

.....

## AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

UFR, Psychologie et Sciences de l'Education

Ecole Doctorale-356: « Cognition, Langage, Education »

Equipe d'Accueil : 4671

Laboratoire : « Apprentissage, Didactique, Evaluation et Formation », (ADEF)

Département des Sciences de l'Education

### THESE

pour obtenir le grade de Docteur d'Aix-Marseille Université

Par **Yotoungabé MOUNOU**

# « PROFESSIONNALISATION PAR LA RECHERCHE EN FORMATION INITIALE DES AGENTS SOCIO- SANITAIRES AU TCHAD »

Sous la Direction de

**Chantal EYMARD**

Docteur, Maître de Conférences, Habilitée à diriger les recherches (HDR).

Co-directeur : **Mignagnal KABORO**, Professeur titulaire, Vice-doyen chargé de la Recherche et de la Coopération, Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Université de N'Djaména -Tchad.

Soutenance publique, le 05 décembre 2016

### Jury

- ✓ **Stéphane SIMONIAN** : Professeur des Universités en Sciences de l'Education, Université Lyon 2, Institut des Sciences et Pratique d'Education et de Formation (ISPEF), Laboratoire : Education, Cultures, Politiques, Rapporteur ;
- ✓ **Mbailao MBAINGUINAM** : Docteur, Maître de Conférences, Recteur de l'Université des Sciences et de Technologie d'ATI, Rapporteur ;
- ✓ **Likius ANDOSSA** : Docteur, Maître de Conférences, Vice-recteur chargé de la Recherche et de la Coopération, Université de N'Djaména, Membre du jury;
- ✓ **Monique ROTHAN-TONDEUR** : Titulaire de la chaire Recherche Sciences Infirmières AP-HPLEPS Université Paris 13, Professeure associée à l'université de Montréal, Membre du jury ;
- ✓ **Mignagnal KABORO** : Professeur Agrégé en Anesthésie/Réanimation, Vice-doyen Chargé de la Recherche et de la Coopération, Université de N'Djaména, Co-directeur de Recherche;
- ✓ **Chantal EYMARD** : Docteur, Maître de Conférences, HDR, Aix-Marseille Université, Directrice de Recherche.



**AIX-MARSEILLE UNIVERSITE**

UFR Psychologie et Sciences de l'Education

Ecole Doctorale -356: « Cognition, Langage, Education»

Equipe d'Accueil : 4671

Laboratoire : « Apprentissage, Didactique, Evaluation et Formation » (ADEF)

Département des Sciences de l'Education

**THESE**

Pour obtenir le grade de Docteur d'Aix-Marseille Université

Par **Yotoungabé MOUNOU**

**« PROFESSIONNALISATION PAR LA RECHERCHE EN  
FORMATION INITIALE DES AGENTS SOCIO-SANITAIRES  
AU TCHAD »**

Sous la Direction de

**Chantal EYMARD,**

Dr. Maître de Conférences, Habilitées à diriger les travaux de recherche (HDR)

Soutenance publique, le 05 décembre 2016

Vu bon à imprimer

Le directeur de thèse

**Chantal EYMARD**

## **DEDICACES**

Je dédie à l'Éternel Dieu, Le Créateur :

*« Je te loue de ce que je suis une créature si merveilleuse. Tes œuvres sont admirables et mon âme le reconnaît bien [...] ».*

**Psaumes : 139 : 14-24**

À la mémoire de mes feus parents, Père et Mère, à titre posthume;

Par le désir et la rigueur que vos enfants aillent plus loin et réussissent dans leur projet, vous avez consenti d'énormes sacrifices et pleine de volonté à mon éducation. Vous m'avez appris le sens de travail, rien que le travail bien fait et le respect d'autrui. Ce travail est le fruit de votre labeur et de ma profonde reconnaissance. Que votre âme repose en paix !

À la mémoire des feus Frères et Sœurs disparus, à titre posthume ;

Mes frères, vous m'avez quitté subitement alors que j'étais au début de cette longue et pénible vie active avec tant de sacrifices et surtout de moment de projections dans l'avenir. Ce rêve brisé me laisse toujours dans l'amertume avec de chaudes larmes aux yeux. Ce fruit est aussi le vôtre.

À mon Epouse et à mes Enfants ;

En récompense de votre amertume sentimentale et paternelle. Que le fruit de ce travail trouve auprès de vous, le pardon pour des longues absences que cela a dû occasionnées.

## CITATIONS

*« L'enseignement devrait être ainsi : celui qui le reçoit le recueille comme un don inestimable mais jamais comme une contrainte pénible. »*

Albert EINSTEIN ; cité par J.A n°2838,  
du 31 mai au 6 juin 2015.

*«Le personnel de santé, particulièrement les infirmiers et infirmières, a grandement profité des sessions qu'elles ont suivies en matières d'histoire de vie. L'implantation plus systématique de l'histoire de vie dans les milieux de la santé a toute fois pris du temps et des résistances ne sont pas encore tombées. C. Niewiadomski, avec sa thèse, puis son projet de diplôme a visé l'humanisation des soins. Il faut probablement attribuer au travail de pionnier du professeur de diabétologie Jean-Philippe Assal la brèche par laquelle tant dans « l'éducation thérapeutique des patients que dans la formation des médecins », la préoccupation du « vécu du malade » a émergé et pris racine. La référence à la (professionnalisation) et à l'histoire de vie présente une contestation en elle-même de l'anamnèse au travers de laquelle les médecins codifient les symptômes qui caractérisent la pathologie des patients. Souvent entendu, le patient n'est la plus part du temps pas écouté. Il sélectionne ce qu'il dit au soignant qui, de plus, a de moins en moins de temps pour le laisser parler.»*

Philippe Carré et Pierre Caspar ;  
Traité des sciences et des Techniques de la Formation,  
2011, p.323, 3<sup>e</sup> édition, Dunod, Paris.

## **REMERCIEMENTS**

### **J'adresse mes vifs et sincères remerciements :**

A l'Administration du Ministère de la Santé Publique de la République du Tchad ; de m'avoir accordé le temps nécessaire pour mener mon cursus universitaire en formation doctorale à Aix-Marseille Université et jusqu'arriver au terme de ce travail.

A l'Ambassade de France au Tchad, à travers son Service de la Coopération et d'Action Culturelle à N'Djaména ; d'avoir mis gracieusement à ma disposition la bourse d'études pour ma formation doctorale à Aix-Marseille Université. Recevez toute ma reconnaissance.

Au Centre Culturel Américain (American Corner), à l'Institut Français Tchadien, à l'Ecole Normale Supérieure, au Centre de documentation universitaire de HGRN de N'Djaména,... ; c'est avec plaisir que j'ai travaillé dans vos locaux avec vos structures. Je voudrais vous dire merci.

Aux Institutions Dirigeantes et aux différents Etablissements d'enseignement professionnel de formation initiale des Agents Sanitaires et Sociaux de N'Djaména et de Province, de la Faculté des Sciences de Santé Humaine (FSSH) de N'Djaména; vous m'avez instruit sur beaucoup des choses et enrichi par votre rigueur et votre sens pédagogique. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A tous les Enseignants et Etudiants qui ont fait l'objet de cette étude ; Je vous remercie tout en vous souhaitant pleins succès dans vos travaux académiques.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail de thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation, Ecole Doctorale : « Cognition, Langage, Éducation » ; recevez ici l'expression de mes profonds remerciements.

