

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES ET LA FORMATION DES CADRES EN SANTÉ, DES ÉTUDIANTS ET DES SOIGNANTS AUX COMPÉTENCES D'ÉVALUATION, DE MANAGEMENT, D'ÉDUCATION EN SANTÉ, DE RECHERCHE ET DE CONCEPTUALISATION

Franck Gatto

*Masseur-Kinésithérapeute, Professeur associé, HDR
Université d'Aix-Marseille 1 (département des sciences de l'éducation)*

Les données de santé publique et la Loi nécessitent le changement des pratiques en santé

La qualité des soins exigées par les politiques de santé et les recherches en santé publique appuient sur le plan scientifique et sur le plan social, la nécessité de mettre en œuvre des actions d'évaluation et d'éducation en santé pour l'ensemble de la population dans le cadre de la prévention primaire, et pour la majorité des patients et des familles confrontés à des pathologies chroniques : lombalgie et rachialgie, diabète, asthme bronchique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, incontinence, bronchiolite, dépression, pathologies du système nerveux (épilepsie, paraplégie), pathologies sportives (tendinites, cardiopathies...), obésité, toxicomanies etc. (OMS, 1997 ; OMS 1998 ; Beraud et coll, 1996 ; Degeling et coll, 1990 ; Gatto, 2005 ; Giloth, 1990 ; Jorgen, 1993 ; Mayer, 1985 ; Ricordeau, 2000 ; Vauzelle-Kervroedan et coll, 2000 ; Weill et coll, 2000). L'état des lieux de la recherche dans les champs de la santé, de la psychologie et des sciences de l'éducation n'a pas mis en évidence de résultat en didactique pour éduquer, enseigner et former aux savoirs de la santé (OMS, 1998 ; Jacquemet, 1997 ; Gatto, 1999, Gatto 2004).

La loi du 04 mars 2002 et ses différents décrets d'application modifient la réglementation de l'exercice des professions de santé.

Cette Loi et les exigences de qualité du système de santé en France conduisent à l'obligation d'évaluation et d'éducation en santé au cours des actes de soins et de rééducation et non à la mécanisation et à la protocolisation des actes. Le soignant devient un éducateur et un manager. « *L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit pour les professionnels de santé et les cadres d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie par rapport à leur santé* » (Gatto, 2005). Il est donc indispensable de former des cadres et des managers pour qu'ils contribuent dans leurs missions et par leurs fonctions à l'apprentissage de nouvelles pratiques en santé. Ici l'apprentissage est basé sur « *l'idée que la réflexion sur l'action contribue à transformer les modèles d'action individuels et collectifs en dégagant de nouveaux savoirs dans et de l'action.* » (Wittorski, 1994).

Le passage des compétences de restitution et de conformisation à des compétences de production, de construction et de conceptualisation

« *Le soin s'adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, demandes, projets...) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l'individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables. Certes le soignant réalise un bilan, un diagnostic en fonction de son expérience, des savoirs scientifiques et de ses référentiels (infirmiers, kinésithérapeutes, médicaux, psychologiques, éducatifs...) mais la Loi du 04 mars 2002 l'oblige à construire avec le patient l'évaluation de santé, les objectifs et le programme thérapeutico-éducatif* » (Gatto et coll, 2007). En cours de traitement le patient peut décider de changer ou d'interrompre le programme prévu à l'avance. Le soignant devra alors comprendre le sens des actes déjà réalisés avec des modèles théoriques et réorienter avec le patient le projet préventif et/ou thérapeutique. C'est ensemble dans le dialogue, dans l'échange, l'interaction, la relation qu'ils devront construire de nouveaux objectifs et un nouveau programme. Ils deviennent « *Auteurs* » (Ardoino, 2000), producteurs, conceptualisateurs de santé et/ou de soin en changeant de posture. Cette évolution oblige l'évaluation soignante et éducative, indissociable, à se confondre avec l'acte de soin. Cette nouvelle pratique nécessite des compétences de conceptualisation, de réflexivité, de questionnement, de problématisation de la part des co-auteurs qui quittent leur posture d'« *agent* » (Ardoino, 2000). « *La compétence se situe clairement à l'intersection de trois champs : le champ du parcours de la socialisation biographique, le champ de l'expérience professionnelle et celui de la formation* » (Wittorski, 1998).

Il est demandé aux soignants et donc aux managers de développer une compétence d'expertise créatrice au nom de la qualité qui se différencie d'une soumission normative efficace sur des objets dont toutes les variables sont contrôlables mais peu valables dans la relation humaine et éducative inhérente à l'accompagnement préventif et/ou thérapeutique et/ou d'encadrement. C'est par le champ de la formation qu'il est choisi d'abandonner la mise en œuvre exclusive de compétences de restitution de savoirs et de comportements préétablis et décidés par d'autres et de développer de nouvelles compétences s'exprimant dans une logique de construction et de production. « *Les compétences peuvent être considérées comme une résultante de trois facteurs : le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes (connaissance, savoir faire, réseaux...) ; le vouloir agir qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilités et la prise de risques de l'individu* » (Le Boterf, 2005).

