effet, la notion de qualification, traditionnellement mobilisée dans le contexte de la formation professionnelle, ne répond plus aux attentes des employeurs qui “exigent plus d’initiative et de flexibilité de la part des travailleurs”<sup>10</sup>. Elle est ainsi supplantée par celle de compétence “qui (...) est alors

---

7 Dolz (J), Ollagnier (E), 2002, *L’énigme de la compétence en éducation*, Louvain : De Boeck Supérieur, Raisons éducatives

8 Annexe I - Entretien exploratoire avec Jean-Louis Graval

9 Rey (B), 2015, « La notion de compétence : usages et enjeux » in *Le français aujourd’hui*, (n° 191), Paris : Armand Colin, p.17

10 Ibid., p.16

considérée comme issue du talent personnel et de l'expérience individuelle plus que de la formation"<sup>11</sup>.

Rey met également en évidence le lien entre compétence et référentiel : "l'apparition la plus spectaculaire de la notion de compétence tient probablement à l'existence (...) de référentiels destinés à déterminer ce que doivent faire acquérir aussi bien les formations professionnelles (...) que les enseignements scolaires"<sup>12</sup>.

### **Référentiel**

La notion de "référentiel" appartient à un champ conceptuel emprunté aux sciences dures (mathématiques, physique, informatique). Il s'agit d'un système de coordonnées servant de repère pour résoudre un problème. La notion a d'abord été adoptée par les sciences humaines (linguistique, psychologie)<sup>13</sup>, puis introduite, selon l'expression de Chauvière, dans le "concert managérial"<sup>14</sup>.

C'est ainsi qu'on trouve désormais des référentiels dans de nombreux domaines, de l'administration aux ressources humaines, en passant par la pédagogie, les sciences de l'éducation et la formation professionnelle. Dans ces derniers domaines, il s'agit d'harmoniser les pratiques professionnelles et de permettre la certification des élèves/étudiants/stagiaires sur des critères objectifs et mesurables.

En France, "le répertoire des métiers et des compétences (ROME, 3è version) est aujourd'hui constitué de 532 fiches « Métiers » qui regroupent en pratique plus de 11 000 appellations d'emploi. Ces métiers sont décrits en mobilisant un référentiel de compétences standardisé, regroupant plus de 13 000 savoir-faire et savoirs"<sup>15</sup>. La version 4.0 de ce répertoire est attendue pour 2022, et intégrera "les compétences du référentiel européen ESCO" ainsi qu'une "distinction entre compétences transversales (...) et compétences techniques"<sup>16</sup>.

L'existence de tels référentiels présente deux intérêts :

- la validité internationale des diplômes et titres, qui permet aux travailleurs de s'exporter, et aux pays de compenser un creux démographique dans tel ou tel métier ;
- la possibilité de valider les acquis de l'expérience, en mettant en perspective les compétences attendues pour un métier et l'expérience personnelle et professionnelle d'un individu.

---

11 Ibid., p.16

12 Ibid., p.16

13 Voir à ce propos Chauvière (M), 2006, « Les référentiels, vague, vogue et galères » in *Vie sociale* (n° 2), Toulouse : Erès, notamment p.21, et ros (F), Raisky (C), 2010, « Autour des mots de la formation » in *Recherche & Formation* (n° 64), p.114

14 Chauvière (M), op. cit., p.22

15 Rey (M), Jolly (C), Lainé (F), 2021, « Cartographie des compétences par métiers » in La note d'analyse de France Stratégies (n° 101), Paris : France Stratégie, p.3

16 Ibid., p.3

Nous approfondirons plus loin la question du référentiel. Notons cependant que le référentiel du métier d'infirmier, tel qu'il est formalisé par l'arrêté du 31 juillet 2009, est segmenté en un référentiel d'activités (9 activités), un référentiel de compétences (10 compétences : 5 dites "cœur de métier", 5 dites "transversales"), et un référentiel de formation, articulé en Unités d'Enseignement, dans une logique universitaire. Il est intéressant, quoiqu'inattendu, de noter que le référentiel du Répertoire Organisationnel des Emplois et Métiers (ROME) utilise une nomenclature différente : les métiers y sont décrits par des compétences de base et des compétences spécifiques, et les compétences sont articulées en savoirs et en savoirs-faire. Ainsi le métier d'infirmier est-il décrit par deux référentiels différents<sup>17</sup>...

### ***La Validation des Acquis de l'Expérience***

*Toute personne, quels que soient son âge, sa nationalité, son statut et son niveau de formation, qui justifie d'au moins 1 an d'expérience en rapport direct avec la certification visée, peut prétendre à la VAE. Cette certification qui peut être un diplôme, un titre ou un certificat de qualification professionnelle doit être inscrite au Répertoire national des certifications professionnelles.*<sup>18</sup>

La VAE est donc un dispositif par lequel un candidat fait valoir son expérience pour obtenir un titre professionnel. La validation est prononcée par un jury, qui peut décider d'une validation totale (le titre professionnel est accordé sur la seule base de l'expérience du candidat) ou d'une validation partielle (ce qui oblige le candidat à compléter son dossier par une formation complémentaire, la rédaction d'un mémoire, ou une immersion en milieu professionnel)<sup>19</sup>.

Le diplôme d'état d'infirmier n'est pas accessible par la VAE. Cela a été discuté lors de la réforme de 2008 : "afin d'éviter des exercices illégaux de la profession d'infirmière, il n'y aura pas de VAE infirmière" apprend-on sur le site infirmiers.com<sup>20</sup>. À lire le débat houleux qui suit sur la même page, il semble que cette opposition relève d'une part d'une méfiance envers les Aide-Soignantes (qui reflète la méfiance des IADE envers les simples IDE, qui transparait dans ce même débat) et d'autre part d'une mauvaise compréhension du processus de Validation des Acquis de l'Expérience décrit ci-dessus.

Serait-il déraisonnable de rendre les UE du DE Infirmier accessibles en VAE, au moins pour certains parcours personnels et professionnels, les compétences pouvant être validées formellement lors des stages ?

17 <https://candidat.pole-emploi.fr/marche-du-travail/fichemetierrome?codeRome=J1506> consulté le 14/11/2021

18 <http://www.vae.gouv.fr/> consulté le 16/11/2021

19 <https://www.maformation.fr/droits/vae-que-faire-validation-partielle-refus-47385> consulté le 16/11/2021

20 <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/les-grands-dossiers/la-vae-validation-des-acquis-de-l-experience-le-point-en-juillet-2009.html> page mise à jour le 30/07/2009, consultée le 11/09/2021

### **Autodidaxie et autoformation**

Il existe des formes alternatives d'apprentissage, des modes d'acquisition du savoir (dans ses 3 dimensions : savoir, savoir-faire, savoir-être) qui sortent des cadres institués, des paradigmes formels, des référentiels :

*Pierre Caspar, professeur émérite au Cnam, estime utile de rappeler que l'idée d'apprentissage informel a toujours existé, que cela soit le « tour de main » qui se transmettait par compagnonnage dans la culture ouvrière, ou bien dans ce qu'avaient pressenti certains pédagogues dans l'avantage de prendre en compte les situations d'apprentissage non structurées au départ, mais qui débouchent sur des acquisitions incidentes, non intentionnelles, dont les bénéfiques s'avèrent parfois plus féconds que les apprentissages formels. (...) Par opposition, les apprentissages formels sont structurés en fonction d'objectifs d'apprentissage, d'un programme d'apprentissage, de temps d'apprentissage, d'un soutien à l'apprentissage, avec le plus souvent à la clé une évaluation certificative, accréditée par un diplôme. Comme l'a rappelé Olivier Las Vergnas, cette dernière forme, adoptée par tous les curricula académiques, ignore souvent la richesse des apprentissages informels acquis dans la vie associative ou via l'éducation populaire.<sup>21</sup>*

Les auteurs montrent que "seulement 10 % de la population a acquis une véritable culture scientifique certifiée par des diplômes de chercheurs ou d'ingénieurs. A contrario, plus de 75 % des individus sont totalement écartés de cette maîtrise ou reconnaissance d'une culture scientifique validée par un diplôme"<sup>22</sup> (ce qui fournit un terreau fertile aux théories anti-vaccin et aux complotismes de tous acabits) et que les apprentissages informels permettent de s'approprier des "savoirs choisis" plutôt que des "savoirs subis". Et d'ajouter : "Il s'agit bien aujourd'hui dans le monde de la santé (...) d'adopter une attitude permettant [aux différents acteurs] d'apprendre de chaque expérience et même de chaque situation. On peut ainsi parler de système apprenant perpétuel"<sup>23</sup>.

A l'opposé, dans le cadre de la Formation Tout au Long de la Vie, la loi dite HPST<sup>24</sup> a instauré en 2009 un dispositif de Développement Professionnel Continu, rendu obligatoire en 2013. "Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de 3 ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques"<sup>25</sup>. Depuis 2015<sup>26</sup>, ces actions de formation doivent s'inscrire dans des

21 Peter (J-M), 2011 (février), « "Les apprentissages informels", un concept à l'épreuve de la recherche en formation : les enjeux du débat » in *Savoirs* (n° 26), Paris : L'Harmattan, p.125

22 Ibid., p.128

23 Ibid., p.130

24 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

25 Article L4021-1 du Code de La Santé Publique

26 Arrêté Du 8 Décembre 2015 Fixant La Liste Des Orientations Nationales Du Développement Professionnel Continu Des Professionnels de Santé Pour Les Années 2016 à 2019

orientations nationales définies par l'ANDPC. A fortiori, les orientations nationales sont renforcées par des impératifs d'établissement ou de service, laissant peu de place à l'autonomie du professionnel, peu de place à l'inattendu.

## **L'inattendu**

Lors de l'entretien exploratoire, Jean-Louis Graval s'est montré sensible à l'idée d'inattendu<sup>27</sup>. Il pointe d'emblée l'exemple évident que fournit l'actualité : la pandémie de COVID-19, qui déploie de l'inattendu dans plusieurs dimensions :

- l'impréparation, voire l'incompétence des instances gouvernementales en charge de la santé publique, alors qu'une telle pandémie était, sinon prévue, du moins prévisible<sup>28</sup> ;
- la capacité des soignants à faire face sur le terrain, malgré une situation déjà précaire au préalable (conditions de travail, conditions salariales, perte de sens, etc.)<sup>29</sup> ;
- les changements profonds dans la vie quotidienne de tout un chacun : confinement, gestes barrières, télé-travail, école à la maison, etc. Certains vont peut-être devenir de nouveaux modes de vie<sup>30</sup> ;
- des interprétations des textes amenant à des situations éthiques complexes et générant de la souffrance tant pour les soignants que les patients ou leurs proches<sup>31</sup>.

Dans les soins, l'inattendu a le plus souvent une connotation péjorative : une urgence, un pansement à refaire en fin de service, un collègue absent, etc. Mais aussi, des outils (EN, EVA) dont on encourage l'utilisation, sans toujours obtenir les effets attendus (soulagement de la douleur), ou bien des décisions médicales ou administratives dont le fondement est flou voire discutable pour le soignant.

Cependant, il arrive que l'inattendu présente un avantage : un soignant capable de dépanner un ordinateur, de réparer un adaptable. Du point de vue du management, de l'ingénierie, l'inattendu est acceptable à condition qu'il entraîne un gain de valeur, dont on peut mesurer le résultat, les effets.

Les spécialistes de la formation professionnelle prennent conscience depuis peu d'un angle mort de l'approche par référentiel et compétences : il s'agit des "savoirs

---

27 Annexe I - Entretien exploratoire avec Jean-Louis Graval

28 Sansonetti (P), 2021 (avril), « COVID-19 ou la chronique d'une émergence annoncée » in Les Cours du Collège de France, France Culture, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-cours-du-college-de-france/covid-19-ou-la-chronique-dune-emergence-annoncee>

29 Robin (F), 2020, « Quelques réflexions sur la souffrance des soignants français dans la crise sanitaire du Covid-19 » in *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* (n° 18), Paris : Editions Matériologiques

30 Brignall (M), 2021 (novembre), « 'The Great Resignation': almost one in four UK workers planning job change » in The Guardian, <https://www.theguardian.com/money/2021/nov/01/the-great-resignation-almost-one-in-four-workers-planning-job-change>

31 Gil (R), 2021, « Mourir au temps du COVID », Espace de Réflexion Éthique Régional Nouvelle-Aquitaine, [https://poitiers.espace-ethique-na.fr/actualites\\_931/mourir-au-temps-du-covid\\_2685.html](https://poitiers.espace-ethique-na.fr/actualites_931/mourir-au-temps-du-covid_2685.html)

implicites”<sup>32</sup>, un ensemble de codes (attitude, jargon, etc.) impossibles à expliciter et qui constituent par définition des inattendus par rapport à un référentiel métier.

Sur le plan lexical, on distingue généralement les “attentes” des apprenants et les “attendus” de la formation (notamment au moment de l’évaluation). C’est avant tout pour prendre le contrepied de cette notion d’attendu que nous avons souhaité explorer l’inattendu sous les différentes dimensions présentées ici.

Plus spécifiquement, dans la formation IDE, on peut considérer comme inattendues, des compétences qui ne sont pas décrites dans le référentiel et qui pourtant participent pleinement du rôle propre infirmier (culture, humour, musique, cuisine, langues, etc.).

Un autre inattendu, que nous qualifierons de situationnel, réside dans un discours que l’on entend de la part des formateurs ou des encadrants en stage : “une fois diplômé, vous serez le professionnel que vous voulez être” ; dans ce cas, à quoi bon un référentiel !

Le présent exercice du mémoire, et sa méthodologie, constituent à mon sens un inattendu de taille... À l’Université, le mémoire est un exercice qui intervient au niveau Master 2 (Bac+5). L’étudiant dispose de temps pour se consacrer spécifiquement à son travail de recherche. Il ne se retrouve pas à construire son mémoire en parallèle des deux derniers stages de sa formation (le fait que des générations d’étudiants infirmiers se sont soumis à l’exercice n’est pas un argument). En outre, dans le cas d’un vrai mémoire, les situations d’appel (s’il y en a), la phase exploratoire, n’ont pas à être explicitées dans le travail final, ce qui lui confère une consistance réellement académique.

Il existe aujourd’hui des normes pour les travaux écrits reconnues internationalement par les grandes universités et intégrées dans les outils de gestion de bibliographie et les logiciels de traitement de textes. Ces normes facilitent grandement le travail des étudiants et leur permettent de se focaliser sur le fond et non sur la forme. L’inattendu ici réside dans le fait que les IFSI ont généralement produit chacun leurs normes auto-référencées qui ne sont compatibles avec aucune des normes existantes.

Et pour donner corps à mon propos, j’ajoute volontairement de l’inattendu dans ce travail, en introduisant des questionnements d’ordre politique dans un exercice qui se veut une initiation à la recherche scientifique.

---

32 Savoyant (A), 2008, « Quelques Réflexions Sur Les Savoirs Implicites » in Travail et Apprentissages (n° 1), Dijon : Raison et Passions

Nous caractériserons donc l'inattendu comme un écart ambivalent (dont il faudra évaluer la valence positive ou négative, c'est à dire la connotation) par rapport à un attendu qui peut être une norme, une prévision, une représentation, etc. Du point de vue de la causalité, l'inattendu peut trouver sa source chez l'individu (l'étudiant, le professionnel, le formateur, le patient, le cadre, etc.), dans le collectif (institution, service, équipe, etc.), dans la norme (loi, référentiel, protocole, etc.). Sous l'angle de la phénoménologie, quel est le statut de celui qui constate l'inattendu : un tiers neutre en position d'observateur ou un agent qui se trouve partie prenante dans l'écart ? Dans ce deuxième cas, l'agent est-il en position de sujet ou d'objet ? Autrement dit, est-ce qu'il subit l'inattendu (position d'objet) ou est-ce qu'il y participe (position de sujet) ?

Cela ouvre une multitude de questions et de pistes d'exploration :

- Quelles corrélations peut-on établir entre la valence attribuée à l'inattendu, sa source et son ou ses objets ?
- Serait-il possible de proposer un modèle prédictif de l'impact d'un inattendu sur un individu, un collectif ?

Et plus en lien avec notre question de départ :

- Quelles sont les limites à l'utilisation d'un référentiel de compétences dans la formation des futurs infirmiers ?
- Peut-on évaluer le référentiel, c'est-à-dire mesurer un écart entre ce que le donneur d'ordre (l'État qui représente la société à travers le législateur) en attend et ce qu'il produit ?
- Existe-t-il un écart entre ce que la société attend du référentiel activités/compétences infirmier et ce qu'il produit à travers la formation ?

Dans le contexte du présent mémoire, nous nous contenterons de formuler la question de recherche suivante :

**Comment mesurer l'efficacité du référentiel en tant qu'outil de formation ?**

**C'est-à-dire comment mesurer l'écart - s'il existe -  
entre ce que le référentiel souhaite produire et ce qu'il produit réellement ?**

## Cadre conceptuel

---

### Un peu d'histoire

#### *Sur le temps long...*

Dans le cadre des Rendez-vous de l'Histoire de Blois, des doctorants de l'EHESS ont animé une table ronde intitulée "L'hôpital, l'atelier et le jardin : apprendre son métier, du XVII<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle"<sup>33</sup>. Leurs recherches portaient sur la formation des médecins, des officiers de Marine (qui faisaient office de médecin et de chirurgien sur les navires de la Marine royale) et des apothicaires. Considérons pour notre propos que ces différents cursus préfigurent les formations des professions médicales et paramédicales. Plusieurs caractéristiques méritent d'être relevées :

- l'existence de programmes de formation élaborés par des institutions tutélaires : l'hôpital et l'Université pour les médecins, l'hôpital et le ministère de la Marine pour les officiers de Marine, la corporation des apothicaires
- l'existence de critères pour accéder à la formation et pour valider un diplôme (ou un titre)
- des formations payantes
- pour les médecins et les officiers de Marine, la formation alterne entre l'Université (apports théoriques) et l'hôpital (formation clinique) ; pour les apothicaires, elle alterne entre le jardin (apprentissage de la botanique) et l'atelier (préparation des médicaments)
- le diplôme ne constitue pas une fin en soi, l'apprentissage se poursuivant souvent par une période de "compagnonnage" couronnée par la réalisation d'un chef-d'oeuvre

Il apparaît que peu de choses ont changé : il s'agit de formations payantes, en alternance, qui se conforment à ce que l'on peut considérer comme un référentiel (programme de formation et critères d'accès et de validation). Si l'on peut considérer l'internat des futurs

---

<sup>33</sup> Lippi (L), Marjarie (A), Paolini (B), Pennanec'h (L), Pinaud (B), L'hôpital, l'atelier et le jardin : apprendre son métier, du XVII<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, 8 octobre 2021, Blois, Les rendez-vous de l'Histoire

médecins comme une forme de compagnonnage, cet enjeu du perfectionnement à l'issue du diplôme a disparu des autres formations paramédicales.