### **Je rends hommage :**

A mes Maîtres et encadreurs Likius ANDOSSA, Professeur, Vice-recteur chargé de la Recherche et de la Coopération, Université de N'Djaména et Dr. Choua OUCHEMI, Vice-Doyen chargé de l'Enseignement, Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Université de N'Djaména ; Votre disponibilité et vos précieux conseils ont été d'un grand apport à la réalisation de cette œuvre. Recevez ici mes sincères reconnaissances.

A mon Maître et Co-directeur de thèse Pr. Mignagnal KABORO, Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération, Faculté des sciences de la santé Humaine, Université de N'Djaména ; Notre fierté est grande de vous avoir comme Co-directeur.

Hommage aux Maîtres de conférences et aux Enseignants chercheurs de laboratoire de recherche « Apprentissage, Didactique, Évaluation, Formation » (ADEF) et de toute l'équipe EFE ; Vous avez su me donner le meilleur de vos connaissances. Votre encadrement tant pratique que

théorique au labo, fait de moi votre fruit. Soyez rassuré que j'exercerai ce métier dans le respect de la règle de l'art.

Hommage au Directeur de laboratoire d'ADEF, Monsieur Jacques GINESTIE, Professeur des Universités ; Cher Professeur, vous avez consenti des efforts, vous et toute votre équipe d'accueil 4671 à la survie de ce laboratoire et à la formation des docteurs en Sciences de l'Éducation de différentes nationalités dans un esprit scientifique. Je vous demeurerai très profondément attaché.

Hommage à mes Maîtres, membres du jury ; Notre fierté est aussi grande de vous retrouver dans la composition du présent jury. En effet, votre savoir-faire et savoir-être prouvent bien vos qualités d'Éducateurs et de Formateurs. Vos remarques nous seront plus profitables qu'à jamais. Soyez rassurés, chers maîtres, de toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Hommage à mon Maître et président de jury ; Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette soutenance de thèse, malgré vos multiples occupations. Vos qualités morales et sociales, votre sagesse et votre générosité ne nous ont pas laissés indifférents. Vos qualités humaines également nous serviront d'exemples. Nous vous prions, cher (e) Maître, de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et de nos vifs remerciements.

Hommage à mon Maître de conférences, Habilitée à diriger recherche et Directrice de Thèse, Aix-Marseille Université, Docteur Chantal EYMARD ; Vous me faites plaisir et un très grand honneur en confiance, tout en dirigeant ce travail de thèse. J'espérerais être à la hauteur de vos souhaits pour ce travail.

Femme de simplicité, de principe et de rigueur ; Vos qualités scientifiques et humaines ne sont points à démontrées. Votre quête obstinée du savoir pour vos apprenants et du travail bien fait font de vous, Maître de conférences admirée. Plus qu'une Directrice, vous avez su être une mère conseillère auprès de ses enfants.

Soyez rassurée, chère Directrice, de notre profonde gratitude et de notre attachement aux principes que vous nous avez enseignés et inculqués mes collègues promotionnaires et moi-même à poursuivre.

**ACRONYMES**

AFNOR :	Association Française de Normalisation
AMIEC :	Cahier de l'Association des Amis de l'École Internationale d'Enseignement
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
APA :	Association Pédagogique Américaine
ARSI :	Association pour la Recherche en Soins Infirmiers
ASDE :	Assistante Sociale Diplômée d'État
ATS :	Agent Technique de la Santé
ATS/A :	Agent Technique de la Santé Accoucheuse
BAC :	Baccalauréat
BDSP :	Banque de Données de Santé Publique
BEPC/T :	Brevet d'Étude du Premier Cycle Tchadien
BM :	Biomédical
BPS :	Bio-Psycho-social
CA :	Conseil d'Administration
CAIRN :	Centre Archéologique d'Initiation et de Recherche sur le Néologique
CAMES :	Communauté Africaine et Malgache de l'Enseignement Supérieur
CE :	Communauté Européenne
CESSI :	Centre d'Études supérieures en Soins Infirmiers.
CHU/BS :	Centre Hospitalo-universitaire Bon Samaritain
CII :	Conseil International des Infirmiers
COFIC :	Comité d'Orientation des Formations d'Infirmiers et Cadres
CRESSI :	Comité de Référence Européenne de Compétence en Soins Infirmiers
CS :	Centre de Santé
CS1/CS2 :	Certificat de stage 1/2
CSP :	Code de la Santé Publique
CTP :	Conseil Technique Pédagogique

DCI :	Dénomination Commune Internationale
DEA :	Diplôme d'Etudes Approfondies
DF :	Division de la Formation
DIRPLAF :	Direction de la planification et de la Formation
DRHF :	Direction des Ressources Humaines et de la Formation
DSR :	Délégation Sanitaire Régionale
ECOSAB :	Ecole de Santé de Biltine
EDST :	Enquête Démographique et de Santé du Tchad.
EFASSAR :	Ecole de Formation des Auxiliaires de Santé des Services des Armées
ENASS :	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
ENI :	Ecole Nationale des Instituteurs
ENS :	Ecole Normale Supérieure
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERSAS :	Ecole Régionale de la Santé et Action Sociale
FCFA :	Franc de la Communauté Financière Africaine
FID :	Formation Initiale Décentralisée
FSSH :	Faculté des Sciences de la Santé Humaine
HAS :	Haute Autorité de Santé
HD :	Hôpital de District
HGRN :	Hôpital Général de Référence Nationale
HR :	Hôpital Régional
ID :	Institutions Dirigeantes
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC :	Information Education Communication
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISO:	International Organisation pour Standardisation
ISO :	Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie



IUFM :	Institut Universitaire de Formation des Maîtres.
IUSTAT :	Institut universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché
L :	Ligne
LMD :	Licence, Master, Doctorat.
LOIIQ :	Loi des Infirmiers et Infirmières du Québec
MCD :	Médecin chef de district
MCP :	Modalité de Communication Pédagogique
MESRS :	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MTP :	Mode de Travail Pédagogique
OIIQ :	Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONRHS :	Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé
OODA :	Observation Orientation Décision puis Action
OPEPS :	Observatoire Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PCO :	Plan Communautaire Opérationnel
PEV :	Programme Élargie de Vaccination
PhD :	Docteurs en Psychologie enregistrés au titre d'un exercice médical
PHRI :	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière
PMA :	Paquet minimum d'activités
PNDS :	Programme National de Développement Sanitaire
PNUD :	Programme des Nations Unis pour le Développement
PREQHOS :	Programme de Recherche en Qualité Hospitalière
RH :	Ressources Humaines

SA :	Sujet Autonome
SFDE :	Sage-femme Diplômée d'Etat
SIDA :	Syndromes Immunitaire Déficience Acquis
TELDE :	Technicien de Laboratoire Diplômé d'Etat
TGSADE :	Technicien Génie Sanitaire Diplômé d'Etat
TP/TD :	Travaux Pratiques/Travaux Dirigés
TSAR :	Technicien Supérieur d'Anesthésie et Réanimation
UE :	Unité d'Enseignement
\$ :	Dollar
VIH :	Virus Immunitaire Humain
VRI :	Voie Respiratoire Inférieure
ZR :	Zone de responsabilité