Par la formation les professionnels soignants et les cadres doivent donc passer d'un modèle « *d'évaluation contrôle fixé sur les produits et/ou les procédures* » (Bonniolet et Vial, 1997), mesure, cybernétique (bilan articulaire, bilan musculaire, bilan d'incapacité, compensation articulaire ...) à un modèle d'évaluation complexe fixé sur les processus qui contient bien sur le contrôle mais le dépasse en questionnant le sens de l'activité et en réorientant le projet, les objectifs et le programme thérapeutique et/ou de management si le sens le nécessite. « *En fait le sens du projet et de l'action thérapeutico-éducative sont co-construits dans la relation où le patient devient avec le soignant co-décideurs, co-évaluateurs et co-constructeurs de l'ensemble du travail réalisé dans la limite de leurs compétences réglementaires* » (Gatto,

2005). Dans ces perspectives de changement le « projet-visée » (Ardoino, 1987), les valeurs des professionnels de santé et leurs intentions doivent évoluer. « *Toute organisation concrète et chaque théorie de l'organisation s'inscrivent dans un système de valeurs* » (Bernoux, 2004).

L'évaluation des savoirs et des pratiques des patients, des étudiants, des soignants et des cadres en santé. Travaux de recherche

Pour évaluer les pratiques actuelles des soignants, des cadres en santé et des patients, des étudiants, des travaux de recherche ont été réalisés à l'université par des professionnels de santé non médecins inscrits dans des dispositifs de formation et de recherche en sciences humaines et sociales.

Les Hypothèses théoriques en éducation et en santé

Certains savoirs et certaines pratiques de l'apprenant se constituent en « *obstacles* » (Bachelard, 1938, Johsua et Dupin, 1993, Brousseau, 1998, Gatto, 2004) à l'apprentissage d'un nouveau savoir possible et de nouvelles pratiques possibles, tant pour les patients que pour les professionnels de santé soignants ou cadres et les étudiants.

Le taux de dogmatisme dans la formulation discursive et écrite des savoirs construits par l'expérience a de l'influence sur la construction des obstacles. « *En s'appuyant sur les théories qui soutiennent que le discours et l'écriture constituent un indicateur intermédiaire des pensées et des comportements une formulation dogmatique a plutôt tendance à inhiber l'apprentissage de nouveaux savoirs, de nouveaux comportements, de nouvelles pratiques et à contribuer au renforcement des obstacles. Alors qu'une formulation non dogmatique est plus favorable au questionnement, à la déstabilisation des obstacles et à l'évolution des savoirs, des pensées, des écrits et des comportements de l'apprenant. Une pédagogie traditionnelle positiviste et béhavioriste ayant recours majoritairement à l'évaluation contrôle empêche souvent la déconstruction des savoirs et des pratiques pré-existants* » (Gatto, 1999 ; Gatto, 2004).

• Opérationnalisation

- Il s'agit d'évaluer auprès des soignants, des étudiants, des cadres et des patients :
 - les savoirs et les pratiques conformes aux savoirs (savoirs et pratiques médicaux et en sciences humaines et sociales),
 - les savoirs et les pratiques non attendus (non répertoriés au niveau des savoirs et pratiques médicaux et en sciences humaines et sociales),
 - les savoirs et les pratiques contraires,
 - les savoirs et les pratiques non acquis,
 - les savoirs et les pratiques installés sur mode dogmatique,
 - les savoirs et les pratiques installés sur un mode non dogmatique.
- Il est également cherché à construire et à tester des dispositifs pédagogiques et/ou managériaux et/ou thérapeutiques basés sur des théories et des modèles en sciences humaines et sociales pour faire évoluer les savoirs et les pratiques.
- Il s'agit également d'évaluer :

- les effets thérapeutiques et éducatifs des soins basés sur une théorie néo-socio-constructiviste et sur un modèle d'évaluation complexe.
- les théories, les modèles et les techniques en santé et en éducation utilisés par les soignants, les étudiants et par les cadres au cours de leurs pratiques.

Méthodes de recherche

Les méthodes utilisées pour ces différents dispositifs de recherche sont : la méthode expérimentale, la méthode différentielle, la méthode ethnographique et la méthode clinique.