Ainsi il semble qu'une certaine pratique demeure dans la formation, tandis que le langage pour la décrire a évolué au fil du temps. Cette translation lexicale, paradigmatique est-elle le symptôme de courants idéologiques sous-jacents ?

En aparté, il est intéressant de noter qu'un certain nombre de termes employés dans le paradigme du référentiel et de la compétence sont empruntés au champ lexical du spectacle : rôle, posture, performance (en anglais, *to perform* signifie à la fois réaliser un travail et se produire, jouer, interpréter<sup>34</sup>), représentation. Cette ambivalence sémantique mériterait certainement d'être étudiée, mais ce n'est pas l'objet du présent mémoire.

### ***Plus récemment : le marbre de la loi***

La profession infirmière existe de longue date, mais il faut attendre les années 1980 pour que son exercice soit encadré par la loi. Nous pouvons retracer ce processus de façon très schématique jusqu'à la mise en place du référentiel :

- 1981 : 1er décret relatif à l'exercice de la profession d'infirmière, c'est la reconnaissance des actes infirmiers du rôle propre (actualisé et complété en 1984, 1993, 2002)
- 1992 : création du DE d'infirmier polyvalent, regroupant les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers en soins généraux. Création des IFSI pour remplacer les écoles.
- 2004 : décret du Conseil d'Etat qui intègre les textes et actes professionnels infirmiers au Code de la Santé Publique
- 2009 : en parallèle de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), la formation infirmière est réformée par l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, avec la mise en place des référentiels d'activités, de compétences, et de formation, ainsi que l'accès au grade Licence dans le cadre d'un partenariat avec l'Université

### ***Une profession, trois diplômes***

Actuellement, la profession infirmière regroupe 3 catégories de diplômés :

- les infirmiers de secteur psychiatrique, diplômés avant 1992
- les infirmiers diplômés avant 2012, avant la mise en place du référentiel

---

34 <https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais-francais/perform> consulté le 26/09/2021

- les infirmiers diplômés à partir de 2012, qui ont commencé leur formation en 2009 avec la mise en place du référentiel

Au 1er janvier 2021, d'après les chiffres mis à disposition par la DREES<sup>35</sup>, on compte 764 260 infirmiers en activité (dits actifs occupés).

Le nouveau diplôme étant effectif depuis 2012, on peut considérer que les infirmiers de moins de 34 ans ont obtenu le nouveau diplôme et que tous les autres sont titulaires de l'ancien. (En l'absence de chiffres spécifiques, nous compterons pour négligeables les reconversions professionnelles ; il est également impossible de distinguer les infirmiers en psychiatrie).

On recense 94 316 infirmiers entre 30 et 34 ans, 78 026 entre 20 et 29 ans, et 29 526 de moins de 25 ans, soit 201 868 titulaires du nouveau diplôme. Ce qui représente 35% de nouveaux diplômés, soit une proportion de 1 titulaire du nouveau diplôme pour 3 titulaires de l'ancien.

Cette disparité démographique soulève des questions : observe-t-on des différences de pratiques, de représentations, de valeurs entre ces deux générations ? Existe-t-il une forme de concurrence, de discordance, voire d'incompatibilité entre elles ? La mise en place du référentiel confère-t-elle une plus-value qualitative aux nouveaux diplômés ?

### **Notion de référentiel**

D'un point de vue épistémologique, nous noterons que le paradigme du référentiel et de la compétence a été importé du monde anglo-saxon, notamment des Etats-Unis. Les Etats-Unis ont effectué dans les années 1980-90 une transition d'un apprentissage sur le terrain hospitalier (*hospital-based training*) vers une approche curriculaire basée sur les compétences (*competency-based curriculum*)<sup>36</sup>. Cette transition n'a eu lieu en France qu'à partir de 2008-2009.

Cela est également vrai, avec la même chronologie, pour le référentiel particulier que constituent les diagnostics infirmiers établis par la NANDA (dont le site indique qu'elle vise à "améliorer la communication et standardiser le langage global des sciences infirmières"<sup>37</sup>).

35 <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/> consulté le 09/10/2021

36 Leung (K), Trevena (L), Waters (D), 2016, « Development of a Competency Framework for Evidence-Based Practice in Nursing » in *Nurse Education Today* (n° 39), p.190

37 <https://nanda.org/> consulté le 26/09/2021, traduction par nos soins "Improving communication and standardizing global nurse language"

### **Evidence-based : la preuve par le neuf ?**

Ce titre énigmatique et légèrement provocateur vise à attirer l'attention sur un phénomène courant dans l'action publique, à savoir la sensibilité aux effets de mode et la fascination pour des concepts émergents, souvent venus d'outre-Atlantique et qui, malgré un emballage prometteur, n'ont pas vraiment fait leurs... preuves.

Dans l'enseignement médical et paramédical, l'approche par compétences (*competency-based*) découle d'une vision rationaliste des sciences médicale et infirmières (et des autres professions paramédicales) fédérée sous les termes de médecine basée sur les preuves (*EBM : evidence-based medicine*) et de sciences infirmières basées sur les preuves (*EBN : evidence-based nursing*). Cette approche est plébiscitée, au nom du *lean management* et de l'optimisation de la filière soins, par les décideurs des politiques de santé et leurs relais (ministère, ARS, gouvernance des établissements, cadres de santé).

Rares sont les voix qui s'élèvent pour tempérer cet enthousiasme. Le psychiatre Emmanuel Venet soulève deux critiques. D'une part "l'EBM considère comme preuves des corrélations statistiques qui, en général, portent sur des études de grande envergure et ne s'embarrassent pas de cas d'espèce"<sup>38</sup>. D'autre part, "les fondements de l'EBM (méta-analyses, études randomisées, niveaux de preuve) se prêtent à des critiques de plus en plus nombreuses, non seulement quant à la robustesse des méthodologies, mais quant à la sincérité même des résultats"<sup>39</sup>. À cela, nous ajouterons la recherche en soins infirmiers et, de plus en plus souvent, en sciences humaines en général, qui extrapolent des généralités à partir d'études portant sur des échantillons très réduits (quelques dizaines de personnes).

### **De la tâche à l'activité**

Le référentiel d'activités (Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009) est une paraphrase du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, et des articles du Code de la Santé Publique<sup>40</sup> visé par ledit décret. Y sont décrites les différentes tâches relevant des rôles propre et prescrit de l'infirmier, regroupées en 9 activités.

Il est intéressant de noter que dans le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, il est question de l'activité professionnelle d'infirmier (par opposition à, disons, l'activité de marchand de tapis) et non des activités auxquelles s'adonne l'infirmier dans sa pratique professionnelle.

---

38 Venet (E), 2020, Manifeste pour une psychiatrie artisanale, Lagrasse : Editions Verdier, La petite jaune, p.66

39 Ibid., p.67-68

40 Articles R4311-1 à R4311-5 du Code de la Santé Publique

Que signifie ce glissement sémantique ? Au début des années 2000, l'Etat entreprend une vaste réforme du financement des établissements de santé : "la tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses"<sup>41</sup>. Avant 2003, seuls "[les établissements privés à but lucratif] bénéficiaient (...) de paiements à l'activité"<sup>42</sup>. L'émergence de la notion des activités de l'infirmier accompagnerait-elle un mouvement plus vaste de libéralisation économique de l'hôpital public ?

### ***L'énigme de la compétence***

Eric Holmboe<sup>43</sup> décrit la mise en place des référentiels de compétence dans le domaine médical aux États-Unis. Ce processus démarre en 1978 lorsque McGaghie et al. font valoir l'intérêt d'une approche basée sur les compétences pour la formation des professions médicales. Un débat public émerge au Canada à la fin des années 1980, au cours d'une grève des médecins, portant sur ce que les patients sont en droit d'attendre de leurs médecins. Le *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* a ainsi publié en 1996 la première version des Rôles *CanMEDs* (qui listent les différents rôles que peut adopter un médecin dans sa pratique professionnelle). Entre 2002 et 2015, plusieurs pays (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Hollande) ont conçu des référentiels de compétence. En France, la loi de mars 2002 a ouvert la voie à l'élaboration des référentiels métiers et compétences des professions de santé, menée par les Ordres des différentes professions. Dès l'année 2000, le CNOM pointe le besoin "de formaliser par des critères prédéfinis que la confiance que l'on accorde à un médecin est justifiée"<sup>44</sup>. Le référentiel de compétences a ainsi permis de faire émerger la médecine générale en tant que spécialité à part entière, plutôt que par défaut de toutes les autres spécialités<sup>45</sup>.

Dans un article de 2016, Leung opère une distinction (qui n'est pas possible en français) entre *competence* et *competency*.

*La competence est une combinaison des attributs complexes que sont la connaissance, les aptitudes et les attitudes, avec la capacité à émettre un jugement professionnel et à agir de façon adaptée dans des situations spécifiques. La competence ne peut pas être observée directement à partir*

41 DGOS, 'Financement des établissements de santé', Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante> consulté le 21/11/2021

42 Ibid.

43 Holmboe (E S.), Sherbino (J), Englander (R), Snell (L), Frank (J R), 2017, « A Call to Action: The Controversy of and Rationale for Competency-Based Medical Education » in *Medical Teacher* (n° 39), Informa

44 Druais (P-L), 2009, RÉFÉRENTIEL MÉTIER ET COMPÉTENCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, Collège National des Généralistes Enseignants, p. 3

45 Nicodeme (R), Deau (X), « Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM », Ordre National des Médecins

*du comportement d'un individu, mais est inférée à partir de sa performance (au sens de la capacité à réaliser des tâches).*

*La competency est décrite comme une caractéristique sous-jacente de la performance. Elle est multi-factorielle et difficile à évaluer. Les sens fondamentaux de la compétence et de la competency sont similaires en ce que "les attributs multiples" et la "performance" sont souvent utilisés de manière incohérente et interchangeable dans la littérature infirmière. D'une manière générale, la compétence reflète l'approche cognitive d'une personne sur une tâche, et englobe les multiples attributs de connaissance, d'aptitude et d'attitude, tandis que la competency met en évidence la capacité d'une personne à réaliser ces tâches dans le contexte spécifique de la pratique professionnelle.<sup>46</sup>*

Osons une remarque critique : si ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, il ne me semble pas que cette définition brille par sa clarté. Hasardons une hypothèse : et si la faiblesse du concept même de compétence résidait tout simplement dans l'absence d'une définition claire et communément admise ?

### **Bien mal acquis ?**

Le mode d'évaluation promu par le référentiel de formation nous semble également discutable. L'article 39<sup>47</sup> du référentiel prévoit 4200 heures de formation, également réparties entre la formation clinique (en stage) et la formation théorique (les enseignements délivrés à l'IFSI), auxquelles s'ajoutent 900 heures de travail personnel complémentaire.

L'article 43<sup>48</sup> du référentiel précise les 3 composantes de la validation des compétences. Elles sont principalement évaluées en stage, sur la base de critères et d'indicateurs. L'analyse linguistique qui révélerait le caractère à la fois abscons et poétique de ces énoncés sort (malheureusement) du champ de ce mémoire. Nous nous intéresserons ici au mode de validation de ces critères : à l'issue du stage, l'étudiant fait le bilan avec le professionnel référent et détermine pour chaque critère s'il est acquis, à améliorer ou non acquis. Nous laissons de côté la colonne "Non mobilisé" qui ne relève pas du processus de validation. Cette typologie soulève plusieurs questions :

- un item "non acquis" n'est-il pas par principe "à améliorer" ?

46 Leung et al. op. cit. p.190, traduction par nos soins

*Competence is a combination of the complex attributes of knowledge, skills, and attitudes; with the ability to make professional judgement and to perform intelligently in specific situations. Competence cannot be directly observed from an individuals' behaviour but is inferred from their performance.*

*Competency is described as an underlying characteristic of performance; it is multifaceted and difficult to measure. The fundamental meanings of competence and competency are similar in that 'multiple attributes' and 'performance' are frequently used inconsistently and interchangeably in nursing literature. Broadly speaking, competence reflects a person's cognitive approach to a task, encompassing the multiple attributes of knowledge, skills and attitudes whereas competency highlights a person's ability to perform those tasks within the defined context of professional practice.*

47 Arrêté du 31/07/2009, op. cit., p.253

48 Ibid., p.253

- quel est le point de bascule qui fait dire à l'évaluateur qu'un item est "non acquis" ou "à améliorer" ?
- n'y a-t-il pas une forme de violence dans le fait de considérer un item comme "non acquis" ?
- à l'inverse, à partir de quand peut-on considérer qu'un item est acquis ?
- quelques semaines de stage suffisent-elles à évaluer si des pratiques aussi subtiles que l'entretien d'aide ou la séquence éducative sont acquies ?
- les compétences ne sont-elles pas "à améliorer" constamment tout au long de notre parcours professionnel ?
- n'y a-t-il pas un risque à ce que le professionnel, une fois diplômé, ne cherche plus à s'améliorer ?

Nous pointons là, de façon certes caricaturale, les failles d'un tel mode d'évaluation. Pour élargir notre propos, et nous placer sous un angle politique, notons que cette vision de l'évaluation est devenue la référence au niveau international, dans tous les domaines de l'éducation, de l'école maternelle à la formation professionnelle.

La formation d'IDE ayant lieu en alternance, il faut également "[valider] la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence"<sup>49</sup> pour valider une compétence.

Dans le mouvement d'universitarisation du diplôme, le référentiel répartit les apprentissages en Unités d'Enseignement chacune rattachée à une compétence du référentiel de compétences, réparties sur les 6 semestres que dure la formation et dotées d'un volume horaire d'enseignement sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, et de travaux personnels plus ou moins guidés. Les modalités et critères d'évaluation sont également précisés dans le référentiel.

Notons déjà que cela laisse peu de place à l'initiative et à l'autonomie des instituts et des formateurs. Nous voyons là un manque de confiance de l'institution (l'Etat) envers ses agents (les cadres de santé formateurs). Nous préférons considérer cela comme un inattendu, plutôt que comme une intention.

Le tableau en annexe II synthétise ces différents éléments (UE, compétence, volume horaire, modalités et critères d'évaluation).

Nous observons deux inattendus :

- d'une part, si l'on observe le volume horaire consacré à chaque compétence, on s'aperçoit que la compétence 4 ("Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et

---

49 Ibid., p.253

thérapeutique”) représente un volume horaire de 875 heures, alors que la moyenne par compétence est de 262,5 heures ; cela représente plus du tiers des 2100 heures de formation théorique prévues à l'article 39 du référentiel, et plus de 8 fois le volume horaire consacré aux UE 2 (“Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers”) et 10 (“Informer et former des professionnels et des personnes en formation”). Comment les concepteurs du référentiel justifient-ils un tel écart ? Ont-ils considéré que le projet de soins infirmiers est 8 fois moins important que la mise en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ? Ou bien, dans la mesure où conduire le projet de soins infirmiers consiste précisément à mener des actions à visée diagnostique et thérapeutique, ont-ils estimé qu'il y a une zone de recouvrement entre ces deux compétences ? Mais dans ce cas, était-il nécessaire de différencier les deux compétences ?

- d'autre part, si l'on se penche sur les modalités d'évaluation, on constate que 15 évaluations, correspondant à 13 UE, soit 725 heures d'enseignement (34,5% du volume total d'enseignement), sont validées par une "Évaluation écrite des connaissances" portant sur "l'exactitude des connaissances", c'est-à-dire par des Questionnaires à Choix Multiples. Comme le rappelle Leclercq (2006)<sup>50</sup>, cet outil d'évaluation a été popularisé par l'armée américaine pour sélectionner des officiers lors de la première guerre mondiale. Dès les années 1920, les critiques abondent sur ce mode d'évaluation, détaillées dans l'article de Leclercq. Par ailleurs, de façon générale, les QCM issus d'instituts de formation paramédicale disponibles sur internet se révèlent souvent en inadéquation avec les règles de bonnes pratiques décrites par Puget (2010), notamment : “éviter les termes absolus comme «toujours», «jamais», «tous», «systématiquement» ou «aucun» dans l'énoncé et les réponses”, “éviter les termes imprécis comme «peut», «pourrait» et les termes «rarement», «parfois», «occasionnellement», «peu», «beaucoup»”<sup>51</sup>. En outre, dans la mesure où la moyenne suffit pour valider une UE, et où il existe un mécanisme de compensation pour certaines UE<sup>52</sup>, le dispositif ne fait pas de différence entre un étudiant qui a juste la moyenne et un étudiant qui s'approche du 20. Il est légitime de se demander si cette approche valorise l'excellence et incite à l'investissement personnel.