## TABLE DES MATIERES

Dédicaces.....	iii
Citations.....	iv
Remerciements .....	v
Acronymes .....	vii
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>18</b>
<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>23</b>
<b>1. ANALYSE DU CONTEXTE.....</b>	<b>23</b>
1.1. CONTEXTE GEO-SOCIO-ECONOMIQUE DU TCHAD .....	23
<b>1.2. SITUATION SANITAIRE DU TCHAD .....</b>	<b>24</b>
1.2.1. Le système de santé .....	24
1.2.2. Les principales causes de morbidité et de mortalité au Tchad .....	27
1.2.3. Les ressources humaines pour la santé.....	29
<b>1.3. SYSTEME DE FORMATION DES AGENTS SOCIO-SANITAIRES.....</b>	<b>31</b>
1.3.1. Les institutions du secteur public .....	31
1.3.2. Les institutions du secteur privé .....	32
1.3.3. Les institutions de formation supérieure .....	32
<b>1.4. FORMATION DES CADRES PARAMEDICAUX .....</b>	<b>34</b>
1.4.1. Les principaux problèmes de formation en ressources humaines en santé .....	36
1.4.2. La formation initiale des agents socio-sanitaires au Tchad.....	39
1.4.3. La présentation historique des institutions d'enseignement .....	44
<b>1.5. CADRES JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS DES INSTITUTIONS.....</b>	<b>48</b>
1.5.1. Les documents juridiques .....	48
1.5.2. Les instruments de gouvernances .....	49
1.5.3. Les infrastructures de formation .....	51
1.5.4. Les enseignants par filières.....	52
<b>1.6. ORGANISATION DE LA FORMATION.....</b>	<b>54</b>
1.6.1. Le programme et la gestion pédagogique.....	54

1.6.2. L'organisation de l'apprentissage pratique (stage) .....	59
1.6.3. Les besoins formalisés en cours de stage .....	61
<b>1.7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES .....</b>	<b>63</b>
1.7.1. La formation des Enseignants .....	66
1.7.2. La revitalisation des moyens de recrutement et de certification .....	66
1.7.3. La construction et équipement de locaux propres pour la FSSH .....	68
<b>1.8. HISTOIRES ET ORIGINES DE LA PROFESSION .....</b>	<b>70</b>
1.8.1. Définition des soins infirmiers .....	71
1.8.2. L'histoire de la profession soignante et ancrage disciplinaire .....	72
1.8.3. Les soins infirmiers modernes .....	82
1.8.4. La démarche de la profession et ses processus .....	88
1.8.5. Les courants de pensée et les concepts fondamentaux .....	92
1.8.6. Le niveau de Dépendance / Indépendance de l'équilibre de l'organisme .....	95
1.8.7. La genèse des modèles de soins .....	98
1.8.8. La vision paradigmatique des différentes écoles .....	99
<b>1.9. OBSERVATOIRE DES POLITIQUES DE SANTE .....</b>	<b>101</b>
1.9.1. En France .....	101
1.9.2. En Belgique .....	102
1.9.3. Les textes officiels explicitant la responsabilité des instances publiques .....	103
1.9.4. Le rôle propre du professionnel soignant .....	104
1.9.5. La qualité des soins .....	105
1.9.6. Les enseignements des soins .....	107
<b>1.10. CONTEXTE DE LA DISCIPLINE DES SCIENCES INFIRMIERES .....</b>	<b>109</b>
1.10.1. La professionnalisation par la recherche .....	110
1.10.2. La recherche: le lien entre la théorie et la pratique en formation .....	113
1.10.3. Les finalités de la formation par la recherche .....	114
1.10.4. Les modalités formatives de la recherche .....	119

1.10.5. L'identification du chercheur.....	122
1.10.6. La contribution à la professionnalisation par la recherche .....	123
1.10.7. Quelle méthodologie, quelle démarche de recherche scientifique.....	129
1.10.8. L'épistémologie des méthodes de la recherche en pédagogie .....	130
1.10.9. L'intérêt du débat épistémologique pour l'étude des faits pédagogiques .....	142
<b>1.11. REFERENTIEL DE FORMATION AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER ....</b>	<b>145</b>
1.11.1. Les principes pédagogiques .....	145
1.11.2. La posture réflexive.....	146
1.11.3. Le référentiel de compétences .....	146
1.12. PROBLEMATIQUE ET SYNTHÈSE.....	148
<b>DEUXIÈME PARTIE .....</b>	<b>156</b>
<b>2. THEORISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SANTÉ A LA PROFESSIONNALISATION PAR LA RECHERCHE .....</b>	<b>156</b>
<b>2.1. INTRODUCTION.....</b>	<b>156</b>
<b>2.2. MODELES THEORIQUES DE LA SANTE REGISSANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>157</b>
2.2.1. Le modèle biomédical de santé.....	157
2.2.2. Le modèle global ou bio-psycho-social de santé .....	158
<b>2.3. THEORISATION DU MODELE D'ABRAHAM MASLOW .....</b>	<b>160</b>
<b>2.4. LES MODELES CONCEPTUELS DE LA SANTE.....</b>	<b>163</b>
2.4.1. Le modèle bio psycho social.....	164
2.4.2. L'approche complexe de santé.....	166
<b>2.5. CONCEPTS THEORIQUES DE SOINS DANS LES MODELES DE SANTE.....</b>	<b>172</b>
2.5.1. Les soins dans le modèle biomédical .....	173
2.5.2. Les soins dans le modèle global (bio-psycho-social).....	175
<b>2.6. MODELES THEORIQUES DE FORMATION.....</b>	<b>178</b>
2.6.1. Les rapports entre savoirs académiques et pratiques professionnelles .....	179

2.6.2. L'auto-évaluation outil de prise d'initiative de l'apprenant .....	180
<b>2.7. APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET IDENTITE PROFESSIONNELLE DES FORMATEURS .....</b>	<b>182</b>
2.7.1. L'approche organisationnelle .....	184
2.7.2. Le changement dans la démarche qualité en formation .....	188
2.7.3. Les rapports existants entre communication et pédagogie .....	189
2.7.4. L'activité pédagogique comme activité de communication.....	194
<b>2.8. PROCESSUS D'APPRENTISSAGE ET MODE DE TRAVAIL PEDAGOGIQUE</b>	<b>202</b>
2.8.1. L'approche behavioriste .....	203
2.8.2. L'approche constructiviste.....	204
2.8.3. Le socioconstructivisme .....	205
2.8.4. Les spécificités de l'apprentissage des adultes dans un dispositif de formation ....	206
2.8.5. Le processus d'apprentissage pédagogique: l'intégration du savoir.....	209
<b>2.9. MODELISATION THEORIQUE ARTICULANT LES MODELES DE SANTE ET LES MODELES D'EDUCATION ET D'APPRENTISSAGE .....</b>	<b>210</b>
2.9.1. Les modèles de santé.....	211
2.9.2. Les modèles d'éducation .....	213
2.9.3. Interaction entre modèles d'éducation les modèles d'apprentissage et modèles de la santé .....	215
<b>2.10. APPROCHES DE PROBLEMATISATION ET CONCEPTUALISATION EN SCIENCES ET DANS LES APPRENTISSAGES SCIENTIFIQUES .....</b>	<b>225</b>
2.10.1. La problématisation : entre problème perçu et solution .....	226
2.10.2. La problématisation comme construction explicite du champ des possibles .....	230
2.10.3. Le travail langagier: problématisation et conceptualisation .....	234
<b>2.11. SYNTHESE DE LA PARTIE .....</b>	<b>238</b>
<b>TROISIEME PARTIE .....</b>	<b>241</b>
<b>3. CADRE METHODOLOGIQUE DE RECHERCHE .....</b>	<b>241</b>
<b>3.1. INTRODUCTION .....</b>	<b>241</b>