Résultats (1)

- Les résultats montrent que les professionnels de santé en exercice, les étudiants, comme les cadres privilégient de manière dominante, que ce soit dans leurs discours, leurs écrits et dans leurs pratiques déclarées ou observées, un modèle de santé bio-médical curatif, un modèle d'éducation en santé davantage du domaine de l'instruction et du contrôle que de l'éducation et du questionnement.
- Certains savoirs et techniques transmis aux patients et aux étudiants sont contraires aux savoirs scientifiques et aux pratiques recommandées.
- Les messages thérapeutiques des étudiants, des enseignants et des soignants sont souvent formulés et écrits de manière dogmatique, sans tenir compte des savoirs et pratiques pré-existants, des savoirs et pratiques construits par l'expérience, des obstacles et empêchent tout apprentissage de savoirs et de pratiques nouvelles.
- Les soins basés sur un modèle de santé global non positiviste, la théorie néo-socio-constructiviste et le modèle de l'évaluation complexe améliorent les résultats sur le plan thérapeutique (indicateurs fonctionnels, indicateurs douloureux, indicateurs médicamenteux, santé perceptuelle) et sur le plan éducatif (construction de savoirs, de pratiques et de compétences nouvelles bénéfiques à la santé).

(1) Recherche publiée et réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un DEA en STAPS

(1) Recherche publiée et réalisée par D. Pelca dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée, réalisée par F. Gatto et J. Ravestein

(1) Recherche publiée et réalisée par M. Ramin dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée réalisée par C. Eymard

(1) Recherche publiée et réalisée par E. Pastor dans le cadre d'un DEA en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par J.L. Gérardi dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par Ph. Sauvageon dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un doctorat en Sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par C. Eymard, F. Gatto, F. Plas, JC Dodero

(1) Recherche réalisée par L. Serre dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par F. Lagniaux dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par T. Peyron Magnan dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par JC. Jeulin dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par JM. Sallier dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par F. Lebihan dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par C. Fausser dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par O. Plisson dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée et réalisée par PH. Gaston dans le cadre d'un Master 2 en sciences de l'éducation

(1) Recherche publiée, réalisée par F. Gatto, E. Pastor et C. Riolacci

- Le contexte d'exercice (type de service ou d'institutions) ainsi que le type et le niveau de formation suivie par les étudiants, les soignants et les formateurs (professionnel/universitaire ; discipline universitaire) jouent une influence sur la pratique de soins, de management et d'éducation.
- Les professionnels ayant suivi une formation universitaire le plus souvent en sciences de l'éducation ont tendance à se référer dans leur discours, leurs écrits et leurs pratiques à des théories et des modèles plus pertinents pour évaluer et réguler leurs activités de soins et/ou d'encadrement et/ou de formation.
- La majorité des professionnels, des cadres et des étudiants transmettent des savoirs et des techniques en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l'information, s'appuient sur un socle théorique behavioriste et sur le modèle de l'évaluation contrôle empêchant toute déstabilisation des obstacles de la part des patients, tout apprentissage de comportements plus favorables à leur santé et positionnent le patient en qualité d'agent prescrit.
- Les résultats de ces recherches conduites auprès de patients atteints de pathologies chroniques confirment la présence d'obstacles stables à l'apprentissage certainement créés par des causes différentes qui sont :
 - la transmission d'un savoir « académique » et de pratiques erronées par les professionnels, par les étudiants et par les cadres,
 - le mode d'installation plus ou moins dogmatique des savoirs et des pratiques des patients construits par l'expérience et/ou par l'enseignement.
 - des activités de soins basées sur un socle théorique behavioriste, un management directif et un modèle d'évaluation contrôle.

Améliorer la qualité en santé par l'appropriation de théories, de modèles et de pratiques en sciences humaines et sociales. De l'expertise à l'accompagnement.

Ces résultats montrent que les professionnels en exercice, les étudiants et les cadres en santé ne développent pas des pratiques d'une qualité optimale. Certains professionnels sont des experts et ne peuvent pas accompagner en qualité de partenaire le patient et/ou l'étudiant et/ou les équipes. « *L'expert peut être caractérisé comme un spécialiste, choisi pour sa compétence, parce que susceptible d'apporter au traitement d'une question un certain capital de connaissances constitué par ses soins, mais le plus souvent élaboré par d'autres... quand on lui demande d'évaluer, il contrôle ...* » Ardoino (2000). Il ne favorise pas l'apprentissage de pratiques de qualité et l'autonomie des pratiques. Les professionnels doivent développer par la formation une posture de consultant et la substituer au cours de leurs activités à la posture d'expert. Selon Ardoino (2000), le consultant favorise le développement personnel du sujet, il s'agit « *d'une relation complexe* » et qui « *s'inscrit nécessairement dans le temps* ». Le consultant se trouve dans une logique de compréhension. « *Cette compréhension dépend justement d'une familiarité constituée à partir d'une écoute* » Ardoino (2000).

Néanmoins il est difficile pour les professionnels de santé ; enseignants, formateurs, soignants et étudiants ; de changer leurs pratiques, de produire et d'utiliser du savoir scientifique, de créer et d'utiliser des modèles et des outils d'évaluation, d'éducation, de management si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent.

C'est d'ailleurs ce que montre, entre autres, ces résultats.