---

50 Leclercq (D), 2006, « L'évolution des QCM », in Figari (G), Mottier Lopez (L.), 2006, « Recherche Sur l'évaluation En Éducation: Problématiques, Méthodologies et Épistémologie : 20 Ans de Travaux Autour de l'ADMEE-Europe », Paris: L'Harmattan, Evaluer, pp. 139-146

51 Puget (S), 2010, « QCM Mode d'emploi », DIU de Pédagogie Médicale, Paris, Jussieu

52 Articles 47 et 48 de l'arrêté du 31/07/2009, op. cit., p.254

Il semble parfois que les auteurs du référentiel eux-mêmes y perdent leur latin. En effet, dans le référentiel de formation, l'UE 4.7 consacrée aux soins palliatifs et à la fin de vie est rattachée à la compétence 4 (Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique). Pourtant, ne serait-il pas plus pertinent d'envisager cette UE au croisement de la compétence 3 (Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens), de la compétence 6 (Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin) et de la compétence 9 (Organiser et coordonner les interventions soignantes) ?

Les objectifs de l'UE 4.7<sup>53</sup> vont d'ailleurs dans ce sens. S'il est vrai que le référentiel ne prévoit pas que les UE se trouvent à la confluence des compétences, la question n'en mérite pas moins d'être soulevée.

J'ai essayé de savoir si les auteurs du référentiel s'étaient posé ce genre de questions, de quelle nature étaient leurs débats, comment ils avaient arbitré, mais la conception du référentiel est entourée d'un grand mystère. Voilà encore un inattendu.

Il apparaît que Roselyne Bachelot, alors Ministre des Solidarités et de la Santé, a constitué en septembre 2008 une "Mission coopération entre professionnels de santé" constituée de 4 membres, chargée de rédiger le référentiel. Les sources à ce sujet sont principalement d'origine syndicale, avec tous les biais que cela suppose. Néanmoins, ce questionnement nous fait entrer de plain-pied sur le terrain du politique, voire de l'idéologie.

## **Dimension politique et idéologique**

### ***Conversion doctrinale***

Dès 1966, Fred Davis, un sociologue américain, s'est intéressé à la formation des infirmières qu'il décrit comme une "conversion doctrinale"<sup>54</sup>. Il s'inspire des travaux du canadien Everett Huges<sup>55</sup> portant sur "la socialisation professionnelle conçue à la fois comme une initiation, au sens ethnologique, à la « culture professionnelle » (ici médicale) et comme une conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité"<sup>56</sup>.

Certes, ce n'est pas le même pays, et c'était il y a longtemps, mais c'était toujours d'actualité pour les chercheurs français qui, en 2004, comparaient ce processus à une "aliénation de soi"<sup>57</sup>. Et je ne serais pas surpris que beaucoup d'étudiants puissent se projeter

53 Arrêté du 31/07/2009, op. cit., p.333

54 Davis (F), 1966, *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*, New York City : Wiley

55 Huges (E C), 1958, *Men and Their Work*, Glencoe, Ill., : Free Press

56 « Séminaire de Recherche : la socialisation professionnelle de Huges », Université de Genève, <https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-huges.pdf> consulté le 8 septembre 2021

57 Carricaburu (D), Ménoret (M), 2004, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, U Sociologie

dans les 6 étapes décrites par Davis, malgré la mise en place du référentiel et la réforme de la formation en 2009. Nous avons d'ailleurs mentionné à ce propos la lettre adressée en mai 2021 par les Ministres de la Solidarité et de la Santé, et de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, portant sur le mal-être des étudiants en santé. Une lecture rapide des publications d'Olivier Maulini<sup>58</sup>, professeur associé à l'Université de Genève dans le domaine « Analyse du métier d'enseignant », laisse penser que la problématique de l'adéquation de la formation à l'exercice professionnel, comme celle de la souffrance des étudiants, sont transversales d'un métier à l'autre, et ne connaissent pas de frontières.

Pour Hugues, la socialisation professionnelle repose sur le "schème de référence" ; la référence dont il est ici question n'a rien à voir avec le référentiel de formation, mais avec le groupe de référence auquel l'apprenant est censé se conformer pour construire son identité professionnelle.

Après avoir décrit ce mécanisme d'acculturation à l'échelle individuelle, intéressons-nous à la dimension collective : gouvernance, management, orientations des politiques publiques.

### **New Public Management**

*Fondé sur des principes et théories d'origines diverses - sciences économiques, management, public choice notamment - le New Public Management est né au début des années 1980 au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, et s'est déployé ensuite dans la plupart des pays de l'OCDE dont les États-Unis, le Canada, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, sans oublier la Belgique (...).*

*L'idée principale du NPM est que le secteur public, organisé selon les principes de la bureaucratie wébérienne, est inefficace, et qu'il est souhaitable de transposer dans le secteur public les méthodes de gestion du secteur privé. À la rigidité d'une administration bureaucratique centralisée, focalisée sur son propre développement, le NPM oppose un secteur public reposant sur les trois E « Économie, Efficacité, Efficience », capables de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients.<sup>59</sup>*

L'article de Béatrice Van Haepere est édifiant à plus d'un titre, et montre bien comment des principes issus de l'idéologie libérale, voire néolibérale, ont pris pied chez les dirigeants politiques de par le monde. Ce changement de paradigme reflète bien ce que nous avons pointé plus haut : modalités d'évaluation mesurables, découpage (artificiel) du métier en activités propices à la facturation et à l'établissement de statistiques, permettant à leur tour de fournir un niveau de preuve (EBM), d'efficience, de performance. Avec une quarantaine

<sup>58</sup> <https://www.unige.ch/fapse/life/equipe/olivier-maulini> consulté le 21/11/2021

<sup>59</sup> Van Haepere (B), 2012 (février), « Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne » in Reflets et perspectives de la vie économique (tome LI), pp.84-85

d'années de recul, on s'aperçoit que les économies sont réalisées au détriment de "l'éthique publique"<sup>60</sup>.

Jean-Louis Graval, lors de l'entretien exploratoire, faisait d'ailleurs remarquer, parlant de la formation des cadres de santé : "dans la formation de cadre, la partie formation prend peu de place, c'est vraiment autour du management".

Alain Supiot, juriste et philosophe du droit, était titulaire jusqu'en 2019 de la chaire "État social et mondialisation. Analyse juridique des solidarités" du Collège de France<sup>61</sup>. Auteur de *La gouvernance par les nombres*<sup>62</sup>, il est connu pour ses critiques à l'encontre d'une vision statistico-économique du monde, celle du NPM. Lors de sa conférence inaugurale pour les Rendez-vous de l'Histoire, donnée le 8 septembre 2021, sur le thème de la justice au travail, il aborde plusieurs des points qui nous intéressent ici. Il reprochait ainsi au libéralisme économique de "relever l'État de son rôle de tiers régulateur" et ce de façon organisée, avec le projet de "défaire méthodiquement le programme du CNR". Dans un trait d'humour, il renversait le slogan de la campagne pour la vaccination : "on peut débattre de tout sauf des chiffres" ; aveu involontaire de la logique comptable qui anime l'Etat. Surtout, sur le terrain de la justice sociale, il posait la question de l'accès aux soins. En effet, si la réduction du nombre de lits semble être un moyen efficace, efficient, de réaliser des économies, le retour à domicile après une chirurgie ambulatoire n'a pas le même sens selon que le patient vit dans une villa avec piscine ou dans un studio au 4<sup>e</sup> étage sans ascenseur... Il ne s'agit pas ici de nous lancer dans un brûlot militant anti-libéral ; mais il est impossible d'aborder la question qui nous intéresse, celle du référentiel, de la norme, sans lire en filigrane les traits philosophiques et idéologiques sous-jacents.

Nous concluons avec le psychiatre Roland Gori, qui estime que "les dispositifs normatifs des nouvelles formes de l'évaluation avec leur discours fort et violent, (...) calibrent les pratiques et les langages autorisés, promeuvent un style anthropologique en phase avec la culture de notre société, celle du néolibéralisme"<sup>63</sup>. Pour Roland Gori, et de nombreux psychiatres, le référentiel à abattre est celui du DSM<sup>64</sup>, qui s'efforce, au nom de statistiques basées sur la preuve, de ranger les personnes souffrant de troubles psychiques ou mentaux dans des cases, suivant ce qui s'apparente quasiment à une démarche algorithmique<sup>65</sup>.

---

60 Ibid., p.86

61 <https://www.college-de-france.fr/site/alain-supiot/index.htm> consulté le 21/11/2021

62 Supiot (A), 2015, *La Gouvernance Par Les Nombres: Cours Au Collège de France, 2012-2014*, Paris : Fayard, Poids et Mesures Du Monde

63 Gori (R), 2013, *La Fabrique Des Imposteurs*, Paris : Les liens qui libèrent, p.133

64 Diagnostic and statistical manual of mental disorders : Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux

65 Chapireau (F), 2013, « Le DSM et comment s'en libérer », *Topique* (n° 123), Paris

Faut-il s'étonner de ce que cette critique provienne d'un psychiatre prônant une médecine qui prend son temps (et donc qui coûte) et qui est difficile à évaluer (et qu'on ne peut donc pas optimiser) ?

Nous avons reproduit en annexe III le tableau de synthèse que proposent Eric Holmboe et ses collaborateurs sur la CBEM. Ils soulèvent les mêmes problèmes que nous tout en pointant les avantages certains de ce mode d'enseignement.

### **Un pas de côté : d'autres voies possibles**

Pour ne pas rester dans une démarche strictement critique, essayons d'étudier ce qui se passe ailleurs sur l'échiquier politique, les forces de résistance, les propositions, les alternatives.

#### ***La psychothérapie institutionnelle***

Depuis près de 70 ans, le courant de la psychothérapie institutionnelle propose une prise en charge originale et efficace des troubles mentaux. Un des principes fondateurs est que l'institution doit soigner les soignants pour qu'ils soient à leur tour en mesure de soigner les patients. Plusieurs concepts nous semblent intéressants au regard de la formation des professionnels :

- **la transmission dans l'institution** : des temps sont prévus sur une base hebdomadaire pour former les professionnels sur différents plans, qui vont des grands courants de la théorie psychanalytique aux règles de bonne pratique sur le circuit du médicament. Ces temps de formation sont dispensés par des collègues qui se sont investis sur les différents sujets, et à qui le collectif reconnaît la légitimité de prodiguer ces enseignements.
- **la décorrélation du statut et du diplôme** : éducateurs spécialisés, psychologues, infirmiers, tous les professionnels sont "moniteurs". Pour des raisons de responsabilité juridique, seuls les infirmiers assument les tâches relevant de leur rôle prescrit (distribution des traitements, soins techniques), mais il est curieux de noter que finalement tous ces professionnels endossent pleinement ce qui relève, d'après le référentiel et le Code de la Santé Publique, du rôle propre de l'infirmier : c'est-à-dire tout le soin relationnel, les entretiens d'aide, l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne, etc. Dans certaines institutions, les professionnels tournent sur différentes fonctions au sein de l'établissement (secrétariat, pharmacie, cuisine, salle à manger, ménage, buanderie, etc.) sur une temporalité longue (minimum 4 mois). Ils

cultivent ainsi à la fois la polyvalence et l'humilité par rapport au titre que leur donne le diplôme. Ils prennent de la hauteur sur leur métier et sur la notion même de soin.

- **la constellation transférentielle** : c'est un outil de soin qui réunit l'ensemble des personnes avec qui un patient a établi une relation de transfert (au sens psychanalytique). Il arrive qu'un patient ne parle qu'à l'agent technique chargé du ménage ou de la sécurité incendie. Celui-ci a donc plus à dire sur le patient que le psychiatre ! Transposé dans le contexte de la formation, en stage ou à l'école, il s'agirait d'identifier qui est le mieux à même d'évaluer l'apprenant. La constellation transférentielle est un travail sur les fonctions (des soignants) qui permet également, selon Didier Drieu, "d'historiciser un parcours"<sup>66</sup> : parcours de soins d'un patient psychotique, ou parcours de formation d'un étudiant.
- **l'importance de l'interstice et de l'informel** : Didier Drieu met en garde contre une logique de compétences, une "logique expertale", qui s'opposerait à celle de l'expérience, une "logique clinique". Il pointe le paradoxe de la norme qui exclut le jeu, l'ambiguïté, l'humour, bref, l'inattendu. Il évoque la perte de confiance que constitue le recours systématique aux protocoles, aux procédures, aux normes, aux référentiels : c'est le "réflexe paranoïaque" des décideurs et des organisations. La solution réside donc pour lui dans une forme de résistance joyeuse qui s'exprime dans l'interstice, l'informel, l'inattendu.

### ***Une utopie du soin***

Dans *L'école des soignantes*<sup>67</sup>, Martin Winckler imagine une utopie du soin très séduisante, et notamment un parcours de formation où tous les soignants commencent forcément en tant qu'aide-soignant pour aller jusqu'à devenir médecin ou chirurgien, en passant par les rôles paramédicaux d'infirmier, kinésithérapeute, etc. Le passage à un nouveau rôle est décidé dans un processus de cooptation par les pairs qui n'obéit pas à un calendrier ou à des modalités imaginées par une lointaine autorité de tutelle, mais à l'évaluation de la réalité de la maturité professionnelle de l'apprenant en contexte professionnel pluridisciplinaire.

Il appartient aux apprenants d'acquérir par eux-mêmes les connaissances théoriques nécessaires à leur évolution professionnelle, et de se former aux gestes techniques au cours de leur pratique professionnelle, auprès des professionnels déjà formés. Une administration bienveillante veille à ce que les aspirations professionnelles puissent être

---

<sup>66</sup> Mutation des métacadres sociaux et culturels, et mise en crise du travail : les transformations en cours dans les institutions de soin et de travail social, Conférence de Dider Drieu et Georges Gaillard, dans le cadre des Rendez-Vous de l'Histoire de Blois et de l'Ecole de Psychothérapie Institutionnelle de La Chesnaie, Clinique de La Chesnaie, 10/10/2021

<sup>67</sup> Winckler (M), 2019, *L'école Des Soignantes*, Paris : P.O.L

satisfaites en mettant les apprenants en situation de se former (mutation dans le bon service, etc.), en répondant à leurs demandes de formation, ou en les invitant à évoluer le cas échéant.

### **Décentralisation et autonomie des instituts de formation**

L'utopie proposée par Martin Winckler ne fonctionne que parce qu'un territoire a réussi à reconquérir son autonomie en matière de santé. Car comme le suggère Didier Drieu, l'émission de norme correspond à un "réflexe paranoïaque" de la part de la structure émettrice (l'Etat en l'occurrence, par le biais d'autorités de tutelle qui sont, en France, le Ministère de la Santé, la HAS, les ARS, etc.). Or le référentiel du métier infirmier comme les référentiels des métiers médicaux et paramédicaux ont été établis de façon rigide, verticale, gravés dans le marbre de la loi. Holmboe pointe pourtant que "l'enseignement médical basé sur les compétences n'est pas et ne doit pas être considéré comme un ensemble de règles et de croyances, mais plutôt comme une bibliothèque de principes et d'approches qui évolue constamment dans le but principal d'atteindre de meilleurs résultats pour les patients et pour les apprenants"<sup>68</sup>. Le psychologue et psychanalyste Georges Gaillard estime pour sa part que c'est "l'institution qui forge son propre référentiel"<sup>69</sup>. Notre ambition à travers le présent travail est de questionner le référentiel, non pour le mettre à bas, mais pour y introduire de la souplesse, pour permettre à ceux qui en sont les acteurs, à savoir les formateurs et les apprenants, d'y mettre leur grain de sel, de le co-construire, d'en réancrer dans le réel les parties les plus absconses, d'y ouvrir des brèches, des interstices pour l'informel, l'inattendu lorsque ceux-ci s'avèrent bénéfiques aux apprentissages, et au-delà, aux soins et au patient.

---

68 Holmboe et al, op. cit., p. 574, traduction par nos soins

*CBME is not and should not be viewed as a rigid set of rules and beliefs, but rather as an important collection of principles and approaches that are constantly evolving to meet the primary aim of achieving better outcomes for patients and learners.*

69 Mutation des métacadre et mise en crise du travail, Conférence de Didier Drieu et Georges Gaillard, 10/10/2021, op. cit.

## Observation envisagée

---

Avant de décrire le devis d'enquête, résumons rapidement notre cheminement. Nous nous demandions au départ : En quoi l'inattendu a-t-il une place dans le référentiel de formation de la profession infirmière ?

Nous avons décrit la notion de formation, abordé quelques outils de formation alternatifs à ce qui se pratique pour la profession infirmière (la VAE et l'autodidaxie) et effleuré la notion de référentiel, puis nous avons tenté de circonscrire ce que nous appelons l'inattendu. Cette exploration nous a permis de formuler notre question de recherche : Comment mesurer l'efficacité du référentiel en tant qu'outil de formation ? C'est-à-dire comment mesurer l'écart - s'il existe - entre ce que le référentiel souhaite produire et ce qu'il produit réellement ?

Nous avons abordé les dimensions historique et épistémologique de la notion de référentiel et d'enseignement basé sur les compétences, en particulier dans le domaine médical et paramédical ; nous avons également interrogé la validité des modalités d'évaluation. Cela nous a conduits sur le terrain politique et idéologique, car cette tendance pédagogique semble être le symptôme d'un virage néo-libéral dans les pays développés. Nous avons enfin recherché quelques sources d'inspiration susceptibles de faire bouger les lignes de la formation vers plus d'humanisme et d'ouverture, pour le bien des apprenants et des patients.

Notre questionnement porte sur des écarts. Écarts entre le référentiel et la réalité du terrain, écarts entre l'idéologie qui sous-tend les politiques de santé publique et notre propre vision éthique du soin. La revue de littérature succincte menée dans le cadre conceptuel a permis de mettre en évidence ce deuxième type d'écarts. Aussi notre observation portera-t-elle sur le premier, avec l'hypothèse suivante :

**Si le discours des soignants reflète la logique du référentiel**

**Alors le référentiel produit des effets.**

Les effets positifs ou négatifs (notion de valence) constituent nos indicateurs : qualité de soins, économie, souffrance des soignants, adhésion idéologique, satisfaction des patients, etc.