3.1.1. Les limites possibles.....	241
<b>3.2. BASE D'ECHANTILLONNAGE .....</b>	<b>242</b>
3.2.1. L'univers professionnel de l'enquête .....	242
3.2.2. Les objectifs .....	243
3.2.3. La population cible.....	243
3.2.4. L'échantillonnage/échantillon .....	243
3.2.5. Les outils de recueil des informations .....	245
3.2.6. Test du questionnaire.....	246
<b>3.3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....</b>	<b>247</b>
3.3.1. L'enquête proprement dite et le recueil de données.....	247
3.3.2. Le traitement de données .....	249
3.3.3. Description des répondants.....	250
3.3.4. Description de la population à l'étude.....	252
<b>3.4. PRINCIPAUX RESULTATS .....</b>	<b>254</b>
3.4.1. La perception du concept de santé .....	254
3.4.2. La perception des étudiants .....	255
3.4.3. La perception des enseignants .....	255
3.4.4. Les contenus des programmes de formation des différents établissements .....	256
3.4.5. Perception des répondants sur l'enseignement des modèles théoriques de santé mobilisés. ....	257
3.4.6. L'absence de mobilisation du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé .....	259
3.4.7. Les rapports entre l'enseignant et l'agir professionnel .....	261
3.4.8. La perception des répondants sur la réforme du système éducatif actuel .....	265
3.4.9. La perception de la professionnalisation par la recherche.....	266
3.4.10. Synthèse des résultats par questionnaire .....	268

<b>3.5. ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES DES INSTITUTIONS DIRIGEANTES .....</b>	<b>269</b>
3.5.1. Le choix de l'analyse de contenu .....	269
3.5.2. Les éléments de sens repérés dans le discours des personnes des institutions dirigeantes par des entretiens semi-directifs .....	269
3.5.3. La présentation de l'analyse du discours des personnes des institutions dirigeantes .....	270
<b>3.6. SYNTHESE DES ANALYSES DE CONTENU DES DISCOURS .....</b>	<b>296</b>
<b>QUATRIEME PARTIE .....</b>	<b>299</b>
<b>4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>299</b>
<b>4.1. UTILISATION DU MODELE THEORIQUE .....</b>	<b>299</b>
4.1. 1. Un instrument à l'usage de l'enseignant .....	299
4.1.2. Un modèle applicable aux démarches pédagogiques dans leur globalité et leur réalité .....	303
4.1.3. Quelques esquisses d'application à des pratiques rapportées .....	306
<b>4.2. CONTRIBUTION POUR LA MOBILISATION DES MODELES THEORIQUES DE SANTE DANS UN PROCESSUS D'APPRENTISSAGE .....</b>	<b>307</b>
4.2.1. Seul l'enseignant lui-même... ..	308
<b>4.3. APPORT A LA COMMUNAUTE SCIENTIFIQUE .....</b>	<b>311</b>
<b>4.4. PERSPECTIVES .....</b>	<b>316</b>
4.4.1. Les perspectives de recherche.....	316
4.4.2. Apport personnel à l'innovation professionnelle .....	318
<b>4.5. CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>319</b>
4.5.1. Les recommandations communes aux deux Ministères : .....	319
4.5.2. Les recommandations spécifiques au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS):.....	320
4.5.3. Les recommandations spécifiques au Ministère de la Santé Publique (MSP): .....	320
4.5.4. Les reecommandations aux responsables des établissements de formation professionnelle publique et privée en santé: .....	322



**REFERENCES ..... 326**

## INTRODUCTION GENERALE

La société actuelle offre dans la vie d'un homme, des possibilités d'exercer plusieurs métiers. Cette société contient une flexibilité dans l'ordre des métiers par le fait même que la formation porte plus sur des compétences que sur le simple fait de capacités à acquérir. En effet, selon l'assertion de Le Boterf (1994, p. 16), « posséder des capacités ne signifie pas être compétent. On peut connaître des techniques ou des règles de gestion comptable et ne pas les appliquer au moment opportun. L'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier est révélatrice du passage à la compétence ». Celle-ci se réalise dans l'action professionnelle.

De plus, l'absence de connaissance du profil des métiers futurs conduit à former des hommes et des femmes capables de répondre à des situations inédites, de mobiliser des compétences transversales de professionnalisation.

Au fur et à mesure que se développe le paradigme de la formation, de la recherche et d'activités liées à la métacognition, de nouveaux modes de formation se mettent en place. Il en est ainsi de l'enseignement des modèles théoriques de santé à mobiliser dans les programmes de formation professionnelle des agents socio-sanitaires au Tchad. Cet enseignement s'appuie sur une démarche de questionnement des modèles et d'étude systématique du terrain professionnel.

En ce sens, la professionnalisation par la recherche des agents socio-sanitaires, vise la production ou l'acquisition de savoirs académiques et des compétences en formation initiale pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité. Ces dernières années, une manière de former passe par le développement de compétences en recherche. Il s'agit, le plus souvent, de formation professionnelle continue où le formé est mis en position de questionner sa pratique et de la revisiter à la lumière d'une instrumentation empruntée à la recherche. Le dispositif lui-même se compose d'une formation en alternance, où la personne continue à travailler sur son terrain d'exercice professionnel tout en se formant au sein des structures professionnelles ou universitaires. Le formé a une expérience de son métier et en connaît les ficelles. La démarche d'initiation à la recherche consiste à interroger cette pratique en la passant au crible de la raison graphique et d'une prise de données objectivables voire parfois à l'aune des filets d'un processus proche de l'expérimentation sociale.

Une telle formation peut-elle contribuer à améliorer la pratique du professionnel ? Qu'elle lui confère autorité pour s'exprimer (quelqu'un qui fait de la recherche est un être détaché d'un

terrain jugé le plus souvent aveugle), pour se faire reconnaître (il a obtenu un diplôme certifiant une expérience de recherche), voire prétendre à une promotion professionnelle (il est au-dessus du « panier » puisqu'il est capable de juger voire de convoquer des savoirs théoriques parfois complètement abstraits pour ses collègues...), est chose évidente.

Force est de constater qu'une sorte de « mode » remplit progressivement les champs professionnels en invitant toute formation professionnelle à contenir une démarche de recherche, un « paradigme », (Cros, 2002). De grands courants portent cet engouement de la recherche comme outil de professionnalisation.

La référence dominante n'est donc plus la discipline mais un champ de pratiques. Tout se passe comme si, à la place de la double compétence et de la double identité des enseignants-chercheurs, se mettait en place et se déclinait de multiple façon, souvent difficilement, une triple compétence ou une triple identité (enseignant/chercheur/professionnel du champ considéré) Barbier (1994), non pas au niveau de chacun des enseignants, mais globalement au niveau de l'ensemble des personnels recrutés en référence à une discipline ou à un champ de recherche précis.