Pour répondre au « *projet-visée* » (Ardoino, 1987) des politiques de santé, pour améliorer les pratiques, pour optimiser les résultats thérapeutico-éducatifs et mieux appliquer les nouvelles réglementations de la santé il semble indispensable d'inclure dans les programmes de formation initiale et continue des savoirs et des techniques nouveaux : les méthodes de la recherche, les modèles de santé, les modèles du projet, les modèles des postures, les modèles des compétences, les modèles de la communication, les modèles du management, les modèles de l'évaluation, les modèles de la formation, les théories de l'apprentissage, les outils d'enquête. Alors les professionnels soignants et/ou cadres en santé et les étudiants feront évoluer « *leurs compétences pour acquérir des capacités pertinentes aux fonctions de conceptualisation, d'éducation et d'évaluation des systèmes de pratiques éducatives en soins et de management en santé* » (Gatto, 2003). « *Les compétences et les hommes qui les construisent et les portent ne seraient plus alors considérés comme uniquement des ressources mais comme des richesses* » (Le Boterf, 2005).

Les résultats des recherches et leur enseignement en formation initiale et continue font muter la pratique et le statut du professionnel « *d'agent* » (Ardoino, 2000) prescrit vers plus d'autonomie, de créativité, d'inventivité à partir de leurs expériences, des expériences des apprenants, de théories, de modèles scientifiques pluridisciplinaires et de signes non normalisés pour le bénéfice des individus en santé ou malades et des soignants. L'identité professionnelle se transforme. Pour Sainsaulieu (1977) « *l'identité professionnelle se définit comme la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». Ce changement devrait aider à l'accès direct du patient, au droit de prescription, à la revalorisation des actes des professionnels non médicaux, à la création de disciplines universitaires pour les professions non médicales et à la création d'un nouveau paradigme de santé. « *C'est dans les années 1980, qu'il a été fait l'apologie d'un paradigme de l'indice opposé au projet de connaissances systématiques qui illustraient alors les sciences de la nature et que les sciences humaines avaient reprise à leur compte. Cela a été l'affirmation de la subjectivité de la connaissance avec un déclin des grands modèles d'intelligibilité de la compréhension des connaissances, des disciplines dites classiques... Ici il est réalisé une fracture entre les objets de connaissance et les sujets de connaissance. Une discipline est fondée, validée par des travaux de recherche et par le sens des questions qu'elle pose. Il y a alors débat entre la conception positiviste des disciplines et la conception phénoménologique des disciplines. Un paradigme est un ensemble de pratique, de méthode, et de techniques communément acceptées et faisant jurisprudence, fortifiant ainsi la pérennisation de la discipline* » (Roux, 2003).

Les formations à de nouveaux savoirs et techniques pour développer l'autonomie des patients, des soignants et des cadres

C'est à partir des premiers résultats de recherche qu'il a été créé « *en partenariat avec des Institutions de santé des formations universitaires à destination des étudiants, des cadres et des soignants. Les résultats concernant les effets de ces formations ont mis en évidence le développement de compétences pertinentes de la part des formés* » (Gatto, 2005).

Il est proposé de rendre compte des dispositifs de formation qui répondent à ces exigences de qualité des savoirs utilisés et des pratiques mises en oeuvre. « *La formation implique une transformation de la personne dans ses multiples aspects cognitifs, affectifs et sociaux et par*

rapport à des apprentissages de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il s'agit d'un changement qualitatif plus ou moins profond dans une logique non d'accumulation mais de structuration » (Fabre, 1994).

L'objectif global de ces formations est d'aider les participants ; enseignants, formateurs, soignants et étudiants ; à acquérir des savoirs, des pratiques et des compétences dans les domaines nécessaires, à un niveau Master 1 et Master 2 pour des fonctions de soins, d'éducation et de management correspondantes au projet-visée des politiques de santé. « *Aucun style de management n'est a priori bon ou mauvais. L'efficacité provient du discernement avec lequel un manager choisit de l'exercer et du talent avec lequel il le met en œuvre* » (Tissier, 2001).

Le soignant est un accompagnateur de santé. C'est à partir de différentes théories, modèles et techniques que le manager autonome invente, conceptualise et régule son action en situation. L'évolution de ses compétences par la formation contribue à son gain d'autonomie et à l'augmentation de sa motivation au travail. Il transfère aux patients et/ou aux équipes et/ou aux étudiants la possibilité de se positionner en qualité d'auteurs par l'amélioration de leurs savoirs, de leurs compétences et de leur autonomie. « *Aujourd'hui, gérer reste un art, et non une profession uniquement fondée sur une discipline scientifique* » (Mintzberg, 2005). Un art à partir de différents savoirs et techniques, des différentes expériences et de différents signes conduisant à une méta-compétence. « *La méta-compétence est la conscience de ses compétences et des capacités à les gérer, les combiner, les choisir,...Elle est facilitée par le développement d'une capacité à analyser sa propre action et ses propres conduites* » (Wittorski, 1998).

La production de savoirs scientifiques et d'applications techniques par la recherche et leur enseignement en formation initiale et continue transforme les connaissances, les discours, les écrits et les pratiques. « *L'efficacité du manager passe par le développement des personnes dont il a la responsabilité* » (Tissier, 2001).