La variable observée est principalement l'écart entre le discours des professionnels et celui du référentiel, écart analysé grâce à la méthode de la **théorisation ancrée** de Paillé<sup>70</sup>, appliquée d'une part, en "laboratoire", aux descriptifs des compétences tels qu'ils figurent dans le référentiel, et d'autre part, sur le terrain, au discours des infirmiers diplômés recueilli lors d'entretiens portant précisément sur leurs activités et les compétences qu'ils y associent. Nous nous aiderons particulièrement du *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine* de Hennebo<sup>71</sup> qui explique que cette méthode "permet simplement de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens, et de les mettre en relation, sous la forme, par exemple, d'un grand schéma sur lequel [seront disposés] les différents thèmes et [signalés] les interrelations existantes entre ces thèmes"<sup>72</sup>. L'analyse révélera probablement a posteriori des indicateurs inattendus au moment de la rédaction du présent devis d'enquête, il conviendra d'y être attentifs et de les intégrer à la grille de lecture.

Champ d'analyse : la recherche devra porter sur un échantillon d'au moins 100 IDE, représentant les 3 types de diplôme (secteur psychiatrique, diplômé avant 2012, et après 2012), exerçant dans tous types de lieux de soins, ainsi qu'en libéral.

L'approche envisagée est forcément qualitative : il s'agit de proposer une lecture fine et abstraite de deux discours concurrents (celui des soignants et celui du référentiel) qui permette d'en faire la comparaison. La méthode envisagée serait donc plutôt celle de l'entretien semi-directif, permettant de saisir la spontanéité des participants, mais il devrait être possible de mener l'étude sous forme d'un questionnaire écrit informatisé, afin d'atteindre un échantillon plus large.

Il semble impératif de passer par une phase de test de l'enquête, auprès d'un échantillon d'au moins 20 professionnels. Ces premiers entretiens doivent être menés en présentiel pour mesurer tous les biais et les limites du guide d'entretien. La phase de test est également menée de façon incrémentale : le guide d'entretien est ajusté après chaque entretien. Il serait sans doute intéressant d'envisager une étude multicentrique, impliquant plusieurs enquêteurs, pour équilibrer les points de vue et objectiver le travail de catégorisation.

---

70 Paillé (P), 2011, « L'analyse Par Théorisation Ancrée » in Cahiers de Recherche Sociologique (n° 23), Montréal, pp. 147-181

71 Hennebo (N), 2009, « Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine », Université de Strasbourg

72 Ibid., p.7

D'après Hennebo, il faut compter un an pour mener une analyse avec la méthode de la théorisation ancrée. L'enquête test et la phase d'analyse, concomitantes à une première étape de catégorisation du référentiel, pourraient prendre 2 à 3 mois. L'étude se déroulerait donc sur environ 15 mois.

Une première partie de l'entretien porterait sur des données objectives : sexe, âge, année du diplôme, reconversion professionnelle, formations complémentaires (DU, etc.), année de la dernière formation, lieu d'exercice actuel, lieux d'exercice précédents (le cas échéant). La suite de l'entretien constituerait le matériau qualitatif soumis à une lecture au prisme de la théorisation ancrée. L'objectif est de mettre en perspective le ressenti des professionnels diplômés. L'enjeu est de parvenir à leur faire formuler avec leurs propres mots les compétences qu'ils associent à leurs activités quotidiennes de soin. Cette seconde partie consisterait donc en une question de la forme : "Avec vos propres mots, comment désignez-vous les compétences professionnelles liées aux activités de soin suivantes"<sup>73</sup>. Un biais apparaît d'emblée : si l'on interroge des professionnels sur leurs compétences, ils risquent de se crispier dans une posture défensive, et de se contraindre à un langage professionnel finalement proche du référentiel. En entretien, il peut être possible de repérer ce biais et de le tempérer, en établissant par exemple une atmosphère détendue et informelle<sup>74</sup>. Mais si l'étude s'appuie sur un questionnaire en ligne, par écrit, il faudra imaginer un moyen pour rendre la passation ludique, pourquoi pas sous la forme d'un *serious game*. Ce corpus pourrait être complété par des questions sur le sentiment de complétude du professionnel à l'issue de sa formation : a-t-il eu le sentiment qu'il lui manquait des compétences, ou d'avoir acquis des compétences pour rien ? Il pourrait également être utile d'apporter un regard quantitatif par une question du type : "Pour chacune des 10 compétences du référentiel, pouvez-vous dire si vous estimez vous en servir jamais, rarement, moyennement, souvent, toujours ?" La pertinence et l'exploitabilité de ces questions devront être vérifiées lors de la phase de test.

Ce travail de grande ampleur pourrait aboutir à une reformulation voire à une réorganisation du référentiel métier, conformément aux recommandations des théoriciens de la notion de référentiel, qui l'envisagent non pas comme un cadre rigide pensé du haut vers le bas, mais comme un processus, un outil en évolution, au service des professionnels et, dans les métiers de la santé, au service des patients. Ce travail pourrait être mené sous l'égide de l'Ordre National des Infirmiers et servir de base de réflexion aux futures réformes du diplôme et de la formation.

---

<sup>73</sup> cf proposition en annexe

<sup>74</sup> On pourra s'inspirer du dispositif proposé dans Bourreau, J.B., 2016, *Prévention du suicide : du flottement à l'envie de rebondir*, Paris : Elsevier-Masson

## Conclusion

---

Dans le fond et dans la forme, ce travail ne correspond pas toujours exactement aux attendus du Travail de Fin d'Études prévus par le référentiel. C'est volontaire, car quel meilleur moyen pour introduire la notion d'inattendu que de proposer de l'inattendu ?

Nous nous sommes cependant efforcés de composer dans le cadre imparti, et nous nous sommes souvent contraints à ne pas trop en bousculer les limites, car le cadre ne se prête guère à une véritable remise en question, comme si cela constituait, en soi, un inattendu.

Nous avons essayé de montrer dans une perspective historique que, sous une forme ou une autre, les référentiels ne datent pas d'hier. Référentiel ou programme, compétence ou qualification, diplôme ou certification, contrôle ou évaluation, validation... Les signifiants changent, mais le signifié demeure. Ce qui évolue, en réalité, c'est l'instance normative, celle qui produit le référentiel, et qui traduit une pensée politique, une doctrine.

Au-delà d'un programme de formation ou d'une description d'un métier, le référentiel devient le véhicule d'une idéologie, et un de ses objectifs est de garantir la conformité des acteurs et la continuité de l'idéologie elle-même. Et l'idéologie à l'œuvre vise à organiser, rationaliser, optimiser, économiser, rendre le système toujours plus efficient, sous prétexte d'une soi-disant satisfaction du patient qui n'est pas toujours évidente sur le terrain.

Si nous nous sommes aventurés sur le terrain politique, c'est au sens noble du mot. La santé est, aujourd'hui plus que jamais, au cœur de la cité. À l'heure d'une pandémie qui affecte la ville-monde de la globalisation, et qui bouscule tous les repères, nous affirmons en paraphrasant Lucien Bonnafé que l'on juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses malades<sup>75</sup>. Et donc à la façon dont elle forme ceux qui traitent les malades : les soignants.

Nous nous sommes penchés vers d'autres façons de soigner, d'autres façons de se former, pour tenter d'apporter un éclairage idéologique alternatif et alimenter une réflexion critique constructive.

Enfin, la proposition d'enquête vise à (re)donner la parole aux soignants, à les faire réfléchir sur leur métier et à amorcer peut-être une dynamique de réflexivité collective. Un travail de recherche ne pourrait-il pas être aussi un outil d'*empowerment* ?

De façon finalement assez inattendue, ce travail s'inscrit dans une optique d'amélioration continue des pratiques, concept cher aux managers de la santé publique !

---

<sup>75</sup> La citation originale est "On juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses fous" in Bonnafé (L) 1991, *Désaliéner? Folie(s) et Société(s)*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, Chemins Cliniques

## **Annexe I**

### **Entretien exploratoire avec Jean-Louis Graval**

---

Le 8 septembre 2021 à 8h30, dans son bureau à l'IFSI de Poitiers.

Durée : 43 min

EM - Bonjour, merci d'avoir accepté de répondre à mes questions, euh...

JLG - Je vous en prie, alors euh, asseyez-vous, et je... je vous écoute

EM - Du coup, je crois que vous avez un parcours en Sciences de l'Éduc ?

JLG - Ouais, l'année passée, j'ai fait un Master, euh, Formation d'Adultes, euh, Accompagnement-Conseil, donc qui est fait ici, et, et en fait avant, avant, avant, moi j'ai une Licence Sciences Sanitaires et Sociales, donc plutôt Santé Publique. Euh, avant j'ai le diplôme de cadre de santé, et avant j'ai le diplôme d'infirmier de secteur psy

EM - D'accord

JLG - Voilà, et...

EM - Donc oui, non, c'est l'ancienne version du diplôme, infirmier psy avant que ça soit, euh, fusionné ?

JLG - Oui

EM - D'accord

JLG - Donc, qui était un autre référentiel

EM - Voilà, exactement

JLG - Et... oui, donc on aura l'occasion d'en reparler

EM - Hé oui, et du coup, euh, c'était euh, pardon, c'était en quelle année ?

JLG - Oui, ma formation je l'ai fait entre 88 et 91

EM - D'accord

JLG - Et donc le dernier référent-, le nouveau référentiel, le référentiel d'après, donc qui a uni la formation DE et la formation secteur psy, c'est 1992, et... donc voilà, donc c'était, euh, donc les premières promos 92, les premiers diplômés 95

EM - D'accord, et si je ne m'abuse, à cette époque-là, on ne parlait pas de référentiel

JLG - Si

EM - Si ? C'était déjà hmm... ?

JLG - Ouais, alors c'était pas référencé de la même, euh, façon, c'est à dire que là, moi je, d'un point de vue général, il y a une approche qui est quand même plus, je trouve plus intelligente, enfin intelligente, je sais pas...

EM - Si, si mais vous avez le droit...

JLG - Plus, plus, plus, non mais, plus en lien avec la, la, la profession, et où moi j'y trouve dans les référentiels beaucoup trop de rigidité, euh, celui-ci est plus souple que celui que j'ai connu

EM - (incrédule) D'accord...

JLG - Et donc, il y a souvent moi je trouve un phénomène d'idéalisation, euh... par rapport à ce qui existait...

EM - Oui, de ce qui se faisait avant

JLG - Ouais, et donc, alors, euh, ce diplôme-là était, moi je trouve, hyper intéressant pour la psychiatrie, la façon dont on nous l'a, euh, imposé était, euh, hyper contraignante. Moi ce que je garde de positif c'est, euh, les trois quarts des stages étaient en psychiatrie, euh, une promo de 10, enfin...

EM - Oui

JLG - Un confort d'échange avec les médecins, avec les professionnels, enfin, c'était idéal. Après des formateurs, euh... pfff... peu investis, un directeur qui avait un référentiel qui était un petit bouquin bleu (prend un livre), toutes les semaines on avait une heure d'échange, ils appelaient ça bilan et voilà et on pouvait débattre. Il venait avec ça (montre le livre), on lui posait une question, (mime le directeur qui cherche dans le livre et qui lit la réponse)

EM - D'accord

JLG - Voilà, une autre,

EM - OK

JLG - L'inattendu n'avait pas sa place (rires) Donc, voilà, donc euh c'est, c'est, c'est une formation qui est un peu idéalisée par ceux qui ne l'ont pas connue, enfin, parce que c'est vrai que pour la psy, moi c'est ce qui m'intéresse un peu plus, y a un manque énorme dans ce... référentiel-là. Après, euh, voilà, 30 ans d'écart, moi je trouve que la, la capacité d'écoute des institutions...

EM - Mmm mmm

JLG - ...est plus grande, la place des étudiants est plus grande, euh, l'impact que peut avoir la FNEI par exemple, la représentation nationale des étudiants

EM - Ouais

JLG - il y a 30 ans ça n'existait pas, là ils ont un poids, euh...

EM - en termes de représentation dans les institutions, c'est ça ?

JLG - Ah oui, ah oui, auprès du ministère, auprès euh, tout ce qui va tourner autour de la maltraitance des étudiants dans certains IFSI, des choses comme ça, ya 30 ans ça, ça paraissait pas, ç'aurait été étouffé, donc là, moi j'ai vu, enfin, je trouve une réelle progression. Après pour ce qui est... de la façon, parce que y a le référentiel et la façon dont l'équipe le met en place, et d'un IFSI à l'autre, bah vous allez trouver aussi des écarts...

(silence)

Euh, ou alors une souplesse sur certains domaines et puis inversement chez d'autres, enfin voilà... et ça c'est vraiment IFSI-dépendant

EM - Et du coup, enfin, ça serait une faiblesse du référentiel, il est pas, justement, le référentiel est censé éviter ce genre de choses, il est censé apporter justement une lecture du métier qui... qui évite cette variabilité

JLG - la variabilité moi je le vois plus sur la façon de mettre en oeuvre, ou de s'approprier ou non, en fait, euh, parce qu'en fait, euh, le respect des critères d'évaluation, enfin, parce qu'en fait vous avez, euh, la compétence, vous avez le contenu, vous avez l'évaluation, enfin tout est dedans

EM - c'est ça

JLG - à partir du moment où les critères d'évaluation sont respectés, la façon d'y arriver, est-ce qu'on est obligé de coller mot à mot... ?

Moi quand je suis arrivé, on lisait, on faisait ça... après au bout de quelques années, ben on pourrait peut-être l'aborder différemment, enfin on pourrait...

Moi je suis arrivé sur le champ 1 quasi en même temps que SG, on découvrait, on arrivait tous les deux de la psy, bon la première année, on a fait comme on nous a dit...

et puis après on a (rires), on a adapté parce que, en fait, nous on n'y trouvait pas de sens.

Et nous, il a fallu, parce que je crois que la clé elle est là, c'est à dire que pour transmettre quelque chose, pour que ça ait du sens pour les étudiants, ben faut que ça en ait pour ceux qui... doivent le transmettre. Nous on a fait un travail bah, plus d'appropriation du contenu, et, et d'une présentation en fait qui avait du sens pour nous

EM - Ok

(silence)

JLG - parce que le référentiel, il est indispensable, dans le sens où des infirmiers y en a 600000, donc s'il y a pas... pour une formation qui est hyper réglementée, je veux dire, enfin, euh, après l'armée, euh, c'est l'hôpital, quoi...

EM - Mmm, mmm

JLG - Alors une hiérarchie, enfin, tout ce que vous voulez, voilà... D'un autre côté c'est normal, parce que la responsabilité est énorme, euh, une erreur sur un acte, bah faut qu'on puisse savoir précisément qui a la responsabilité, est-ce qu'il a le droit de le faire, pas le droit de le faire, dans quelles conditions, ça, ça... donc que ça soit hyper-réglémenté c'est normal.

Après, euh, après, c'est lourd à porter. Et que, on est plus souvent dans un système de contrôle... que d'évolution. C'est à dire que moi ce que j'ai pu voir en formation, c'est le référentiel c'est un repère, une norme, pour tous les professionnels, mais peut-être qu'on s'en sert trop que sous cet angle-là... C'est peut-être un outil d'échange pour justement faire évoluer la profession, le contenu, et... c'est peut-être cet axe-là qu'on travaille pas assez

EM - C'est là que l'inattendu pourrait avoir sa place, justement, en venant, euh, euh..., influencer, peser sur le...

JLG - oui, ou bousculer

EM - Oui, bousculer, c'est ça, c'est ça

JLG - Bah, euh, l'inattendu : le COVID

EM - Oui !

JLG - Bah, y a pas mieux ! (rires)

EM - C'est ça..

JLG - 6 mois avant le COVID, on nous aurait dit, quelqu'un serait venu en disant, euh, sans COVID, hein, mais dans 6 mois, on passe tous en distanciel, on fait ci, on fait ça, toc, toc, toc, ça posera pas de problème, y aura si, jamais de la vie !

EM - Levée de boucliers

JLG - mais jamais de la vie, jamais de la vie, jamais de la vie, alors jamais de la vie, parce que bon... pas trop de sens, à ce moment-là, et puis, euh, je sais plus ce que je voulais dire...

(silence)

EM - Je dirais simplement "résistance au changement"

JLG - Oui, et voilà, changement d'habitudes, exactement ça. Bon, bah, vous mettez un virus, personne l'a encore vu, mais tout le monde va changer !

(rires)

EM - C'est vrai...

JLG - Et donc ce qui est, ce que je trouve bénéfique dans l'expérience, c'est je pense qu'on pensait ne pas être capable de pouvoir changer, et je pense qu'on sous-estime, collectivement, nos capacités à changer... Euh, aussi bien pour les formateurs que les étudiants, je, je pense...

Parce que du coup moi l'année passée, j'étais à la fois formateur ici, et étudiant, et oui, et beh, j'ai réussi à m'adapter et à changer en fait sur les deux plans, alors qu'une année avant...

(silence)

Pour revenir sur l'inattendu, il est en même temps... enfin, votre question de départ est, moi je trouve, très intéressante, parce que l'inattendu il est indispensable, moi je trouve... C'est à dire, c'est parce qu'il y a de l'inattendu qu'on se questionne tous, qu'on se remet en cause, et donc l'inattendu, il nous permet de rester en éveil et de faire progresser nos pratiques.

Si on, si y a pas d'inattendu, euh..., enfin moi je crois que je vais vite m'ennuyer...

Et l'inattendu COVID... Y a l'inattendu, enfin, ou l'imprévu qu'on se crée, c'est-à-dire, on part en formation... on en a envie mais on sait pas ce qu'il y a dedans... Bon, on y va, puis en fait... Enfin, c'est comme vous dans votre cursus... c'est-à-dire que d'un point de vue de l'apprentissage, on est, on se met dans une situation d'être un peu plus vulnérable ; on était confortable avant dans une situation de travail qu'on maîtrisait, qu'on connaissait bien, et là on s'expose en fait à de l'inconnu... Mais, mais c'est ça qui nous fait progresser... Les 3 ans de formation ici, euh, c'est ça aussi.