Deux auteurs (Argyris et Schön, 1996) ont joué un rôle central dans le concept de praticien-réflexif comme développement de la pratique professionnelle. La professionnalisation par la recherche serait, en quelque sorte, l'outil de mise en œuvre de cette métacognition, c'est-à-dire une interrogation médiatisée des pratiques verbalisées et analysées pour une prise de conscience de ce que fait le professionnel et de la modification de son regard sur cette pratique. Cette modification du regard ou de la perception est fortement hypothéquée comme transformatrice de la pratique et donc facteur de la performance du praticien.

Au Tchad, la professionnalisation par la recherche est fortement investie d'images positives (système LMD) et c'est donc un moyen pour réhabiliter des professions jusque-là peu connues voire peu considérées. L'unique lieu où se produit la recherche étant les établissements d'enseignement professionnel auxquels sont inévitablement associées les universités reposant encore sur une représentation de temples du savoir dit théorique.

En d'autres termes, nous assistons à un véritable bouleversement de la formation professionnelle lorsqu'elle s'inscrit dans un processus de formation continue : la recherche paraît comme une démarche indispensable, non pour former des professionnels de la recherche, mais bien pour développer la métacognition sur la pratique, métacognition génératrice de transformations et d'évolutions professionnelles. Chronologiquement, la

formation initiale a pris le pli de la formation continue et nous voyons se multiplier dans les programmes de formation initiale des métiers d'intervention, la recherche, avec ses modules, ses travaux de groupes, le tutorat sous toutes ses formes.

Cependant, peut-on raisonnablement penser que la professionnalisation par recherche est pertinente également pour la formation d'un jeune qui ne connaît encore rien de l'exercice de sa future profession? L'exemple de la formation initiale des agents socio-sanitaires permettra de comprendre les mécanismes à l'œuvre et leurs limites.

La formation professionnelle des agents socio-sanitaires (enseignants et étudiants) se déroule en deux ou trois années scolaires, juste après le concours de recrutement académique. Le mémoire se réalise en troisième année et entre pour le tiers de l'évaluation finale de la formation comprenant aussi la note des validations théoriques (modules) et celle du stage. Une polémique est née au sujet de la note finale. Fallait-il faire la moyenne des trois notes pour avoir la moyenne générale ou bien fallait-il exiger l'obtention de la moyenne au mémoire pour valider la formation ? Des ordres et contre-ordres sont arrivés des Autorités et ont animés les querelles entre ceux qui envisageaient la formation professionnelle à travers la recherche et ceux valorisant une idée plus habituelle du modèle de formation et disqualifiant le mémoire.

L'idée que dans la formation initiale, le mémoire puisse avoir même la valeur formatrice (attestée par le poids de la note dans la validation) que le stage était impensable pour certains. Certaines Ecoles ont quelque peu transgressé cet aspect en accordant au stage seul cette validation. Nous avons là, un des effets du bouleversement que représente l'arrivée des techniciens supérieurs dans la formation professionnelle initiale des agents socio-sanitaires avec le système Licence, Master, Doctorat (LMD) déjà mis en place par les écoles privées.

Le mémoire professionnel en formation des agents socio-sanitaires a maintenant un peu plus de dix ans. Il fait toujours couler autant d'encre voir notamment l'exemple en France, le dernier ouvrage sur « le mémoire professionnel » de (Gonin-Bolo et Benoit, J.P. 2004). Cependant, on peut dégager des conditions communes de son déroulement, à savoir : la formation en alternance, l'accompagnement et le tutorat, la soutenance publique et une production scripturale métissée et professionnelle.

L'étudiant doit être amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation professionnelle, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri

professionnelle. En ce sens, il développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles qui résultent pour partie de la professionnalisation par la recherche. L'apprenant doit apprendre à se projeter dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique sur les activités professionnelles.

Il s'agit des activités liées aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé au sein d'une communauté », définit le (Dictionnaire des soins infirmiers, Masson, 2005).

Ainsi, en termes de recherche exploratoire descriptive, la République du Tchad est confrontée, comme dans tous les pays au sud du Sahara, à de nombreux défis sanitaires parmi lesquels : les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies cardiovasculaires, les complications de la grossesse et de l'accouchement, et les maladies dues aux carences nutritionnelles. En perspective, il est actuellement étudié une possibilité de réforme des écoles vers un enseignement théorique et pratique adapté qui devrait aboutir à la création d'une acquisition des savoirs académiques.

Le présent travail de thèse en sciences de l'éducation vise à répondre à cette nécessité en se penchant sur l'approche complexe de la santé pour donner un large éventail de conceptualisation théorique au personnel. Son projet scientifique s'inscrit dans un système intégré reliant les objectifs du système de santé, et un réseau d'institutions de formation par la recherche pour la préparation des prestataires de services professionnellement compétents, bien formés, bien informés au cours de leur apprentissage en formation initiale.

La recherche a une dimension praxéologique, en ce sens qu'elle ne dicte pas les solutions, mais nourrit la pratique et peut apporter des bénéfices aux étudiants et aux formateurs sans pour autant aboutir à des préconisations. Le processus de professionnalisation par la recherche engagé dans la formation initiale en santé comporte en son sein des passages obligés pour l'étudiant afin de l'accompagner dans la problématisation et la modélisation théorique et pratique et d'activer son processus d'écriture scientifique et d'analyses des pratiques professionnelles.

Ce travail de thèse centré sur la « Professionnalisation par la recherche en Formation initiale des agents socio-sanitaires au Tchad », vise à comprendre: « En quoi la professionnalisation

par la recherche contribue à la production de savoirs académiques et à un type de production scientifique (mémoire) en formation initiale?»

Les objectifs sont de trois ordres:

1. Dans le cadre de la formation par la recherche des étudiants socio-sanitaires, identifier les modèles théoriques qui permettent l'acquisition des savoirs et des compétences professionnelles.
2. Repérer et modéliser les références théoriques convoquées pour la mise en œuvre d'une action de recherche par les étudiants socio-sanitaires;
3. Caractériser les capacités de problématisation des pratiques professionnelles par la recherche.

L'hypothèse suivante est confrontée au terrain: « La professionnalisation par la recherche aux méthodes Scientifiques des agents socio-sanitaires favorise la problématisation théoriques/pratiques en formation initiale et contribue au développement du processus de production de savoirs de l'Agir professionnel des étudiants et des formateurs».

Il s'agit dans la première partie d'explorer l'environnement dans lequel se passe la formation initiale des soignants (médicaux et paramédicaux) dans les différentes écoles et facultés du pays qui sont : les Facultés des Sciences de la Santé Humaines (FSSH); les Ecoles Régionales de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) de formation initiale publique et privée de N'Djaména, Moundou, Sarh, Biltine et Abéché. La présentation des institutions de formation citées ci-dessus a fait l'objet d'études exploratoires préliminaires au Tchad en 2010. L'analyse du contexte de différents concepts des pionniers en soins n'a pas été perdue de vue. Afin d'accompagner le Pays dans ce processus, nous nous sommes prononcés pour donner un appui sous forme d'une expertise et/ou d'une innovation des activités scientifiques professionnelles pour les établissements de formation initiale.