Des structures de santé en partenariat avec les universités proposent des parcours de formation en sciences humaines et sociales en Master 1 et en Master 2. Par exemples, **L'IFCS-Rééducation de Montpellier (Tel : 04 67 54 76 55) et la coordination ARB sur Paris (Tel : 01 40 03 57 26).**

Les formations de 300 heures sont coordonnées par des professionnels de santé non médecins sur une durée de 14 mois et préparent à :

- La recherche
- L'accompagnement du changement et le développement de l'autonomie des acteurs
- Des activités de soins, de management et de formation de qualité
- La conception et la réalisation d'actions collectives dans le champ de la santé et du travail social
- La gestion, l'encadrement et la direction des ressources humaines
- La communication inter-individuelle et de groupes
- La relation éducative dans le champ de la santé et du travail social
- La conception et la mise en oeuvre de programme et d'actions de formations et/ou d'enseignement
- L'évaluation des personnels
- L'évaluation des pratiques
- La rédaction d'articles professionnels et scientifiques
- La commande et la participation à des travaux de recherche
- La professionnalisation des praticiens

- L'analyse stratégique des situations et des systèmes
- La conceptualisation, la médiation et la direction dans la conduite de projets

Les concepts en travaux sont articulés sur trois pôles :

- Les savoirs et les techniques sur les thèmes du soin, de la recherche, de la formation, de l'enseignement, de l'évaluation, du management et de l'éducation (contextes et usages, évolutions, productions scientifiques, pratiques professionnelles) ;
- Le projet individuel en lien avec au moins l'un de ces thèmes, intégrant une dimension évaluative, et/ou de réalisation, et/ou de développement ;
- La méthodologie scientifique de recueil, de traitement et d'analyse d'informations.

Cette articulation s'opère par :

- l'élaboration et la formulation d'un questionnement pluriréférentiel ;
- la problématisation, la connaissance et le choix de théories et/ou de modèles scientifiques ;
- l'analyse réflexive de situations professionnelles connues ;
- la problématisation de recherche méthodologique et la problématisation instrumentale appliquée.

Les Compétences globales développées par la formation sont :

- La *problématisation* qui consiste à fouiller, à se poser des questions, à critiquer, à douter sur un objet, un phénomène ou sur une situation à partir de différents référentiels scientifiques et de son expérience personnelle et professionnelle.
- L'actualisation et l'appropriation de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques dans les domaines du soin, de la recherche, de la rééducation, de la formation, de l'éducation, de l'encadrement, de l'évaluation.
- L'acceptation du questionnement sans survalorisation de la résolution de problème, de la rationalisation et de la normalisation de pratique.
- L'autorisation à l'originalité et à la différence dès lors qu'elles conduisent à des développements argumentés.

L'activité mute de l'application technique à la conceptualisation permanente et donc à la régulation de pensées, de connaissances, de discours, d'écrits et de pratiques.

<p>Pour les missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ D'encadrement, de direction et d'évaluation de services, d'équipes, de pratiques et de projets □ De développement des démarches qualité □ De formation initiale et continue □ D'évaluation des pratiques professionnelles □ De promotion de la santé et d'éducation à la santé □ De coordination de réseaux de santé □ De soins 	<p>Métiers visés :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Soignant de troisième génération de santé □ Cadre de santé et Cadre supérieur de santé □ Cadre et cadre supérieur du travail social □ Directeur d'établissement sanitaire et/ou social □ Coordinateur de réseaux de santé □ Directeur de soins □ Formateur et enseignant en formation initiale et/ou continue □ Référent en matière d'évaluation, de prévention, d'encadrement et de formation
---	---

Objectifs et contenus de formation

Bloc 1 : Remise à niveau des fondamentaux en Sciences de l'Éducation

<p>M1 – Théories de l'apprentissage et didactique de la santé</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Remise à niveau sur les fondamentaux des sciences de l'Éducation <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modèles de l'éducation • Les théories de l'apprentissage • Les théories de la didactique • La didactique professionnelle et l'analyse réflexive de l'activité 	<p>M2 – Modèles de l'évaluation et de la formation</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Remise à niveau sur les fondamentaux des Sciences de l'Éducation <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modèles et les dispositifs de l'évaluation • Les modèles de la formation • Les modèles du projet
---	--

Bloc 2 : Étude du Fonctionnement des Systèmes

<p>M3 - Fonction Formation</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire un dispositif de formation • Evaluer un dispositif de formation <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration conceptuelle et opérationnelle d'un dispositif de formation • Postures du formateur et du formé • Analyse et régulation d'un dispositif de formation 	<p>M4 - Les modèles du management dans le champ de la santé</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire des repères dans les modèles de management • Analyser les pratiques professionnelles <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modèles du management • L'analyse stratégique • Les modèles de la négociation
---	--