Donc ça, à cette échelle là, mais aussi à une échelle beaucoup plus petite, nous, enfin moi quand j'anime un groupe d'UI, enfin, voilà, le TD il est préparé, mais en fait, on sait jamais comment ça va se passer, mais c'est ce qui fait l'intérêt du boulot

EM - bien sûr

JLG - parce que si chaque TD, si tous les ans, on refait exactement la même chose, si on n'adapte pas au groupe, si y a pas un peu de feeling, si y a pas un peu de enfin voilà, y a pas un peu de souplesse qui permet de... je suis pas sûr qu'on s'y retrouve, quoi, enfin moi je m'y retrouverais pas

EM - oui, voilà, c'est ce que j'allais dire, vous, vous êtes ouvert, même, vous l'attendez l'inattendu, quelque part

JLG - ben, je l'attends, enfin je trouve que...

EM - vous savez l'accueillir on va dire...

JLG - oui, parce que mais, c'est comme dans les soins, c'est la dimension spontanée, l'inattendu... Et... beh, c'est la vie. C'est-à-dire que... si on n'a pas l'espace... Alors, un vieil exemple, euh, moi, quand j'ai commencé à bosser, avec des ados, euh, ben je sais pas, c'est l'automne, euh, on bosse du soir... Je sais pas, on va se balader dans les bois, on croise des champignons, on les ramène, le soir on les mange... Alors c'est pas prévu, mais ce qui fait que les ados adhèrent, euh, qu'il se passe quelque chose, et voilà...

EM - On est d'accord

JLG - Et c'est l'inattendu qui fédère le groupe. Et que, quand vous êtes dans cette dynamique-là, y a moins de troubles du comportement

EM - Bien sûr...

JLG - Alors que quand tout est figé, calibré, et... c'est un peu paradoxal, parce que, ça nous rassure (tape de la tranche de la main sur le bureau) les ados cet après-midi à telle heure y en a un il fait ça, à telle heure il fait ça, telle heure...

EM - Tout est calé...

JLG - Ben, c'est là que ça va péter peut-être, parce que justement y a pas ça... Et, euh, et dans les soins moi je pense que c'est hyper important qu'il y ait cette... et je ferais le lien avec le rôle propre : **c'est le rôle propre qui nous permet ça**, y'a que dans le rôle propre qu'on peut se permettre ça...

EM - Ah bah oui...

JLG - Mise à part, si peut-être en psy où le médecin prescrit des activités à médiation et où dans l'activité vous avez la liberté de faire ça un jour, ça un jour, là oui, mais sinon dans les autres prescriptions, ça n'existe pas... Et là en fait, y'a pas la place pour ça. Et que, moi je trouve dans les situations de soin, quelles qu'elles soient, somatique ou, ou psy, si y a pas ça, **si humainement on ne crée pas un espace où il peut y avoir de l'inattendu, donc de la vie, et bah, on réamorçage pas ce qui va permettre au patient, lui, de progresser par rapport à son état de santé**. Donc, voilà, des fois l'inattendu, c'est embarrassant, on sait pas faire, j'y ai croisé mes limites aussi (rires)

EM - Bien sûr, mais justement, peut-être on sait pas faire parce que le référentiel il est, euh... que dans l'attendu, il nous prépare pas à l'inattendu, euh... c'est là où, comment, alors... certes un formateur peut être capable d'accueillir l'inattendu dans une session, en soin, etc. mais comment ça remonte dans le référentiel, comment on fait en sorte que... moi c'est un truc, sur les attendus de formation, parce que attendu/inattendu, forcément, le fait qu'il y ait pas de VAE sur le, sur le diplôme d'infirmier, c'est un côté comme ça... Quelqu'un qui arrive au diplôme quel que soit son âge, quel que soit... c'est une feuille blanche et on va écrire dessus... Bah non, même à 20 ans, y en a ils ont déjà du vécu, ils ont déjà des choses, et a fortiori à 40 ans...

JLG - Vous avez raison parce qu'en plus on leur dit l'inverse quand ils arrivent

EM - Exactement !

JLG - Moi, là je fais le 3.1 et sur le, euh, avec les... septembre, donc ils viennent d'arriver, y a deux semaines qu'ils sont là. Et en fait, on passe notre temps à leur dire que raisonner, ils savent déjà faire. Nous ce qu'on va leur apprendre, c'est de le transposer, en fait, dans un milieu qu'ils ne connaissent pas. Mais raisonner on sait faire avant et ya plein de choses qu'on sait faire avant d'arriver...

EM - C'est ça... voilà quelque part... ça après c'est plus sur l'organisation de la formation, pas sur le référentiel en lui-même...

JLG - C'est peut-être un frein, euh... peut-être que plus on va basculer... alors on est déjà... du côté de l'université... Mais on va y aller encore plus... **et l'université, a aujourd'hui une plus grande souplesse de ce côté-là et ça va peut-être faire évoluer les choses**, je, je pense que ça peut...

EM - Ne serait-ce que par le côté recherche un peu plus ouverte... Là dans les sujets de mémoire qu'on nous propose, ou sur lesquels on nous guide, on va quand même sur des chemins qui sont battus et rebattus et re-rebattus, euh, y a peu, peu de propositions qui s'écartent un petit peu de choses qui sont déjà hyper-jalonnées, euh,

et, alors que la recherche justement c'est d'aller dans des endroits où on n'a pas été, quitte à, quitte à rien trouver, c'est aussi trouver quelque chose, euh enfin...

Pour revenir à des trucs un peu plus terre à terre, est-ce que vous auriez une définition de compétence, pour vous c'est quoi une compétence ?

JLG - Euh... (silence) **la compétence c'est l'association de connaissances et de comportements dans une, ouais... ouais... dans une situation de travail**

(silence)

C'est à dire que nous ici... ce qu'on oublie parfois, hein... Vous ici, ce n'est que la moitié de la formation... il faut vraiment qu'on le garde en tête... parce qu'en fait, **la compétence, c'est dans l'autre moitié que vous la mettez en œuvre.**

Nous, on vous prépare à... on... on... les UI font ça... On... on vous apprend à décoder, repérer le contenu de la compétence : dans cette compétence-là, vous pouvez y croiser ça, vous pouvez y croiser ça... les items, enfin voilà...

Mais on travaille pas... alors, **nous on dit qu'on travaille la compétence, mais on travaille le contenu de la compétence, d'un point de vue théorique mais la compétence... la compétence sans action, elle n'existe pas, c'est...**

(silence)

donc peut-être qu'on s'approprie un peu trop certaines choses aussi, hein...

(silence)

nous on est juste, on n'est que dans la préparation à...

EM - Mmm mmm

JLFG - Et ce qu'on peut vous proposer de... de plus proche de la réalité, mais qui le sera jamais... ça peut être des UI, des jeux de rôle, ...

EM - des ateliers pratiques...

JLG - ... mais on fait semblant, nous on peut pas vous proposer plus que de faire semblant.

Mais c'est important aussi qu'on s'arrête là, parce qu'en fait c'est pas notre boulot ! C'est sur l'autre moitié de la formation que ça...

EM - Oui, oui

JLG - Et on n'a pas à aussi à piquer le boulot de nos collègues de terrain. Parce que, eux, leur boulot, c'est la mise en œuvre des compétences, à travers les activités qu'ils vous proposent

EM - Oui... Alors, j'aurais envie de dire, c'est même, c'est plus notre boulot à nous étudiants, finalement, de mettre en œuvre les compétences

JLG - Alors, en le disant je pensais aux objectifs de stage, et, et du coup, à l'étudiant, parce que ça dépend ce que lui il a envie d'apprendre

EM - C'est ça... euh... Donc votre rapport au référentiel, vous m'avez dit, donc... Mmm... le référentiel que vous aviez du temps de votre formation c'était quelque chose d'assez rigide,

c'était formaté aussi sous la forme référentiel métier, référentiel activité, référentiel compétence, ça s'articulait comme ça ?

JLG - Ah, non, non, non, la notion de compétence, c'est assez récent

EM - Voilà c'est ça, c'est les années fin 90, hein je crois

JLG - Et la mise en œuvre c'est 2009, pour vous, donc début 2000, le temps que ça arrive jusqu'ici... Non non non, on n'était pas sur ce format-là. La formation, en fait, une

première année identique, on l'oublie des fois, mais identique au DE, "l'homme sain", le diplôme AS

EM - D'accord

JLG - Et après on va chacun sur sa voie avec des choses plus spécialisées...

EM - Mais...

JLG - Non, non, mais pas une approche par compétence, non... savoir-faire... Euh... (silence) j'en ai pas que des bons souvenirs, de ça... Savoir-faire... Je repense à un formateur, il nous faisait les soins infirmiers, je sais plus sur quelle pathologie, en fait son cours, enfin ce qu'il nous faisait, en fait, c'était son cours à lui qu'il avait eu, vingt ans avant, les feuilles jaunies, (rires) non mais c'est quoi ? "On m'a appris comme ça, vous ferez comme ça."

Euh, donc, quelque chose, moi le souvenir que j'en ai, assez cloisonné, mais en même temps, vu la spécialité sur le terrain, et que... dans la dimension relationnelle... parce que, enfin, bon le prélèvement sanguin, (mime) ça, ça, ça, ça ; bon l'entretien, on peut l'imaginer comme ça, comme ça, comme ça, mais dès la première phrase, suivant ce qui est répondu, on est parti ailleurs. Et que du coup, dans l'accompagnement des professionnels, là y avait une souplesse, parce que en fait, on est obligé d'être dans l'adaptation, et donc, ce qu'on doit faire c'est ça, mais selon comment est le patient, ce sera plutôt comme ça, plutôt comme ça, plutôt comme ça...

Et on a vraiment été habitué à l'adaptation, à une diversité de réponses, et que pour le soin, y'a pas qu'une réponse... qu'on nous a appris... parce que de toute façon, si on essaie de le transposer, de toute façon, ben ça marchera pas, quoi...

EM - Du coup, votre formation cadre après, ça a été au moment, après 2009, après la mise en place des référentiels métier...?

JLG - non, moi c'était 2004-2005, euh... mais quand même avec une approche plus ouverte

EM - Oui parce que ça commençait à arriver...

JLG - Oui, oui, une approche plus ouverte dans le contenu, des choses vraiment très intéressantes, mais une application, euh, du référentiel de cadre, euh, à la ligne. Avec un esprit CHU, euh, aux petits oignons, comme je les aime (rires)

EM - J'ai compris

JLG - C'était hyper... en même temps, c'était hyper intéressant, mais euh on voyait bien à quel point, euh, y avait dans cet hôpital général là, peut-être dans d'autres, hein, moi j'ai connu que celui-là, et celui d'à côté mais (mime une pyramide)

EM - Oui, la pyramide

JLG - Ah oui, c'est une pyramide... et y a pas le choix pour... Et donc avec... on était 3 ou 4 de psy... on... ce qui nous a permis, enfin moi ce qui m'a permis de tenir, c'est à force d'observer, et par expérience professionnelle, en fait, on voyait venir les choses, c'est à dire qu'ils présentaient plein de trucs, et fallait tout avaler, et puis, euh... dans la formation de cadre, la partie formation prend peu de place, c'est vraiment autour du management... C'est-à-dire le diplôme permet les deux... mais euh...

EM - Oui, on vous prépare plus à être cadre dans les services qu'à être formateur

JLG - Oui, oui... Donc un discours autour du management, et puis avec des paradoxes, enfin pour moi qui étaient insupportables... On peut le faire aussi ici, hein

EM - (sardonique) ça arrive

JLG - On vous parle d'autonomie, enfin c'est un truc qui est passionnant

EM - Et on nous l'enlève à la moindre occasion...?

JLG - Et pour moi y a pas d'autonomisation sans autonomie de pensée, donc pour qu'il y ait une autonomie de pensée, il faut laisser dans le dispositif un espace où la pensée puisse s'exprimer, et donc de l'inattendu, de la remise en cause, du ci, du ça ; mais si y a pas ça...

Enfin, l'autonomie, ça se prend !... ça se donne pas... Et donc pour la prendre, avant, il faut bien en avoir fait quelque chose pour y aller... enfin, je...

Donc c'était long 10 mois (rires)... Bon, c'était aussi, euh, vachement intéressant

EM - Et est-ce que du coup, cet aspect management, parce qu'on le retrouve, euh... dans toute la philosophie qu'il y a derrière le référentiel : d'être dans le, la réduction des coûts, la réduction des risques, euh, la meilleure, l'optimisation de la performance, nanana, de la satisfaction euh client... patient... ainsi de suite... est-ce que dans cette logique, c'est pas aussi un inattendu euh, finalement, euh... délétère, c'est peut-être un peu fort, mais un inattendu qui est pas forcément, euh, positif... enfin oui, une forme d'inattendu par rapport à l'esprit d'une formation, à l'esprit de ce qu'on veut faire...

Moi j'ai ce sentiment-là qu'il y a un côté très néo-libéral dans tout l'aspect, la pensée référentiel/compétence, telle qu'elle est implémentée, telle qu'elle est mise en œuvre, pas forcément dans l'esprit lui-même du référentiel...

JLG - Mais, le référentiel, il est forcément influencé par le contexte

EM - ...oui, socio-politique autour

JLG - Oui, et voilà, dans lequel on est... Et nous quand même on est dans une dynamique, où... enfin moi je l'ai vu arriver, parce que je suis arrivé juste avant, mais années 90, mi-90, Juppé, ça commence par rapport aux hôpitaux, et depuis on est sur la même pente, on va dire, (rires) même pas la même ligne... et, et, et, donc ça fait 30 ans, en fait, qu'on est sur une espèce d'illusion, d'optimisation... Alors oui, au début, optimisation des moyens, bien sûr, parce que alors l'hôpital était organisé, enfin, y a des fois y avait 4 personnes pour faire le même boulot, donc, euh... Qu'il faille faire le tri, au contraire. Mais y a un moment faut s'arrêter... Et là, ça fait 15-20 ans qu'on s'est pas arrêté. La gestion de la crise COVID a bien montré que ce modèle-là ne peut pas fonctionner... Enfin, pour la santé, on peut pas être constamment dans ce modèle-là. Sauf que culturellement, 30 ans d'environnement comme ça, ben forcément ça transpire... dans tout ce qu'on propose... Et y compris dans la façon de mettre en œuvre le référentiel... Y compris dans l'approche qu'on a du concept de qualité, du travail, la démarche qualité en soins infirmiers... c'est quoi... c'est... c'est... moi y a des fois j'ai l'impression qu'il y a plus d'objectifs par rapport à l'établissement que par rapport au patient

EM - alors que théoriquement... bon, ok, on vient de mettre le doigt dessus

JLG - mais là, oui, on est dépendant de ce contexte-là, du coup, oui. Et ça réapparaît dans le référentiel et dans la façon dont on transmet les choses

EM - Oui... OK... ça vous est arrivé d'utiliser l'expression : "répondre à la commande", je voulais avoir un peu votre positionnement par rapport à cette notion de "commande".

Est-ce que quand vous parlez de "commande", est-ce que c'est un positionnement de cadre, ou de pédagogue, comment, comment vous articulez ça ?

JLG - Alors, qu'est-ce que vous mettez dans "commande" ?

EM - Ben justement, qu'est-ce que vous, vous mettez dans "commande", par exemple dans un TD, ça vous est arrivé de dire "répondre à la commande"...

JLG - Oui...

EM - C'est pas un reproche !

JLG - Oui, alors, oui, ça m'est arrivé de répondre à la commande, oui

EM - Mais de nous dire à nous, voilà, de nous dire "vous avez répondu" ou "vous avez pas répondu à la commande"

JLG - Euh, ah ouais, dans commande, y a une dimension euh, commerciale...

EM - Oui, y a une dimension commerciale, y a une dimension robot on appuie sur une commande, y'a une dimension... voilà, du coup, c'est pour ça je voulais savoir (silence)

JLG - C'est rigolo ça... j'ai... j'ai un bac Technico-commercial (rires)

EM - On a tous nos tares (rires)

JLG - Euh... alors votre question, c'est plus par rapport à l'utilisation de la terminologie ou... le fait d'attendre de vous de répondre ou non à la commande ?

EM - Ben c'est un peu les deux... Qu'est-ce que vous vous mettez dans ce mot commande et quand vous l'utilisez qu'est-ce que vous y mettez ?

JLG - Alors moi ce que je mets dans le fait d'avoir répondu ou non à la commande, **c'est d'avoir fait le minimum** (silence)

EM - alors... ?

JLG - le **minimum demandé**, c'est à dire, voilà, y'a un travail qui est présenté, il doit être, bah, fourni (interruption téléphone)  
un **attendu**, pour reprendre...

EM - Hé oui !

JLG - y a un attendu, quand l'attendu est pas au rendez-vous, euh, oui, moi je peux dire que, oui, on répond pas à la commande, vous n'avez pas répondu à la commande. Dans le sens du, oui, de l'attendu. Du **minimum attendu**.

EM - Ok

JLG - Et moi je pense que... alors... ça dépend ce qu'on met dans les TD, quand on est étudiant aussi... Mais euh... Enfin, et puis, y'a deux paramètres, mais ça dépend ce qu'on met dedans, mais moi je pense que quand on vient... Alors, bon, c'est idéalisé ce que je vous dis, je les ai pas tous vécus comme ça quand j'y étais, mais euh y'a un minimum d'implication à avoir, d'intérêt, donc, voilà... Et c'est parce que ce minimum est là qu'on peut travailler après

EM - Mmm

JLG - et du coup, ce qui va être intéressant, c'est pas "fait / pas fait", non, c'est "fait et... comment on l'a fait", comment vous vous avez fait, comment untel a fait, comment... en fait c'est là qu'il se passe, le travail. Et moi, c'est dans ce... dans ce sens-là.

EM - D'accord

JLG - L'autre paramètre à prendre en compte, c'est l'intérêt par rapport au sujet : répondre à la commande sur un truc qui vous intéresse, ou répondre à la commande sur un truc qui intéresse pas...