La deuxième partie est déstructurée en trois grands chapitres pour aborder l'état des savoirs quant aux modèles théoriques (biomédical, bio-psycho-social) de santé, du concept de profession, la modélisation théorique du processus d'apprentissage et des modèles de formation pour une professionnalisation par la recherche.

La troisième partie est réservée à la construction du dispositif de recherche en définissant la méthode de recherche, l'analyse des principaux résultats.

La quatrième partie est centrée sur la discussion des résultats et leurs mises en perspectives.

## **PREMIERE PARTIE**

---

### **1. ANALYSE DU CONTEXTE**

#### **1.1. CONTEXTE GEO-SOCIO-ECONOMIQUE DU TCHAD**

Géographiquement le Tchad est positionné dans la partie centrale de l'Afrique, enclavé entre ses frontières avec le Soudan à l'Est, la Libye au Nord, le Cameroun, le Niger et le Nigéria à l'Ouest et la République Centrafricaine au Sud. Le Tchad a une superficie de 1 284 000 km<sup>2</sup> faisant de lui le cinquième pays le plus vaste de l'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo et la Libye. Il est découpé sur le plan climatique en trois zones : (i) au nord, une zone saharienne au climat désertique avec une pluviométrie inférieure à 200 mm d'eau par an ; (ii) au sud, une zone soudanienne assez bien arrosée (800 à 1200 mm d'eau par an) rendant certaines parties inaccessibles pendant la saison pluvieuse ; (iii) au centre, une zone sahélienne avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm d'eau par an. L'enclavement, le profil climatique et la taille du pays ont un impact préjudiciable sur la formation de qualité et la gestion des ressources humaines en santé.

Les données démographiques<sup>1</sup> du dernier recensement général de la population et de l'habitat qui date de 2009 comptabilisent 11 274 106 habitants dont 52% de femmes et 48% d'hommes. C'est une population jeune avec un âge médian de 16 ans. Les 0 – 14 ans représentent 46,7%, les plus de 65 ans 2,9%. Les autres indicateurs démographiques montrent une population à fécondité élevée (indice synthétique de fécondité à 6,3% et un taux brut de natalité à 45,73‰) ainsi qu'une mortalité élevée (taux brut de mortalité à 16,3‰ et une espérance de vie à la naissance est de 50,3 ans). La structure de la population indique la nature des besoins de santé et l'importance des ressources à mobiliser, notamment les ressources humaines qualifiées qui seraient issues d'une bonne formation.

Selon les données économiques<sup>2</sup> disponibles, le Tchad fait partie des pays les plus pauvres du monde. Selon le rapport sur le développement humain durable 2009 du PNUD, le pays est classé au 175<sup>ème</sup> rang sur 182 pays. Le revenu annuel par habitant est estimé à 753.3US \$ en 2007. Environ 55% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 144 570 FCFA. L'économie du pays est essentiellement de type primaire, basée sur l'agriculture et l'élevage. L'entrée du pays depuis 2003 dans le club des pays producteurs de pétrole offre

---

<sup>1</sup><https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cd.html>; (site consulté, octobre 2012).

<sup>2</sup> Source : Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad – Tome A – année 2008

l'opportunité d'une amélioration du développement économique. Selon les données socioculturelles, le Tchad compte environ 256 groupes ethniques, parlant plusieurs dialectes. Pour l'instant, pour des raisons d'ordre politique, le Français et l'Arabe tchadiens demeurent les deux langues officielles. Les proportions des femmes et des hommes qui ne savent pas lire restent élevées (respectivement 88% et 65%), et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que les femmes (35% contre 12%). Par ailleurs le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour les groupes d'âge 6 – 15 ans contre seulement 38% chez les filles<sup>3</sup>.

## **1.2 SITUATION SANITAIRE DU TCHAD**

### **1.2.1 Le système de santé<sup>4</sup>**

Le système de santé est organisé sous forme pyramidale prenant en compte les deux composantes : la composante administrative et la composante de soins.

- ***Organisation administrative***

Le système de santé est organisé sous forme pyramidale avec trois niveaux :

**Niveau périphérique** : il est représenté par les districts sanitaires (au nombre de 79 dont 54 fonctionnels en 2008) qui représentent les unités opérationnelles du système de santé. Le district est subdivisé en Zone de Responsabilité (ZR) au nombre de 1051 dont 725 soit 69% fonctionnelles en 2008. Chaque zone de responsabilité dispose d'un centre de santé. Chaque district sanitaire a à sa tête un médecin chef de district (MCD). La gestion du district est placée sous la responsabilité de ce MCD, qui est assurée administrativement par trois organes : une division des ressources humaines et de la programmation, un comité de direction de district et un conseil de district sanitaire (organe consultatif). Le médecin chef de district est nommé par arrêté du Ministre de la santé publique. Il est chargé entre autre de la supervision, de la coordination des activités, de la gestion des ressources, de la programmation. Il doit assurer la couverture de son district notamment en Paquet Minimum d'Activités (PMA) des ZR et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) de l'hôpital du district. Le médecin chef de district travaille en collaboration avec le chef de division des ressources et de la programmation, le médecin de l'hôpital et les chefs de zone de responsabilité. Il a autorité sur eux et leur délègue des tâches correspondant à leur champ de compétence. Le MCD a la responsabilité de la qualité et de la complétude des prestations relatives au PMA dans son district sanitaire. De ce fait, il doit s'assurer en permanence des

---

<sup>3</sup> EDST II, 2004

<sup>4</sup> Politique Nationale de la santé 2007-2015



compétences des ressources humaines mises à sa disposition, veiller à les maintenir à travers les supervisions formatives et la formation continue.

**Niveau intermédiaire :** là se trouve la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) qui est un niveau de décentralisation du Ministère de la santé publique. Il y a 23 délégations sanitaires correspondantes aux 23 régions administratives du pays dont 21 ont une existence juridique et gérées par des conseils régionaux de santé.

**Niveau central :** il est représenté par le Département du Ministère de la santé publique et constitue le niveau de conception et d'orientation de la politique sanitaire. Il comprend une direction de cabinet, une inspection générale, une administration centrale, des organismes sous tutelle et des organes constitutifs. L'Administration centrale est subdivisée en trois directions générales dont la direction générale des ressources et de la planification de laquelle relève la direction des ressources humaines et de la formation dont les attributions sont définies par le décret n° 360/PR/PM/MSP/2006 du 23 mai 2006 portant Organigramme du Ministère de la santé publique.

- ***Organisation de soins***

L'offre des soins est également organisée sous forme pyramidale avec un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un niveau central.

**Niveau périphérique :** l'offre de soins est assurée par le sous-système de soins du district qui comporte deux échelons : les Centres de Santé (CS) qui constituent le premier niveau de contact des populations avec le système de soins ; c'est le premier échelon qui offre le PMA qui comprend les activités préventives, curatives et promotionnelles ; (ii) l'hôpital de district (HD) qui offre le PCA ; c'est le deuxième échelon qui reçoit également les cas référés des centres de santé. En termes de ressources humaines, l'hôpital de district doit disposer d'un médecin polyvalent, d'un infirmier diplômé d'Etat, d'une sage-femme diplômée d'Etat, des techniciens supérieurs en laboratoire en radiologie, d'une secrétaire et d'un surveillant général<sup>5</sup>.