Bloc 3 : Méthodologies

<p>M5 - Méthodologie de l'étude, de la recherche et régulation</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les méthodes et les outils pour réaliser une étude et/ ou une recherche dans le champ de la santé et du travail social <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problématisation pratique et théorique • Les méthodes de recherche • Problématisation méthodologique • Les outils d'enquête et le traitement des données • Régulation 	<p>M6 - Méthodologie de l'évaluation</p> <p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire des repères dans les modèles et les méthodes de l'évaluation • Réflexion épistémologique et approche réflexive des pratiques d'évaluateur <p><i>Contenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôles, fonctions, statuts et postures de l'évaluateur. • Paradigme de pensée et méthodes de l'évaluation • L'évaluation des pratiques professionnelles • Les outils de l'évaluateur.
--	--

M7 - Rédaction d'articles

Objectifs :

- Écrire un article professionnel et un article scientifique
- Critiquer un article professionnel et un article scientifique

Contenus :

- Les logiques et les méthodes d'écriture des articles
- Les normes de rédaction d'un article
- Les méthodes et les outils de la critique d'un article

Bloc 4 : Régulation du travail personnel de recherche ou d'étude

M8 et M9 - Suivi et régulation du mémoire

Objectifs :

- Partager l'avancement de la réflexion des étudiants quant à une problématique professionnelle et théorique
- Mutualiser les expériences
- Développer l'expression orale en groupe
- Exercer sa capacité à recevoir et à formuler de la critique
- Construire et réguler son mémoire de recherche professionnelle

Contenus :

- Problématisation des situations de travail
- Choix d'une grille de lecture
- Choix d'une méthode d'étude et/ ou d'intervention et/ou de recherche
- Analyse et interprétation des données

M10 – Orientation et insertion professionnelle : évaluation et gestion des compétences

Objectifs :

- Acquérir une culture en évaluation et en gestion des compétences et des pratiques au travail

Contenus :

- Les modèles de la compétence
- Des compétences individuelles aux compétences collectives
- Mesure, contrôle, bilan et évaluation des compétences et des pratiques

Cette professionnalisation par la formation conduit à un travail sur soi indispensable à l'apprentissage, à l'autonomie de penser, de discourir, d'écrire, d'agir et à la qualité des pratiques. « *Si nous voulons que les savoirs ne soient pas de simples informations empilées dans un spectacle passif, nous devons accompagner pour nous-même et pour autrui, le remaniement psychique nécessaire à tout véritable apprentissage : sans travail sur soi, on court le risque de rester soumis au savoir, qui apparaît au mieux comme une injonction, au pire comme un danger ou un extérieur inaccessible* » (Hatchuel, 2005).

La recherche et la formation au service de la santé publique et de l'identité des professionnels

« *Depuis quelques années, des productions scientifiques (sous forme de mémoire de Master ; de thèses de doctorat, d'Habilitations à Diriger les Recherches) ont mis en évidence un axe de recherche en sciences de l'éducation, centré sur la didactique comparée des*

savoirs en santé » (Gatto et Eymard, 2006). Les travaux sont développés dans un contexte d'éducation en santé des personnes atteintes de maladies chroniques, référencé par le Haut Comité de Santé Publique Français comme une priorité de recherche et d'actions sur le plan épidémiologique (1998, 1999). Le manager doit posséder différentes théories et techniques afférentes pour décider d'utiliser de manière dominante plutôt les unes que les autres. Il choisit en fonction de son ressenti, de la situation, de l'expérience de l'apprenant et de son expérience. « *Le rôle du manager situationnel est de s'adapter en permanence à l'autonomie des individus et des groupes et de faire progresser cette autonomie vers les niveaux les plus élevés compatibles avec les contraintes de l'environnement de travail* » (Tissier, 2001).

Il s'agit pour les professionnels de santé ; enseignants, formateurs, soignants et étudiants ; d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé. « *On ne peut demander aux équipes de l'autonomie, de la prise d'initiative sans leur donner les moyens et le pouvoir d'agir* » (Le Boterf, 2005). Les moyens sont donnés par les formations réalisées.

L'utilité sociale de la recherche se fixe pour mission de contribuer à :