EM - On répond pas pareil, oui

JLG - Ah oui, non, là, c'est pas la même musique

(silence)

Donc moi quand je l'utilise, c'est dans ce... dans ce sens là

EM - D'accord

JLG - C'est-à-dire que, moi je me dis pour qu'on puisse travailler ensemble, il faut que chacun ait fait un minimum. Moi, de préparation, de présentation claire, avec du sens, enfin voilà, parce que y a des fois, ça peut, c'est ça qui peut déconner, hein...

Et... mais pour l'étudiant, aussi, un minimum d'intérêt, c'est-à-dire de lecture, de réflexion par rapport à ce qui est demandé, en fait, pour qu'on puisse travailler... et que le TD... euh, et ça aussi hein, ça se déforme, mais après ça évolue aussi au cours de l'année... en fait, l'exploitation du TD, euh... si c'est qu'une correction...

(silence)

alors pour le champ 2 peut-être que si, ça a un intérêt, mais euh, si on s'arrête à ça, vrai/faux, d'accord... bon...

(silence)

EM - Mmm mmm

JLG - On faisait des TD, euh, je faisais le champ 1, et puis la santé publique... alors les étudiants, y... enfin, quand on est étudiant... je trouve, enfin, moi quand j'y étais, ça me faisait chier, enfin, pardon... (sourire) C'était... ennuyeux au possible...

Après, j'ai trouvé ça passionnant, une fois que j'ai été sur le terrain, mais en fait j'ai découvert par la pratique, les entretiens de prévention dans les lycées, les collèges, enfin voilà, puis de fil en aiguille...

En fait, on... on questionnait les étudiants, et euh... ben, sur de la santé publique, la prévention, promotion pour la santé, de ci, de ça...

Mais si le TD c'est juste à vérifier la...

EM - une conformité ?...

JLG - la conformité d'une définition, c'est inintéressant,

EM - Oui bien sûr

JLG - ... et l'étudiant ne retiendra pas... Par contre, prendre le temps d'en parler et faire le lien avec "ah oui, bah, quand j'étais dans mon lycée, l'infirmière scolaire elle faisait ça, y avait ça..." Hé oui, c'est ça ! Et ben là on a peut-être plus de chances, voilà... d'imprimer quelque chose, enfin voilà... qui sera...

EM - après, c'est sur les modalités... euh... enfin, ça on sait pas... ça vaut pour un peu toutes les formations et toutes les situations... y a quand même une perte, enfin voilà, y a 10% d'étudiants qui vont être dans l'investissement, même dans les travaux de groupe, moi c'est un vécu que j'ai, souvent j'ai l'impression que dans le travail de groupe, on est pas

allé assez loin, et puis quand on fait le truc, en fait, on est allé déjà beaucoup plus loin que ce qui était attendu, et euh, euh.. y a une frustration, souvent de mon point de vue, hein...

JLG - c'est que vous avez un parcours, et une expérience... en fait qui vous autorisent ça et... mais que tout le monde a pas, et du coup, y a décalage...

EM - oui souvent y a décalage... mais même après dans les temps d'exploitation, y a quand même beaucoup d'étudiants (siffle) même sur des temps à 40... et euh...

JLG - Même à 15

EM - Oui, même à 15, c'est ça, c'est ça... ça doit être terriblement frustrant pour les formateurs d'un autre côté...?

JLG - Non, enfin... On doit y être attentif parce qu'il y a des chances qu'on ait une part de responsabilité. C'est à dire qu'il faut quand même s'interroger sur le fait que si peu de monde ou personne accroche... euh... ben on y est peut-être pour quelque chose... C'est-à-dire que... y a le contenu, mais en fait, là encore, l'inattendu, la place du... la façon dont on l'amène... l'exemple qu'on va prendre... est-ce qu'il va parler à tout le monde ? est-ce que voilà... La façon dont on l'illustre... Donc, nous on amène de par notre expérience professionnelle, des petits exemples, des trucs enfin voilà... ce qui fait souvent l'accroche... Moi, y a un truc, euh... quand je repère que, dans le TD, souvent hein, en grands groupes, demi-promo ou grande promo, enfin voilà, quand ça commence à parler un peu trop, en fait je prends un exemple

EM - Une anecdote, oui

JLG - Voilà, et là, pof (rires) donc je raccroche, enfin voilà... mais ce que je veux dire c'est qu'on doit aussi nous s'interroger sur le fait que... voilà, si les gens, si les étudiants accrochent pas, on a une part de responsabilité (silence)

EM - Et du coup, donc après la commande, parce qu'on en a parlé, mais... on a tourné autour un petit peu là, mais on n'en a pas parlé... l'attendu, qu'est-ce que vous mettez derrière, euh, derrière l'attendu ?

JLG - L'attendu moi, ce serait un mix entre ce qui nous est demandé

EM - L'indicateur ?

JLG - Oui, et le sens que moi j'y ai mis (silence)

EM - Donc y'a de la subjectivité qui rentre en ligne de compte ?

JLG - Euh...

EM - Votre subjectivité, si vous me dites le sens que vous y avez mis, c'est que...

JLG - Plus dans la façon... enfin je vais prendre...

EM - Ouais, ouais, prenons un exemple, c'est plus parlant

(JLG cherche un exemple d'indicateur dans le Berger-Levrault)

JLG - Sur le champ 1 par exemple

EM - Ah oui, doit y en avoir des bien sur le champ 1 (silence)

JLG - Ah oui... ah oui, ça c'était intéressant... euh... (silence)

Sur le champ 1, on fait des TD, euh... donc, relation, communication, enfin voilà tout ce qui tourne autour, émotion, machin, truc, voilà... et souvent les évals, c'était un texte dans lequel fallait repérer, en fait, des... des concepts

EM - Ouais, des concepts qu'on a un peu abordés, ouais

JLG - Des concepts, donc là, la subjectivité, dans le choix du texte, elle existe. Avec SG, moi je trouvais que c'était compliqué de trouver un texte qui existe déjà, un livre et autre, et d'y faire rentrer une partie de ça... donc nous du coup, on avait changé de stratégie, on avait dit, euh... pour l'évaluation qu'est-ce qu'on veut...? qu'ils bossent la relation, la communication... et là-dedans, qu'est-ce qu'on veut retrouver...? et avec ces mots-clés, qu'on avait repérés, on a écrit nous-même des situations, des petites situations, et là... on était sûr que le lien entre la situation proposée et ce qu'on voulait trouver, il existe et qu'il soit pas euh... tiré par les cheveux parce que dans l'histoire ou dans l'extrait du bouquin, enfin voilà, parce que... euh, pour cette partie-là, le même texte, vous le donnez à plusieurs formateurs, ils vont pas y voir la même chose

EM - L'inattendu...

JLG - Voilà... alors que construit de cette façon-là... et donc quand je dis **le référentiel plus nous la façon dont on le construit c'est ça...**

EM - D'accord... d'accord...

JLG - Et donc là, alors, c'est subjectif, oui, parce que c'est nous qui l'amenons, mais je pense que c'est plus... plus juste et... plus intéressant à travailler pour l'étudiant

EM - D'accord... Sans vous fermer, j'imagine, à... au fait que quelqu'un pourrait voir même dans la situation que vous avez imaginée quelque chose que vous, vous y avez pas mis...

à trouver quelque chose que vous n'y avez pas mis, ça peut arriver...

JLG - Ah mais toujours, alors euh... en même temps c'est ce qui est intéressant... pour le... quand on faisait le 1.1, on listait ce qu'on pouvait retrouver, et puis euh, on faisait les corrections, et puis en fait, on... à mi-parcours on fait un point, pour rééquilibrer, voir ce que chacun a trouvé, et autre... et là, ben y avait des super trucs, y'a des trucs qu'on avait pas pensé, ah bah oui, très bien ça, donc si ça y est, on prend !

EM - Ok

JLG - Ah bah oui ! Puis, là on est sur les sciences humaines, et... donc la réponse mais aussi, peut-être surtout son argumentation, a toute son importance... Autant pour le champ 2, euh, ben, on y est ou on y est pas, hein, enfin...

EM - Oui, le champ 2 y a pas à tortiller

JLG - Là non, non, non, là il faut qu'il y ait cette place-là... Et là, euh, j'ai toujours vu les collègues jouer le jeu, de l'ouverture, et **à partir du moment où ça a du sens, où c'est cohérent, même si nous on l'avait pas repéré au départ, on le prend, on le valorise**, ah oui...

EM - Ok... ben je crois qu'on a fait le tour

JLG - Oui

EM - Euh... Je sais pas si vous avez vous d'autre, quelque chose, euh... à ajouter

JLG - Oh, non, non, j'ai déjà beaucoup parlé (sourire)

EM - Non, oui, enfin je sais pas, y'a plein plein de choses, faut que j'arrive à articuler tout ça, en tout cas je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre... Ah mais, si, j'ai

encore une dernière question, j'aurais aimé avoir votre avis, si vous pouvez vous autoriser, sur le... la pertinence du..., enfin sur les libellés en fin de compte, des compétences et des indicateurs, en termes de... de signification, en termes de... d'intelligibilité, euh... est-ce que vous avez un avis là-dessus ? Entre... si on en prend au hasard...

JLG - Ouais, ouais, alors, euh..., où nous, on a un boulot à faire... encore, hein, là y en a encore... je pense, c'est autour de la vulgarisation... En fait, le référentiel, euh, de formation, ben il est écrit par des pédagogues... Donc avec un discours de pédagogue... Alors, nous, entre nous, ça nous fait plaisir, on apprend des mots, on s'en sert, et en fait, ça nous permet... de valoriser, d'identifier, en fait, notre fonction. Donc ça c'est vachement bien...

Mais en fait, c'est incompréhensible pour les autres ! (rires)

C'est comme... C'est euh... la littérature en santé, c'est exactement le même principe... C'est-à-dire que là, pendant 3 ans, on apprend du vocabulaire professionnel, on s'en sert entre collègues, parce que ben... on gagne du temps, c'est des points de référence commune, enfin voilà, c'est hyper important ! Mais si on tient le même langage au patient et à son entourage, et beh il est perdu... Et donc y a forcément un travail de traduction à faire.

Euh, ça moi j'essaie, enfin j'y suis de plus en plus... attentif, à tel point que là par exemple, pour le semestre 1 pour la nouvelle promo, euh, donc, 3.1, raisonnement clinique... En fait, l'UE je vais leur présenter au retour de stage.. Là je leur ai expliqué, et que là on fait des TD, alors on fait de l'observation, on fait des représentations, mais là tout ça, on parasite pas avec ça... Là, on est ensemble, on réfléchit, qu'est-ce que c'est... et puis la traduction, et euh, on va voir après

EM - D'accord... Et même la feuille de stage, les feuilles de bilan de stage, même quand on est avec les tuteurs, et même les tuteurs formés, hein, qui regardent le truc, euh...

JLG - C'est du même ordre ; moi, quand... en 2009-2010, euh, moi j'étais cadre de santé, mais la première feuille que j'ai vue, je comprenais pas, je comprenais pas ce qu'ils voulaient...

EM - (prend un exemple sur la feuille) pour, je sais plus, "pertinence des informations...", euh, machin, mais comment même la personne peut évaluer ça ? peut...? "pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention", oui, d'accord, on voit, mais... Comment on l'évalue, comment on coche "acquis", "pas acquis" ?

JLG - Oui... ce qui est dans... dans le portfolio, vous avez un degré de précision supplémentaire, avec un exemple

EM - Oui, oui

JLG - Et donc nous, on s'était servi de ça, en fait, avec l'équipe avec qui je bossais, en fait pour... pour comprendre. Et puis après, c'est aussi un travail de traduction, c'est le boulot du RSP aussi. C'est-à-dire que moi les étudiants que je reçois, quand on parle de la C1, du machin, enfin, bon... les deux premiers c'est le recueil de données, le troisième c'est le diagnostic, vous me mettez ça comme objectifs, c'est fait ou c'est pas fait à la fin, si c'est fait c'est validé, au bout faut qu'il y ait la croix. Voilà, et donc, c'est à l'équipe de s'ajuster, mais faut qu'on simplifie le truc...

(silence)

Et le fait de simplifier, nous on a ce travail là à faire, parce que la perte, elle est toujours pour l'étudiant... le manque de connaissance, d'accessibilité...

EM - Oui, la charge de la preuve

JLG - De compréhension... c'est toujours l'étudiant qui est perdant : "ah, bah on sait pas", "oui, bah non bah là, non..."

EM - Oui, je l'ai pas vu, alors je te le coche pas

JLG - Alors que quand c'est traduit, qu'on sait ce que c'est, et que c'est, comment dire... traduit en objectif, et que l'équipe qui encadre propose des activités qui correspondent aux objectifs, ben là quand même on a plus de chance de pouvoir valider précisément la compétence et savoir ce que chacun met derrière l'item

EM - Mmm mmm... après, là y'a un petit inattendu, c'est quand vous dites "l'équipe qui encadre met en place des activités correspondant aux objectifs", moi je l'ai jamais vu ça, encore, en stage...

JLG - L'idée c'est ça, mais... vous y allez avec des objectifs, alors, qui sont déjà orientés parce qu'il y a le livret d'accueil... Et puis vous vous êtes fait une, une idée... Après les objectifs, vous les proposez et en fait, le boulot de l'équipe qui vous accueille, c'est de voir si par rapport à tel objectif, ils ont des activités de soin à vous proposer... si oui, et ben on garde, sinon, et ben on garde pas, mais par contre, eux, ils ont peut-être des activités auxquelles vous avez pas pensé, qu'ils vont vous proposer, et du coup, ça vaut peut-être le coût de mettre un objectif par rapport à ça.

Et en fait, alors, c'est peut-être là aussi que ça doit progresser... Le premier rendez-vous, les rendez-vous, c'est aussi un exercice de négociation, entre les besoins de l'étudiant et ce que propose l'équipe... Et c'est aussi le boulot du tuteur de mettre de l'huile dans les rouages par rapport à ça

EM - C'est beau, ça, mais, héhé... D'accord, ok, je crois que cette fois, je n'ai plus de question, je vous remercie encore de m'avoir consacré du temps et d'avoir répondu à mes questions, je vous souhaite une bonne journée

JLG - Je vous en prie, c'est toujours intéressant de questionner nos pratiques, une belle journée à vous aussi

## **Annexe II**

**Tableau de synthèse des unités d'enseignement, compétences et modalités d'évaluation prévues par le référentiel et volumes horaires cumulés par compétence**

---

UE	Compétence(s)	Volume horaire total	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
1.1 S1	6	75	Travail écrit à partir d'un texte avec repérage des concepts utilisés par l'auteur	Justesse dans le repérage des concepts
1.1 S2	6	50	Travail écrit d'analyse de situation avec mobilisation des concepts	Pertinence de l'analyse Pertinence dans l'utilisation des concepts
1.2 S2	5	50	Evaluation écrite de connaissances	Exactitude des connaissances
1.2 S3	5	75	Ecrit en groupe : étude de population avec identification des besoins en santé	Cohérence dans l'utilisation de la démarche de santé publique Fiabilité des informations traitées Justesse de l'identification des besoins de santé Pertinence dans l'utilisation des outils
1.3 S1	7	50	Evaluation écrite	Exactitude des connaissances Justesse dans l'utilisation des notions
1.3 S4	7	75	Travail écrit d'analyse d'une situation de soins posant un questionnement éthique réalisé en groupe restreint	Pertinence de l'analyse et du questionnement Utilisation des concepts et des connaissances
2.1 S1	4	25	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.2 S1	4	75	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.3 S2	1	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances Utilisation des concepts
2.4 S1	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances Justesse dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques
2.5 S3	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.6 S2	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.6 S5	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.7 S4	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.8 S3	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.9 S5	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances
2.10 S1	3	50	Travail écrit individuel d'analyse d'une situation rencontrée en stage	Identification des règles d'hygiène Pertinence de l'argumentation dans leur utilisation
2.11 S1	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances Compréhension des mécanismes
2.11 S3	4	25	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances Compréhension des mécanismes
2.11 S5	4	50	Evaluation écrite des connaissances	Exactitude des connaissances Compréhension des mécanismes Pertinence de l'analyse dans les calculs de dose Rigueur du

UE	Compétence(s)	Volume horaire total	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
				raisonnement clinique
3.1 S1	1	50	Travail écrit d'analyse d'une situation clinique réalisé en groupe restreint	Pertinence de l'analyse Clarté de la présentation
3.1 S2	1	50	Travail individuel d'analyse d'une situation clinique	Pertinence du questionnement Cohérence entre les informations recueillies et le raisonnement clinique utilisé Cohérence entre les hypothèses inventoriées et l'analyse Qualité de l'argumentation Exactitude des connaissances mobilisées
3.2 S2	2	25	A partir de l'analyse d'une situation clinique, élaboration d'hypothèses argumentées de projet de soins	Cohérence du processus d'élaboration du projet avec les éléments de la situation et le raisonnement clinique Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins Prise en compte de la pluri professionnalité dans le projet de soins
3.2 S3	2	25	Elaboration d'un projet de soins avec recherche d'éléments de négociation réalisé en groupe restreint	Prise en compte du contexte pluri professionnel Pertinence dans la présentation des éléments de négociation Rigueur dans les éléments de traçabilité du projet
3.3 S3	9	25	Travail de groupe présentant des interventions interdisciplinaires dans le cadre du projet de soins	Identification du champ d'intervention des différents acteurs dans le projet de soins
3.3 S5	9	50	Travail d'analyse critique d'un mode d'exercice du métier en lien avec le projet professionnel de l'étudiant	Prise en compte du champ d'intervention spécifique dans la contribution au parcours de soins de la personne Identification des compétences particulières nécessaires
3.4 S4	8	50	Présentation d'un résumé de recherche à partir de l'analyse d'un article de recherche	Identification des étapes de la démarche de la recherche Explicitation de la méthode et des outils utilisés
3.4 S6	8	50	Travail écrit, mémoire de fin d'études	Définition de l'objet de recherche Intérêt du sujet pour la profession Cohérence entre l'objet de l'étude et les méthodes et outils Richesse des sources documentaires Pertinence de l'analyse
3.5 S4	10	50	Présentation écrite ou orale d'une situation d'encadrement avec analyse des résultats au regard des objectifs	Pertinence du projet par rapport à la personne à encadrer Qualité de l'organisation Qualité du contenu Qualité de l'analyse des résultats