**Niveau intermédiaire :** l'offre de soins assurée par l'hôpital régional (HR) qui est le troisième niveau de recours et le second niveau de référence. Il prend en charge les maladies référées par les hôpitaux de district. Le Tchad compte actuellement cinq hôpitaux régionaux

---

<sup>5</sup> Critères de fonctionnalité des districts sanitaires revus

dont deux disposent de plateau technique répondant aux critères définis par le Ministère de la santé publique<sup>6</sup>.

**Niveau central** : le niveau central doit fournir des soins tertiaires. En l'absence d'un centre hospitalier universitaire aux normes internationales à qui est dévolu ce type de soins, un hôpital général de référence nationale (HGRN) basé à N'Djaména et l'hôpital Moderne de la Renaissance de N'Djaména accueillent les étudiants stagiaires des Universités.

- ***Le paquet de soins***<sup>7</sup>

Le paquet de soins délivré à la population est organisé selon le niveau de soins au Tchad.

- **Le paquet minimum d'activités (PMA)**

C'est l'ensemble des activités (curatives, préventives et promotionnelles) offertes à une population par les services de santé. Ces activités doivent être efficaces et de qualité pour répondre aux besoins de la population bénéficiaire. Elles doivent être disponibles dans l'ensemble des structures sanitaires. Les structures de soins doivent être organisées de sorte à assurer la globalité, la continuité des soins qui doivent être intégrés. Le paquet minimum d'activités du premier échelon au Tchad comprend :

- La consultation curative ;
- La consultation préventive des enfants de 0 à 5 ans ;
- La vaccination contre les maladies prioritaires évitables par l'immunisation ;
- La consultation prénatale ;
- Les accouchements eutociques ;
- Le bien-être familial ;
- La prise en charge des maladies chroniques (malnutrition, tuberculose, lèpre etc.) ;
- L'éducation sanitaire ;
- L'information éducation et communication (IEC) avec la population ;
- Les activités communautaires ;
- La référence et la rétro-information.

Ces prestations doivent être disponibles dès le contact avec le centre de santé :

- **Le paquet complémentaire d'activités (PCA)**

---

<sup>6</sup> PNDS 2009-2012

<sup>7</sup> Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad – Tome A – Année 2008

Ce sont des activités qui sont dévolues au niveau de l'hôpital de référence (HD, HR, HGRN). Elles complètent les activités du premier échelon, d'où le qualificatif complémentaire. Le paquet complémentaire d'activités au Tchad comprend :

- La consultation de référence ;
  - La prise en charge des urgences médico-chirurgicales ;
  - La prise en charge des accouchements compliqués ;
  - L'hospitalisation des cas référés du 1<sup>er</sup> échelon ;
  - L'appui au diagnostic (laboratoire, imagerie médicale) ;
  - La référence et contre référence...
- **Les activités de management**
    - La planification ;
    - L'organisation ;
    - La coordination ;
    - La formation/recyclage du personnel ;
    - La supervision ;
    - Le suivi-évaluation ;
    - La gestion des ressources.

### 1.2.2. Les principales causes de morbidité et de mortalité au Tchad

- **La morbidité** : La morbidité est dominée par les maladies infectieuses et parasitaires. Le paludisme reste l'endémie majeure et représente à lui seul, 22.6% des motifs de consultation dans les structures sanitaires en 2012 jusque ce jour. Les dix principaux motifs dans les centres de santé en 2012 figurent dans le tableau I ci-dessous.

**Tableau n° 1** : dix premières causes de consultations dans les centres de santés en 2012.

Ordre	Pathologie	Nombre	%
1.	Paludisme simple	457368	22.6
2.	Infection aiguës VRI	207060	10.2
3.	Diarrhée	136381	6.7
4.	Paludisme grave	84586	4.2
5.	Infection/dermatose	77315	3.8
6.	Traumatismes	59651	2.9
7.	Dysenterie	46768	2.3
8.	Infection urinaires	37719	1.9
9.	Conjonctivite	36926	1.8
10.	Infection ORL	34906	1.7
<b>Total</b>		<b>1178680</b>	<b>58.1</b>

(Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2012 du Tchad)

Chez les enfants de moins de 15 ans, les trois premiers motifs de consultation dans les centres de santé sont le paludisme simple, les infections des voies respiratoires basses et la diarrhée. Chez les plus de 15 ans, les traumatismes viennent en seconde position et avant les infections des voies respiratoires inférieures.

Au cours de l'année 2008 à 2012, des cas de maladies cibles du PEV ont été rapportés par les formations sanitaires : rougeole (1350 cas), tétanos néonatal (295 cas), paralysie flasque aiguë (238 cas dont aucune investigation), coqueluche (3716 cas). Le nombre de cas de malnutrition dépistés était de 30870, représentant 11,41% des enfants vus en consultation préventive.

Au titre des infections sexuellement transmissibles, 35 208 cas ont été notifiés dont 27 135 cas d'écoulement vaginal, 7 759 cas d'écoulement urétral et 314 cas d'ulcération génitale. Le nombre de cas de SIDA clinique reçus dans les hôpitaux était de 3 174 cas. La séroprévalence du VIH est estimée à 3,3 % et varie fortement en fonction des lieux de résidence (7% en milieu urbain contre 2,3% en milieu rural) et du sexe (2,6% chez les hommes contre 4% chez les femmes).

- ***La mortalité***

Les principales causes de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la malnutrition et les complications de la grossesse et de l'accouchement.

Le taux brut de mortalité est estimé à 16,3‰, le quotient de mortalité infantile à 102‰. Le taux de mortalité maternelle est estimé par l'EDST à 1099 pour 100 000 naissances vivantes. Une récente estimation faite par la revue « The Lancet » situe la mortalité maternelle à 1065<sup>8</sup> pour 100 000 naissances vivantes.

- ***La santé maternelle et infantile au Tchad***

Les indicateurs de santé maternelle et infantile traduisent la gravité de la situation et l'urgence à mettre en œuvre des mesures vigoureuses. Selon l'EDST II (2004), la mortalité maternelle est estimée à 1099 pour 100 000 naissances vivantes, situant le Tchad parmi les pays à faible performance pour la santé maternelle. Une récente estimation faite par la revue scientifique « the Lancet » situe cette mortalité à 1065 décès pour 100 000 naissances vivantes, toujours plus élevés que la plus part des pays au sud du Sahara. Cet indicateur a connu une dégradation puisqu'il était de 827 décès pour 100 000 naissances vivantes en (1997, EDST I).

---

<sup>8</sup> Margaret C. Hogan, Kyle J. Foreman, Mohsen Naghav et col. www.thelancet.com Published online April 12, 2010; DOI:10.1016/S0140-6736(10)6051518-1

En ce qui concerne l'enfant, la situation est tout aussi préoccupante. Les taux de la mortalité néonatale et infantile sont estimés par l'EDST II (2004) respectivement à 39‰ et à 102‰. Les principaux facteurs explicatifs de cette situation sont : la faible utilisation des services, la faible disponibilité des services et la faible qualité des services offerts. Tout cela est soutenu par un faible investissement dans le renforcement du système de santé en général et particulièrement dans la formation initiale et l'utilisation adéquate des ressources humaines qualifiées. Le tableau II du chapitre suivant, résume les besoins en ressources humaines qualifiées pour la santé maternelle, néonatale, et infantile pour la période 2009-2015.