- Aider les patients à mieux vivre avec une maladie chronique, en gagnant en liberté, en pouvoir et en autonomie par rapport à leurs projets de santé et de vie.
- Diminuer la dissymétrie préjudiciable de savoir et de pouvoir entre les patients et les professionnels de santé cadres et soignants.
- Développer les compétences des patients pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en fonction de leur ressenti, et de leur contexte de vie.
- Améliorer les indicateurs bio-médicaux et éducatifs des patients.
- Diminuer les risques de complications à moyen terme et à long terme, et donc la chronicisation des hospitalisations.
- Améliorer les pratiques de soins et d'éducation en santé.
- Améliorer les pratiques de formation et d'encadrement des étudiants et des professionnels de santé.
- Contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les résultats des travaux de recherche produits par les professionnels soignants et/ou managers et par les étudiants inscrits dans des parcours de formation universitaires pertinents conduisent à l'amélioration de la qualité de vie et de la qualité de soins des personnes malades et non malades. La formation réalisée permet de produire et d'enseigner de nouveaux savoirs scientifiques et de nouvelles techniques pour le développement de nouvelles pratiques. Elle construit une nouvelle identité professionnelle et aide à gagner en autonomie pour le manager, pour le soignant, pour l'étudiant et pour le patient. « L'identité professionnelle c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître comme tels, et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur » (Barbier, 2006). Il a été montré que les formations réalisées permettent aux professionnels de se différencier des autres et par la même de changer d'identité. Par la formation le professionnel devient autonome et responsable. « Former n'est pas enseigner une somme de connaissances, ni même un système de connaissances. C'est plutôt induire des changements de comportements, de méthodes, de représentations, d'attitudes,..., du point de vue sémantique, former c'est transmettre des connaissances avec le souci de développer la personnalité globale et en articulant théorie et pratique » (Fabre, 1994). De manière autonome et singulière le professionnel peut différencier et utiliser simultanément des savoirs et des pratiques produits par la médecine et par les sciences humaines et sociales. Un nouveau paradigme de santé

est enfin créé au service de tous les acteurs.

Pour améliorer la qualité des pratiques de soins, de formation - et la santé des patients il est nécessaire de créer une Discipline Universitaire en Masso-Kinésithérapie par exemple. La discipline permettra d'organiser et de mettre en œuvre des cursus de formation et des projets de recherche en formation initiale et en formation toute la vie adaptés aux nécessités de santé publique actuelles et à venir. La nouvelle discipline sera adossée au départ à : médecine ou sociologie ou STAPS ou psychologie ou sciences de l'éducation ...

• **La formation Initiale :**

La discipline gérée par des enseignants-chercheurs Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) habilitera un diplôme de niveau Master 1 (240 ECTS) coordonné par les IFMK (Institut de formation en Masso-Kinésithérapie) et donnera un diplôme délivré par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé. Le droit d'exercice est donné par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

• **La Formation Toute la Vie :**

La discipline habilitera un diplôme Master 2 professionnel (300 ECTS) avec les IFCS pour former les cadres de santé dans des fonctions de cadres hospitaliers et pour les cadres dans des fonctions de formateurs en IFMK.

La discipline habilitera des Master 2 professionnel spécifique aux MK pour préparer aux fonctions d'ostéopathe, de kinésithérapie respiratoire, d'éducation en santé, de recherche ...

• **La Formation Doctorale :**

La création de plusieurs laboratoires de recherche et de formation par la nouvelle discipline orientés sur la MK dans sa multiréférentialité contribuera à une réelle politique de recherche : identification des priorités ; évaluation de la scientificité des pratiques, des écrits et des discours ; soutenances de thèses et d'Habilitation à Diriger les Recherches (HDR) dans la discipline.

Le nombre de MK possédant une thèse et/ou une HDR et/ou inscrits dans une discipline d'accueil est très important. Ces MK sont prêts sur le plan scientifique et administratif à mettre en œuvre et gérer la discipline. Pour y parvenir et améliorer la qualité des soins, il est nécessaire et indispensable que la majorité des MK convergent sur cet objectif.

Résumé :

A l'instar des fonctions en médecine, en masso-kinésithérapie, en soins infirmiers, en ergothérapie ... les fonctions de recherche, de formation, d'évaluation, de management, d'éducation en santé, de prévention nécessitent la connaissance et l'utilisation de théories, de modèles et d'outils produits et validés par la recherche scientifique et par l'université.

Pour aider le patient à mieux vivre avec sa maladie et son environnement conformément à la Loi du 04 mars 2002 et aux exigences politiques de soins de qualité des dispositifs de formation et de recherche concernant l'évaluation des savoirs et des pratiques des enseignants, des soignants, des étudiants et des patients ont été réalisés et testés. Les résultats de travaux de recherche produits par les professionnels de santé montrent la nécessité de former les étudiants en santé, les cadres en santé et les soignants à différentes théories, modèles et techniques pluriréférentielles. La mutation des pensées, des écrits, des discours, des pratiques de soins et de management augmente l'autonomie des professions de santé non médicales et améliore les compétences et la santé des personnes malades et non malades. Un nouveau paradigme en santé a été créé.

Mots clés : Management, évaluation des pratiques, recherche, formation, compétence, santé, autonomie

Références bibliographiques

ARDOINO J., 1987. *Enfin il n'est jamais de pédagogie sans projet*. Revue Education permanente, n° 87, Paris.

ARDOINO J., 2000. *Les avatars de l'éducation*. Education et formation, PUF.

BACHELARD G., 1938. *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin.

BARBIER JM., 2006. *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan. (Action et savoir).