UE	Compétence(s)	Volume horaire total	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
				de l'apprentissage Propositions éventuelles de réajustement
4.1 S1	3	50	Travail écrit ou oral de réflexion à partir d'un témoignage autour des notions de dépendance, intimité, pudeur... Les soins de confort et de bien-être sont réalisés en stage et validés sur le portfolio	Compréhension des éléments clés de la situation Mobilisation des valeurs et des concepts dans la réflexion
4.2 S2		25	Travail écrit ou oral avec utilisation des concepts Les soins de confort et de bien-être sont réalisés en stage et validés sur le portfolio	Compréhension des dimensions et des attributs des concepts
4.2 S3	6	50	Mise en situation d'entretiens lors de Travaux Dirigés Les soins relationnels sont réalisés en stage et validés sur le portfolio	Implication lors des travaux dirigés Pertinence et cohérence au cours de la réalisation d'un entretien infirmier
4.2 S5	6	25	Analyse d'une situation relationnelle Les soins de confort et de bien-être sont réalisés en stage et validés sur le portfolio	Cohérence entre les modalités de la relation et les personnes, les situations, les objectifs du projet de soins et la pathologie
4.3 S2	4	25	L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence sera délivrée en fin de formation	conformes à l'arrêté
4.3 S4	4	25	Analyse d'une situation de soins d'urgence en groupes restreints	Pertinence de l'analyse de la situation Cohérence dans la prise en charge Conformité aux bonnes pratiques
4.4 S2	4	50	Calculs de dose appliqués en situation simulée Les actes de soin sont notés sur le portfolio de l'étudiant et leur réalisation est validée en stage	Rigueur du raisonnement dans le calcul Exactitude dans les résultats Habileté, dextérité Respect hygiène, asepsie, ergonomie
4.4 S4	4	50	Pose de transfusion sanguine en situation simulée Les actes de soin sont notés sur le portfolio de l'étudiant et leur réalisation est validée en stage Les actes de soin sont notés sur le portfolio de l'étudiant et leur réalisation est validée en stage	Habileté, dextérité Respect hygiène, asepsie, ergonomie Cohérence dans l'organisation Raisonnement et justesse dans la mise en œuvre Connaissances théoriques en lien avec les actions
4.4 S5	4	50	Injection dans les chambres implantables en situation simulée Les actes de soin sont notés sur le portfolio de l'étudiant et leur réalisation est validée en stage	Habileté, dextérité Respect hygiène, asepsie, ergonomie Cohérence dans l'organisation Raisonnement et justesse dans la mise en œuvre Connaissances théoriques en lien avec les actions
4.5 S2	7	25	Evaluation écrite de connaissances	Justesse dans la compréhension des risques et/ou des dangers

UE	Compétence(s)	Volume horaire total	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
				Pertinence dans l'argumentation des mesures à prendre en fonction des risques encourus
4.5 S4	7	25	Analyse d'un incident critique à partir d'une fiche d'incident	Pertinence de l'analyse de la situation, identification des causes, pertinence du questionnement et hypothèses de solution
4.6 S3	5	50	Travail écrit d'analyse d'une démarche d'éducation et utilisation des concepts	Pertinence dans l'utilisation des concepts Qualité de l'analyse
4.6 S4	5	50	Action éducative individuelle ou collective, auprès d'une personne ou d'un groupe	Pertinence du choix de l'action éducative au regard de la situation Pertinence de l'action Adaptation des outils
4.7 S5	4	50	Elaboration et rédaction d'une réflexion personnelle sur une situation (témoignage, écrit, vidéo...) de soins palliatifs et/ou de fin de vie	Qualité de la réflexion portée sur la situation Mise en évidence des valeurs personnelles et professionnelles
4.8 S6	7	75	Travail écrit d'analyse d'une pratique professionnelle	Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail
5.1 S1	3	50	Travail écrit d'analyse d'une situation clinique réalisée en groupe restreint	Pertinence dans l'utilisation des connaissances et des concepts Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention proposés Pertinence dans l'argumentation
5.2 S2	1	50	Présentation orale de l'analyse d'une situation clinique	Pertinence et cohérence des informations recherchées Pertinence dans l'analyse de la situation Cohérence dans le raisonnement Pertinence du diagnostic de la situation
5.3 S3	2 6	100	Travail écrit ou oral d'élaboration d'un projet de soins	Pertinence dans la prise en compte des éléments du contexte dans la situation relationnelle Cohérence dans la hiérarchie des actions à mener Détermination des éléments de négociation du projet Justesse dans l'utilisation des outils de soins
5.4 S4	5 10	100	Présentation d'une démarche d'éducation ou de prévention ou d'une situation d'encadrement avec analyse des résultats au	Pertinence du choix des actions d'éducation, de prévention ou d'encadrement au regard de la situation Adéquation des

UE	Compétence(s)	Volume horaire total	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
			regard des objectifs	méthodes et des moyens envisagés avec les objectifs et les résultats attendus Analyse critique des résultats de l'action
5.5 S5	4 9	100	Travail écrit d'analyse sur la réalisation et l'organisation de soins dans un contexte pluridisciplinaire	Fiabilité des données utilisées Justesse dans le repérage d'anomalies ou de risques Pertinence dans le rôle envisagé des acteurs et leur mode de collaboration
5.6 S6	7 8	200	Travail écrit de fin d'études, mémoire et argumentation orale sur un sujet d'intérêt professionnel	Pertinence des données recherchées Pertinence dans l'étude du problème Clarté de la construction du cadre et de la démarche d'analyse Cohérence dans les conclusions de l'analyse
5.7 S5 et 6	-	50	Compte rendu écrit ou oral des éléments découverts dans le module optionnel	Implication personnelle
6.1 S1	-	50	Réalisation d'une fiche de lecture en traitement de texte	Efficacité du résultat Respect de la méthode de la fiche de lecture Présentation correcte
6.2 S1 à 6	-	250	S1 : présence et participation active S2 : présence et participation active S3 : épreuve de connaissance du vocabulaire professionnel courant S4 : traduction écrite ou orale en français d'un article professionnel S5 : présentation en anglais d'un article professionnel S6 : rédaction de l'abstract du travail de fin d'études	Justesse du vocabulaire

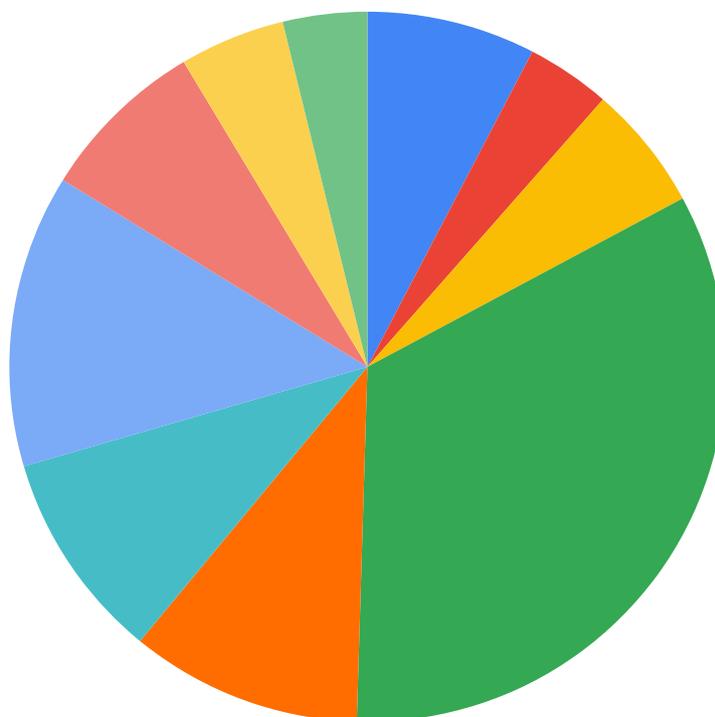
## Volumes horaires cumulés par compétence

Compé- tence	Libellé	Heures	Heures mixtes	Total pondéré
1	Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	200		200
2	Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	50	100	100
3	Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	150		150
4	Mettre en œuvre des actions à visée diagnostic et thérapeutique	825	100	875
5	Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	225	100	275
6	Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	200	100	250
7	Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	250	200	350
8	Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	100	200	200
9	Organiser et coordonner des interventions soignantes	75	100	125
10	Informier et former des professionnels et des personnes en formation	50	100	100

Heures mixtes : volume horaire partagé entre plusieurs compétences

Heures pondérées : heures dédiées + la moitié des heures mixtes

Les couleurs de la première colonne du tableau correspondent aux secteurs du graphique ci-dessous.



## **Annexe III**

### **Arguments en faveurs et critiques de l'approche par compétences dans les formations médicales (CBME)**

---

Tiré de Holmboe et al., 2017, « A Call to Action: The Controversy of and Rationale for Competency-Based Medical Education » in *Medical Teacher* (n° 39), pp. 574–581

<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315067>

Traduction par nos soins

Arguments en faveur	Critiques
<p><b>Enjeux de qualité et de sécurité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les patients ne reçoivent pas des soins basé sur la preuve (EBM)</li> <li>• preuves massives de variations inacceptables dans les soins</li> <li>• capacité des professionnels de soin à communiquer médiocre</li> <li>• travail d'équipe non optimal</li> <li>• abus ou mauvais usage des tests et des procédures</li> <li>• manque d'attention au patient</li> <li>• amélioration faible des taux d'erreur de diagnostic</li> <li>• faible performance sur les 3 cibles : meilleure santé / efficacité économique par patient pris en charge / qualité et sécurité optimales</li> </ul> <p><b>Inertie du système actuel d'éducation médicale</b> Malgré des preuves tangibles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la formation actuelle ne permet pas une préparation adaptée à la pratique</li> <li>• la formation actuelle ne garantit pas que les diplômés possèdent toutes les capacités requises (modèle informel d'éducation médicale)</li> <li>• les formateurs échouent à recalibrer les apprenants qui n'ont pas atteint les capacités requises</li> <li>• les programmes et systèmes de validation ne sont pas adaptés</li> <li>• les activités et programmes d'apprentissage tout au long de la vie ne sont pas adéquats</li> <li>• les transitions entre les phases du continuum actuel sont difficiles</li> </ul> <p>les formations médicales n'ont connu que très peu de changement depuis des décennies.</p> <p><b>Le besoin de de responsabilité financière des systèmes d'éducation médicale</b> La CBME offre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un meilleur fléchage des financements publics</li> <li>• la réalisation de contrat social et d'obligations morales</li> <li>• transparence et reddition de comptes</li> </ul> <p><b>La CBME est une partie de la solution parce que</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• explicite dans la façon d'attirer l'attention sur les besoins du public et des patients (plus centré sur le patient)</li> <li>• permet d'autonomiser les patients et le public</li> <li>• étayée par de multiples théories (progression des compétences jusqu'à l'expertise)</li> <li>• définit des capacités requises, pas seulement des connaissances</li> <li>• définit des parcours par étapes</li> <li>• met l'accent sur l'apprentissage par l'évaluation</li> <li>• reconceptualise le temps en tant que ressource</li> <li>• plus centrée sur l'apprenant</li> <li>• est fondée sur des sciences de la mesure</li> <li>• peut être mise en œuvre de façon fluide, dynamique et adaptable pour répondre aux changements dans la fourniture de services de soins</li> <li>• fixe des limites quant à l'acceptabilité des variations dans les enseignements et les évaluations</li> </ul>	<p><b>Tensions réductionnisme vs holisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la CBME est trop réductionniste</li> <li>• l'approche CBME ne parvient pas ni à équilibrer ni à intégrer les tendances réductionnistes/holistes</li> <li>• il est impossible de définir explicitement tout ce qui fait un professionnel de santé</li> <li>• la CBME réduit tout à une checklist de compétences</li> </ul> <p><b>Temporalité et impact sur les systèmes existants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les systèmes actuels ne sont pas prêts à passer à des formations basées sur la durée d'enseignement</li> <li>• la CBME ne peut pas atteindre les besoins de service des instituts de formation</li> <li>• la CBME ne trouve pas sa place dans des systèmes de santé aux performances insuffisantes</li> </ul> <p><b>Enjeux d'évaluation et de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si elle est mise en œuvre avec la même rigidité que les modèles actuels fondés sur la durée, la CBME échouera probablement</li> <li>• la CBME ne peut pas être verrouillée comme un concept statique</li> <li>• des tentatives de mise en œuvre étaient imparfaites, ou inefficaces ou non-itératives</li> <li>• les équipes de formateurs sont trop occupées pour mettre en œuvre la CBME</li> <li>• les évaluations basées sur des tâches ne sont pas à la hauteur des enjeux</li> <li>• les équipes de formateurs ne parviennent pas à effectuer la transition à cause de la variabilité et des particularismes</li> <li>• manque de ressources institutionnelles pour la mise en œuvre</li> </ul> <p><b>Manque de preuve</b> Il n'existe aucune preuve psychométrique ou autre selon laquelle la CBME donne de meilleurs résultats que les formations actuelles La CBME ne devrait pas être instituée sans preuve de son efficacité</p> <p><b>Enjeux philosophiques/idéologiques</b> La CBME est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• erronée</li> <li>• une prise de pouvoir professionnelle</li> <li>• source de confusion</li> <li>• sujette aux mes problèmes que les techniques actuelles de formation</li> <li>• incapable de valoriser l'excellence</li> </ul>

Supporting arguments	Criticisms
<p><b>Quality and safety concerns</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients not receiving evidence-based care</li> <li>• Overwhelming evidence of unacceptable variation in care</li> <li>• Poor communication skills among health care professionals</li> <li>• Suboptimal teamwork</li> <li>• Overuse and misuse of tests and procedures</li> <li>• Lack of patient-centeredness</li> <li>• Little improvement in rates of diagnostic error</li> <li>• Poor performance on the triple aims of better health, efficient per capita cost, and optimal quality and safety</li> </ul> <p><b>Inertia in the current medical education system</b> Despite compelling evidence that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current training provides inadequate preparation for practice</li> <li>• Current training does not ensure graduates have all desired abilities (ad hoc model of medical education)</li> <li>• Educators fail to fail learners who have not attained the desired abilities</li> <li>• Assessment programs and systems are inadequate</li> <li>• Lifelong learning programs and activities are inadequate</li> <li>• Transitions in phases of the current continuum are difficult</li> </ul> <p>Core UME and GME models have shown very little change for decades.</p> <p><b>The need for accountability in medical education systems</b> CBME offers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Better stewardship of public funding</li> <li>• Fulfillment of the social contract and moral obligations</li> <li>• Transparency and accountability</li> </ul> <p><b>CBME is part of the solution because it</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is explicit in calling attention to what the public and patients need (i.e. it is more patient-centered)</li> <li>• Has helped to empower patients and the public</li> <li>• Is supported by multiple theories (e.g. progression of competence/expertise)</li> <li>• Defines desired abilities, not just knowledge</li> <li>• Defines stepwise paths</li> <li>• Emphasizes assessment for learning</li> <li>• Reconceptualizes time as a resource</li> <li>• Is more learner-centered</li> <li>• Is grounded in measurement science</li> <li>• Can be implemented to be fluid, dynamic, and adaptable to meet changing conditions in health care delivery</li> <li>• Places limits on how much variation in teaching and assessment is acceptable</li> </ul>	<p><b>Reductionism versus holism tensions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CBME is too reductionist</li> <li>• The CBME approach is unable to balance and integrate reductionism and holism</li> <li>• It is impossible to explicitly define everything that is important in being a health professional</li> <li>• CBME reduces everything to a checklist of competencies</li> </ul> <p><b>Time and impact on existing systems</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current systems cannot readily change to time-variable based training</li> <li>• CBME cannot meet the service needs of training institutions</li> <li>• CBME cannot be embedded in poorly performing health care systems</li> </ul> <p><b>Evaluation and implementation challenges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If implemented with the same rigidity as current time-based models, CBME likely will fail</li> <li>• CBME cannot be “locked in” as a static concept</li> <li>• Attempts at implementation have been flawed or ineffective and non-iterative</li> <li>• Faculty are too busy to implement CBME</li> <li>• Work-based assessments not up to the task</li> <li>• Faculty are unable to make the transition because variability and idiosyncrasy continue to rule</li> <li>• Sufficient institutional resources for implementation are lacking</li> </ul> <p><b>Lack of evidence</b> There is no psychometric or other evidence that CBME achieves better results than current training CBME should not be instituted until there is evidence of its effectiveness</p> <p><b>Philosophical/ideological concerns</b> CBME is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misguided</li> <li>• A professional power grab</li> <li>• Confusing</li> <li>• Prone to the same old problems as current training</li> <li>• Failing to promote excellence</li> </ul>

## **Annexe IV**

### **Proposition de liste d'activités de soin représentatives du métier d'infirmier pour l'enquête d'observation**

---

Avec vos propres mots, comment désignez-vous les compétences professionnelles liées aux activités de soin suivantes :

- calcul de dose
- prélèvement sanguin
- entretien d'aide
- entretien de recueil de données
- pansement stérile
- distribution des traitements
- éducation thérapeutique du patient
- éducation aux soins
- surveillance d'une PCA
- soins de stomie
- pose de sonde urinaire
- réassurance d'un patient
- réassurance d'un proche de patient

## **Table des abréviations utilisées**

---

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ARS : Agence Régionale de Santé

CBEM : Competency-Based Medical Education (Education médicale basée sur les compétences)

CNR : Conseil National de la Résistance

DE : Diplôme d'Etat

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux)

EBM : Evidence-Based Medicine (Médecine basée sur les preuves)

EBN : Evidence-Based Nursing (Soins Infirmiers basés sur les preuves)

EN : Echelle Numérique (d'évaluation de la douleur)

EVA : Echelle Visuelle Analogique (d'évaluation de la douleur)

EVS : Echelle Verbale Simple (d'évaluation de la douleur)

HAS : Haute Autorité de Santé

NANDA : North American Nursing Diagnosis Association (Association Nord-Américaine pour les Diagnostics Infirmiers)

NPM : New Public Management

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

RAE : Reconnaissance des Acquis de l'Expérience

UE : Unité d'Enseignement

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

## Bibliographie

---

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/> consulté le 1 avril 2021

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/> consulté le 21 octobre 2021

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000410355/> consulté le 21 octobre 2021

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières \*déontologie\*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000179742/> consulté le 21 octobre 2021

Article L4021-1 - Code de La Santé Publique

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031929691/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/) consulté le 21 octobre 2021

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2019,

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031632884/>

Anderson-Levitt (K), 2017, « Global Flows of Competence-Based Approaches in Primary and Secondary Education », in *Cahiers de La Recherche Sur l'éducation et Les Savoirs* (n° 16), Paris, pp. 47-72

Anderson-Levitt (K), Bonnéry (S), Fichtner (S), 2017, « Introduction du dossier. Les approches dites "par compétences" comme réformes pédagogiques "voyageuses" », in *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs* (n° 16), Paris, pp. 7-26

- Barlet, Cavillon, 2011 (mai), « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », in *Etudes et Résultats* (n° 759), p. 8
- Bautier (E), Bonnéry (S), Clément (P), 2017, « L'introduction en France des compétences dans la scolarité unique. Enjeux politiques, enjeux de savoir, enjeux pédagogiques et didactiques », in *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs* (n° 16), Paris, pp. 73-93
- Bélisson (C), 2017, *Évaluation, formation et systèmes de référence implicites: un référentiel, pour quoi faire ?*, Paris : l'Harmattan, Pédagogie, crises, mémoires, repères, 202 p.
- Benson (A), Li (D), Shue (K), 2018, « Promotions and the Peter Principle », in *SSRN Electronic Journal*, Rochester, NY, <https://doi.org/10.2139/ssrn.3047193>
- Bonnafé (L), 1991, *Désaliéner? Folie(s) et Société(s)*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, Chemins Cliniques, 334 p.
- Bourreau, J.B., 2016, *Prévention du suicide : du flottement à l'envie de rebondir*, Paris : Elsevier-Masson, 136 pages
- Boutin (G), 2004, « L'approche par compétences en éducation : un amalgame paradigmatique », in *Connexions* (n° 81), Toulouse, pp. 25-41, <https://doi.org/10.3917/cnx.081.0025>
- Brignall (M), 2021 (novembre), « 'The Great Resignation': almost one in four UK workers planning job change » in *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/money/2021/nov/01/the-great-resignation-almost-one-in-four-workers-planning-job-change> consulté le 16/11/2021
- Butlen (M), Dolz (J), 2015, « La logique des compétences : regards critiques », in *Le français aujourd'hui*, (n° 191), Paris, pp. 3-14, <https://doi.org/10.3917/lfa.191.0003>
- Carré (P), Moisan (A), Poisson (D), 2010, *L'autoformation. Perspectives de recherche*, Paris : Presses Universitaires de France, 372 p., <https://doi.org/10.3917/puf.carre.2010.02>
- Carricaburu (D), Ménoret (M), 2004, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, U Sociologie, 235 p.
- Chapireau (F), 2013, « Le DSM et comment s'en libérer », *Topique* (n° 123), Paris, pp.71-84, <https://doi.org/10.3917/top.123.0071>
- Chauvière (M), 2006, « Les référentiels, vague, vogue et galères » in *Vie sociale* (n° 2), Toulouse, pp. 21-32, <https://doi.org/10.3917/vsoc.062.0021>
- Collectif, 1976 (avril), *Histoires de La Borde dix ans de Psychothérapie institutionnelle à la clinique de Cour Cheverny*, Recherches - Revue du CERFI, n° 21, Fontenay sous Bois: Cerfi, 389 p.

- Cros (F), Raisky (C), 2010, « Autour des mots de la formation » in *Recherche & Formation* (n° 64), p.105-116
- Davis (F), 1966, *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*, New York : Wiley, 234 p.  
<http://archive.org/details/nursingprofessio0000davi>
- Dolz (J), Ollagnier (E), 2002, *L'énigme de la compétence en éducation*, Louvain : De Boeck Supérieur, Raisons éducatives, 234 p. <https://doi.org/10.3917/dbu.dolz.2002.01>
- Estryne-Behar (M), 2004, « Etude PRESST-NEXT - Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant », Paris : AP-HP, 47 p., <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynebear.pdf> , consulté le 17 juillet 2021
- Figari (G), Mottier Lopez (L.), 2006, « Recherche Sur l'évaluation En Éducation: Problématiques, Méthodologies et Épistémologie : 20 Ans de Travaux Autour de l'ADMEE-Europe », Paris: L'Harmattan, Evaluer, 257 p.
- Foucaud (J), Hamel (E), 2014, « Éducation pour la santé : un référentiel de compétences pluriprofessionnel » in *Santé Publique* (n° 26), Laxou : SFSP, pp. 173-182,  
<https://doi.org/10.3917/spub.138.0173>
- Gil (R), 2021, « Mourir au temps du COVID », Espace de Réflexion Ethique Régional Nouvelle-Aquitaine, [https://poitiers.espace-ethique-na.fr/actualites\\_931/mourir-au-temps-du-covid\\_2685.html](https://poitiers.espace-ethique-na.fr/actualites_931/mourir-au-temps-du-covid_2685.html), consulté le 15 mars 2021]
- Gori (R), 2013, *La Fabrique Des Imposteurs*, Paris : Les liens qui libèrent, 313 p.
- Hamon (P), 1972, « Pour un statut sémiologique du personnage » in *Littérature* (n° 6), pp. 86-110, <https://doi.org/10.3406/litt.1972.1957>
- Hennebo (N), 2009, « Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine », Université de Strasbourg,  
[https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources\\_utiles\\_pour\\_recherche/guide\\_theorisation\\_ancree.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf) consulté le 28 août 2021
- Hirtt (Nico), 2009 (septembre) « L'approche par compétences : une mystification pédagogique » in *L'Ecole démocratique* (n° 39), 34 p., <https://www.skolo.org/CM/wp-content/uploads/2017/01/Approche-par-competences-mystification-pedagogique.pdf> consulté le 10 septembre 2021
- Holmboe (E S), Sherbino (J), Englander (R), Snell (L), Frank (J R), 2017, « A Call to Action: The Controversy of and Rationale for Competency-Based Medical Education » in *Medical Teacher* (n° 39), Informa, pp. 574-581 <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315067>
- Hughes (E C), 1958, *Men and Their Work*, Glencoe, Ill., : Free Press, 202 p.  
<http://archive.org/details/mentheirwork00hugh> consulté le 21 novembre 2021

- Jeanguiot (N), 2006, « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières » in *Recherche en soins infirmiers*, (n° 87), Toulouse : ARSI, pp. 75-135,  
<https://doi.org/10.3917/rsi.087.0075>
- Knez (S), 2017, « Les notions de référentiel, curriculum, programme : quelle définition pour de futurs enseignants ? », St Etienne : Université Jan Monnet, 15 p.,  
<https://gerflint.fr/Base/France11/knez.pdf>
- Le Boterf (G), 1994, *De La Compétence : Essai Sur Un Attracteur Étrange*, Paris : Editions d'Organisation, 176 p.
- Le Meur (G), 1998, *Les Nouveaux Autodidactes: Néo-Autodidaxie et Formation*, Lyon : Chronique sociale, 216 p.
- Legrand-Browaëys (T), 2019, *Formation professionnelle : comment en sommes-nous arrivés là ?*, Saint-Denis: Édilivre, 228 p.
- Leung (K), Trevena (L), Waters (D), 2016, « Development of a Competency Framework for Evidence-Based Practice in Nursing » in *Nurse Education Today* (n° 39), pp. 189–196  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.026>
- Martinand (J-L), 2003, « La question de la référence en didactique du curriculum », *pré publication*, Cachan : ENS <http://artheque.ens-cachan.fr/items/show/4673> consulté le 26 août 2021
- Martinand (J-L), 2003, « LA QUESTION DE LA RÉFÉRENCE EN DIDACTIQUE DU CURRICULUM (The reference problem in the didactic of curriculum) » in *Investigações em Ensino de Ciências* (n° 8), Cachan : ENS, pp. 125-130
- Mathiot (C), « “Référentiel rebondissant” : l'affaire rebondit », *Libération*  
[https://www.liberation.fr/societe/2015/05/26/referentiel-rebondissant-l-affaire-rebondit\\_1316547/](https://www.liberation.fr/societe/2015/05/26/referentiel-rebondissant-l-affaire-rebondit_1316547/) consulté le 7 septembre 2021
- Mills (J-A), Cieza (A), Short (S D), Middleton (J W), 2021( juin), « Development and Validation of the WHO Rehabilitation Competency Framework : A Mixed Methods Study » in *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (n° 102), pp. 1113–1123  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.10.129>
- Mills (J-A), Middleton (J W), Schafer (A), Fitzpatrick (S), Short (S), Cieza (A), 2020, « Proposing a Re-Conceptualisation of Competency Framework Terminology for Health: A Scoping Review » in *Human Resources for Health*, (n° 18), 15 p., <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0443-8>
- Nicodeme (R), Deau (X), « Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM », Ordre National des Médecins, 7 p.,

- [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel\\_medecine\\_generale\\_.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf) consulté le 7 septembre 2021
- Paddeu (J), Veneau (P), 2017, « L'approche par "compétences" dans l'enseignement professionnel français » in *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, (n° 16), Paris, pp. 95-115
- Paillé (P), 2011, « L'analyse Par Théorisation Ancrée » in *Cahiers de Recherche Sociologique* (n° 23), Montréal, pp. 147-181, <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- Peter (J-M), 2011 (février), « "Les apprentissages informels", un concept à l'épreuve de la recherche en formation : les enjeux du débat » in *Savoirs* (n° 26), Paris : L'Harmattan, pp. 123-133, <https://doi.org/10.3917/savo.026.0123>
- Prove (M-A), 2009, « Les interruptions en cours de formation en IFSI », Rennes : EHESP, 55 p., <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/ds/prove.pdf>
- Puget (S), 2010, « QCM Mode d'emploi », DIU de Pédagogie Médicale, Paris, Jussieu, 27 p. <http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/MEMOIRES%202010/18.pdf> consulté le 10 novembre 2021
- Rey (B), 2015, « La notion de compétence : usages et enjeux » in *Le français aujourd'hui*, (n° 191), Paris : Armand Colin, pp. 15-24, <https://doi.org/10.3917/lfa.191.0015>
- Rey (M), Jolly (C), Lainé (F), 2021, « Cartographie des compétences par métiers » in *La note d'analyse de France Stratégies* (n° 101), Paris : France Stratégie, 16 p. <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-na-101-cartographie-competences-metiers-mai.pdf>
- Roberton (G), 2006, « Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles » in *Recherche en soins infirmiers* (n° 87), Toulouse : ARSI, pp. 25-56 <https://doi.org/10.3917/rsi.087.0025>
- Robin (F), 2020, « Quelques réflexions sur la souffrance des soignants français dans la crise sanitaire du Covid-19 » in *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* (n° 18), Paris : Editions Matériologiques, pp. 107-113
- Sansonetti (P), 2021 (avril), « COVID-19 ou la chronique d'une émergence annoncée » in *Les Cours du Collège de France, France Culture*, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-cours-du-college-de-france/covid-19-ou-la-chronique-dune-emergence-annoncee> consulté le 30/04/2020

- Savoyant (A), 2008, « Quelques Réflexions Sur Les Savoirs Implicites » in *Travail et Apprentissages* (n° 1), Dijon : Raison et Passions, pp. 92–100  
<https://doi.org/10.3917/ta.001.0092>
- Stravinsky (I), Craft (R), 1966, *Themes and Episodes*, New-York : Alfred A. Knoph, 352 p.
- Supiot (A), 2015, *La Gouvernance Par Les Nombres: Cours Au Collège de France, 2012-2014*, Paris : Fayard, Poids et Mesures Du Monde, 520 p.
- Sury (B), 2021 « Une Coordination Des Ingénieries de La Formation Tout Au Long de La Vie : Enjeux Pour Les Instituts de Formation Paramédicaux. », [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Sufco/Master2/2015SEF\\_M2\\_Sury\\_Brigitte.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Sufco/Master2/2015SEF_M2_Sury_Brigitte.pdf) consulté le 9 septembre 2021
- Ten Cate (O), 2005 (décembre), « Entrustability of Professional Activities and Competency-Based Training » in *Medical Education* (n° 39), New York : Wiley, pp. 1176–1177,  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x>
- Terrisse (A), 2000, *Didactique Des Disciplines. Les Références Au Savoir*, Louvain : De Boeck, Perspectives en éducation, 161 p.
- Thiam (O), Chnane-Davin (F), 2017, « L'approche par compétences peut-elle être efficace sur n'importe quel terrain ? » in *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs* (n° 16), Paris, pp. 117–137
- Van Haeperen (B), 2012 (février), « Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne » in *Reflets et perspectives de la vie économique* (tome LI), pp. 83-99, <https://doi.org/10.3917/rpve.512.0083>
- Venet (E), 2020, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*, Lagrasse : Editions Verdier, La petite jaune, 88 p.
- Winckler (M), 2019, *L'école Des Soignantes*, Paris : P.O.L, 507 p.
- Wittorski (Richard), 2008 (février), « La professionnalisation » in *Savoirs*, (n° 17), Paris : L'Harmattan, pp. 9-36, <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>
- Wittorski (R), 2008 (janvier-mars), « Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés » in *Formation emploi* (n° 101)  
<https://doi.org/10.4000/formationemploi.1115>
- « 2008 : Roselyne BACHELOT nous a entendu ! », SNPI, <https://www.syndicat-infirmier.com/Roselyne-BACHELOT-nous-a-entendu.html>, consulté le 7 septembre 2021
- « Etudiants en soins infirmiers, un pas décisif vers l'Université », 2018, Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705\\_-\\_dp\\_-\\_universitarisation\\_des\\_infirmiers.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705_-_dp_-_universitarisation_des_infirmiers.pdf), consulté le 9 septembre 2021

- « Une étudiante infirmière abandonne sa formation en fin de 1ère année », <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/etudiants-en-ifs/faites-ce-qui-vous-rend-heureuse-fait.html>, consulté le 8 septembre 2021
- « Les référentiels de compétences des mentions de licence », *Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation* <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/les-referentiels-de-competences-des-mentions-de-licence-45888> consulté le 5 août 2021
- « Mission coopération entre professionnels de santé (M. Bressand) », *SNPI*, <https://www.syndicat-infirmier.com/Mission-cooperation-entre.html>, consulté le 7 septembre 2021
- « Séminaire de Recherche : la socialisation professionnelle de Hugues », Université de Genève, <https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-hugues.pdf> consulté le 8 septembre 2021
- Lippi (L), Marjarie (A), Paolini (B), Pennanec'h (L), Pinaud (B), L'hôpital, l'atelier et le jardin : apprendre son métier, du XVII<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, 8 octobre 2021, Blois, Les rendez-vous de l'Histoire
- Supiot (A), La justice au travail, 8 octobre 2021, Blois, Les Rendez-vous de l'Histoire (Conférence inaugurale)

# MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

<b>Auteur : Emmanuel Mie</b>	
<b>Promotion : 2019 / 2022</b>	<b>Diplôme professionnel : INFIRMIER</b>
<b>Titre du travail de recherche</b> <b>La place de l'inattendu dans le référentiel de formation</b>	
<b>Méthodologie :</b> <b>Revue de littérature et analyse comparative par théorisation ancrée sur une série d'entretiens</b>	
<b>Résumé :</b> Depuis le début des années 2000, la notion de référentiel s'est imposée dans le domaine de l'éducation et de la formation, de l'école à l'Université en passant par la formation professionnelle. Cette tendance normative s'observe partout dans le monde, sous l'influence des pays de l'OCDE et notamment des Etats-Unis. En interrogeant la place de l'inattendu dans un tel dispositif, nous en examinons les dimensions épistémologique, historique, et idéologique. À travers notre propre vécu de la formation d'infirmier (régie par un référentiel fixé dans la loi), et en nous appuyant sur une riche bibliographie, nous pointons un certain nombre de failles et d'incohérences dans ce paradigme. Nous proposons enfin un devis d'enquête qualitative comparative multicentrique, visant à repérer ou non l'écart entre le discours du référentiel et celui des professionnels. Ce travail pourrait servir lors de l'élaboration des prochaines versions du référentiel.	
<b>Mots clefs : référentiel, formation, enseignement médical basé sur les compétences</b>	

<b>Title of the research</b> <b>The place of the unexpected in the competency framework</b>	
<b>Méthodology :</b> <b>Literature review and comparative analysis on a series of interviews with the grounded theory method</b>	
<b>Summary:</b> Since the early 2000, the idea of competency-framework has taken hold in the domain of education and training, from school to University and professional training. This normative trend can be observed in many countries, under the influence of the OECD countries and specifically the United-States. By questioning the place of the unexpected in such a plan, we examine its epistemological, historical, and ideological dimensions. Through our own experience during the nurse training (governed by a framework embedded in law), and building upon a rich bibliography, we point out some flaws and inconsistencies in the paradigm. We propose a project for qualitative comparative multicentric study, aiming to spot, or not, the difference between the framework's discourse and that of the professionals. This work could be of use in developing the next versions of the framework.	
<b>Keywords: framework, training, competency-based medical education</b>	