BERAUD C., GREMY F., GRENIER B., GRIMALDI A., KERVASDOUE J. et LEVY G., 9-10 décembre 1996, *Quelle santé, quelle médecine, quels médecins voulons nous pour le 21^e siècle en France et en Europe ?* Réforme Debré, un tiers de siècle après, Acte du colloque de Caen, 1-22.

BERNOUX P., 2004. *La sociologie des organisations*. Éditions du Seuil, 5^{ème} édition, Paris, 382 pages.

BONNIOL J-J et VIAL M., 1997. *Les modèles de l'évaluation*. Editions De Boeck Universités, Bruxelles.

BROUSSEAU G., 1998. *Théorie des situations didactiques*. La pensée Sauvage, Grenoble.

DEGELING D., SALKED G. et DOWSETT J., 1990,

Patient education policy and practice in Australian hospitals. Patient education and counseling, 1190, 15, 127-138.

FABRE M., 1994. *Penser la formation*. PUF.

GATTO F., 1999. *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat de l'université de Provence (mention sciences de l'éducation), Aix-en-Provence, France.

GATTO F., 2003. *L'évaluation des compétences des Masseurs-Kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ?* Expertise du rapport Matillon intitulé : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Kiné-Actualité n° 917, pp 2-4. Et du Kiné-Actualité n° 918 pp 6-7. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK).

GATTO F., 2004. *Évaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé. Synthèse pour l'habilitation à diriger les recherches en sciences de l'éducation*. Université de Corse, Corte, France.

GATTO F., 2005. *Enseigner la Santé*. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Post-face de François Gremy. L'Harmattan.

GATTO F et EYMARD C., 2006. *Didactique des savoirs en santé. Recherches en Kinésithérapie n° 4*. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK). pp. 11-25.

- GATTO F. GARNIER A. VIEL E., 2007. *Education du patient en Kinésithérapie*. Préfaces d' Alain Grand. Post face de Jean Luc Gérardi. SAURAMPS Médical.
- GILOTH B.E., 1990, *Management of patient education in US hospitals : evolution of concept*. Patient education and counseling, n° 15, 101-111.
- HATCHUEL F., 2005. *Savoir, apprendre, transmettre. Une approche psychanalytique du rapport au savoir*. La Découverte, Paris.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE., 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Rapport du groupe de travail. Diabète. Prévention, dispositifs de soins et éducation du patient.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE., 1999. *La santé en France 1994-1998*, Rapport. Ministère de l'emploi et de la solidarité, La documentation Française, Paris.
- JACQUEMETS., 1997, *Educational méthodologies : an analyses of chaos*. *Diabetologia*, vol 40.
- JOHSUA S. et DUPIN JJ., 1993, *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. PUF.
- JORGEN V., 1993, *L'analyse du coût-bénéfice des programmes d'enseignement et de traitement dans le diabète de type 2*. Diabète et métabolisme, n° 19, 510-513.
- LE BOTERF, G., 2005. *Construire les compétences individuelles et collectives*. 3^{ème} Ed. Ed. d'organisation.
- MAYER T., GATCHEL R. et KISHINO N., 1985, *Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and on-year follow up*. Volvo award in clinical sciences, Spine, n° 10, 482-493.
- MINTZBERG, H., 2005. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Éditions d'organisation, Paris.
- OMS., 1997. *Déclaration de Jakarta, A ère nouvelle, acteurs nouveaux, Adapter la promotion de la santé au XXI siècle*. 4^e conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion § Education, vol IV, n° 3, 56-58.
- OMS., 1998, *Education thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.
- RICORDEAU P ; WEILL A ; VALLIER N ; BOURREL R ; FENDER P et ALLEMAND H. 2000. *Epidemiology of diabetes in metropolitain France*. *Diabetes Metab*. 26 Suppl 6 : 11-24.
- ROUX C., 2003. *Gros plan sur les sciences et techniques de la masso-kinésithérapie*. Recherche en Kinésithérapie n° 2. pp 5-7.
- SAINSAULIEU R., 1977. *L'identité au travail, Les effets culturels de l'organisation*. Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- TISSIER D., 2001. *Management situationnel, vers l'autonomie et la responsabilisation*. INSEP CONSULTING
- VAUZELLE-KERVROEDAN F ; CHEROU-DEBREGEAS S ; FORHAN A ; FENDER P et ESCHWEGE E., 2000. *Totally reimbursed care for type 2 diabetes in 1994 : characteristics and follow-up*. *Diabetes Metab*. 26 Suppl 6 : 55-62.
- WEILL A ; RICORDEAU P ; VALLIER N ; BOURREL R ; FENDER P et ALLEMAND H. (2000). *Modalités of follow-up on non-insulin treated diabetics treated in metropolitain France in 1998* *Diabetes Metab*. 26 Suppl 6 : 39-48.
- WITTORSKI R., 1994. *Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel*. Education permanente. N°118, pp 65-85.
- WITTORSKI R., 1998. *De la fabrication des compétences*. Education permanente. N°135, pp57-69.