### 1.2.3 Les ressources humaines pour la santé

- *Les ressources humaines dans la politique sanitaire*

Les ressources humaines en santé occupent une place importante dans la politique sanitaire nationale. Parmi les orientations stratégiques de la politique sanitaire nationale, la stratégie qui porte sur le renforcement et la gestion rationnelle des ressources pour la santé précise en ce qui concerne les ressources humaines : renforcer les compétences des RH de santé. Au niveau de la formation initiale : (i) le renforcement des compétences des enseignants ; (ii) la révision du curricula de formation ; (iii) la révision des outils d'évaluation ; (iv) le renforcement des capacités des écoles de formation initiale. Au niveau de la formation continue : (i) le renforcement des compétences des formateurs ; (ii) le renforcement des outils et des méthodes de formation ; (iii) l'amélioration de la coordination, suivi et évaluation des formations.

**Tableau n° 2** : besoins en ressources humaines pour la santé maternelle, néonatale et infantile pour la période 2009-2015

Catégorie d'agents	Existent en 2008	BESOINS A COMBLER PAR ANNEE						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gynécologues/obstétriciens	11	18	10	7	2	-	-	-
Médecins/généralistes	58	178	178	163	136	14	-	-
Médecins/chirurgiens	297	26	24	23	18	16	-	-
Anesthésistes	3	15	9	7	3	1	-	-
SFDE	150	90	130	81	39	8	-	-
IDE	214	439	425	400	370	173	-	-

(Source : feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2009-2015)

Légende : (-) = Pas de données chiffrées

Le Tchad connaît de façon chronique une pénurie de ressources humaines en santé, toutes catégories confondues. Cette pénurie est surtout prononcée en milieu rural où plusieurs structures de santé ne répondent pas aux normes en matière de personnel. Comparativement aux normes de l'OMS, la situation est la suivante : (i) un (1) médecin pour 27471 habitants au lieu de 1 médecin pour 10 000 habitants selon les normes de l'OMS ; (ii) un (1) infirmier diplômé d'Etat (IDE) pour 5280 au lieu de 1 IDE pour 5 000 habitants selon les normes de l'OMS ; (iii) une (1) sage-femme diplômée d'Etat pour 10 534 femmes en âge de procréer au lieu d'une sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer selon les normes de l'OMS. Le secteur de la santé comptait en 2008 environ 2515 agents de santé toutes catégories confondues en activité. Ce personnel était composé de 370 médecins, 1 925 infirmiers qualifiés et 220 sages-femmes. Ces effectifs ne permettent pas de couvrir les besoins de formations sanitaires tels que définis dans les normes de fonctionnalités de ces formations sanitaires. En 2008, 69% des 1 051 zones de responsabilité étaient considérées comme fonctionnelles. Aussi, le nombre élevé d'analphabétisme de la population contribue à accentuer cette faible utilisation de service de santé.

Le Ministère de la santé publique a adopté depuis 2002 un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad pour la période de 2000-2030 (qui a été révisé en décembre 2009 pour couvrir la période jusqu'en 2020). A l'aide d'un outil informatique, d'aide à la décision, des projections ont été faites sur les 30 années sur les catégories de ressources humaines les plus significatifs (médecins, IDE, SFDE, TLDE et ATS) selon trois hypothèses : pessimiste, réaliste et optimiste. L'hypothèse réaliste prévoit la transformation des quatre pools de formation initiale décentralisée (FID) en des écoles de formation des IDE et des SFDE, l'amélioration de la capacité d'accueil, d'encadrement et des conditions de travail de la FASSH et la construction d'une faculté privée de médecine à partir de 2020. Cette hypothèse a le mérite d'être accessible en termes de réalisation et permet d'atteindre les normes de l'OMS en termes de ratios population/personnel de santé sauf pour les médecins. Sur la base de ces projections, les besoins pour la période 2010-2030 se présentent comme suit, tableau 3 ci-dessous.

**Tableau n° 3:** besoins additionnels de ressources humaines en santé du Tchad<sup>9</sup>

CATEGORIES	2011-2015	2016- 2020(*)	2021-2025	2026- 2030(**)	Total
Médecins	1090	1104	1104	1104	4402
IDE	1446	1484	1492	1464	5886
SFDE	1092	1088	1084	1084	4348
ATS	1366	2404	2412	2393	9575
TLDE	998	998	1002	1002	4000
Total	6992	7078	7094	7047	28211

(\*) Terme de la révision de 2009 ; (\*\*) Terme de la première planification

On remarque ainsi que sur la période des 20 ans à venir, le Tchad doit former 28 211 prestataires services pour les six catégories retenues. Ces profils, même s'ils sont les plus significatifs de par leur utilisation, ne seront pas les seuls à être formés.

### 1.3. SYSTEME DE FORMATION DES AGENTS SOCIO-SANITAIRES

Le Tchad compte de nombreuses écoles pour la formation des personnels socio-sanitaires, relevant du secteur public et du secteur privé. Il est à noter aussi que toutes les écoles de formation initiale en santé au Tchad, ne prennent pas la même dénomination comme dans d'autres pays telle que la France où les écoles de santé sont appelées dans la plupart de cas, des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). D'autres encore, surtout les écoles privées prennent le nom selon leur localisation dans les régions.

#### 1.3.1 Les institutions du secteur public

Elles sont au nombre de huit tout niveau confondu :

- Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) de Ndjamená ;
- Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) d'Abéché ;
- Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) de Moundou ;
- Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) de Sarh ;
- Ecole de Santé de Biltine (ECOSAB) de Biltine ;
- Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) de N'Djaména ;
- Faculté des Sciences de la Santé (FSSH) de N'Djaména ;

Institut National Supérieur des Sciences et Techniques d'Abéché (INSTA).

<sup>9</sup> Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2000-2030 (MSP).

-

### **1.3.2. Les institutions du secteur privé**

L'autorisation d'ouverture d'une école de formation de paramédicaux est en principe délivrée par le Ministère de la santé publique après une étude des conditions d'ouverture. Il est arrivé dans le passé que les autorisations soient délivrées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), ce qui a posé quelques problèmes de coordination. Des rencontres de concertation ont permis de régler ce problème et il appartient à présent au Ministère de la santé publique de s'occuper entièrement de cette question.

A cet effet, un contrôle effectué dans les écoles privées a conduit à la fermeture de certaines d'entre elles qui ne répondent pas aux normes définies par le Ministère de la santé publique. A ce jour, le Ministère de la Santé Publique a accordé des autorisations de fonctionner à vingt-quatre (24) écoles de santé privées et privées confessionnelles, (voir liste : annexe 7, P. 96).

### **1.3.3. Les institutions de formation supérieure**

La formation des agents socio-sanitaires au Tchad est assurée également en partie localement par un certain nombre d'institutions de formation locales et en partie à l'étranger. Au niveau local, la formation initiale concerne aussi bien les cadres supérieurs que les cadres moyens. Pour la formation des cadres supérieurs, il y a deux institutions publiques : une à N'Djaména et l'autre à Abéché, et une institution privée (le CHU Bon Samaritain), qui assurent la formation des cadres supérieurs en médecine et sciences biomédicales.

- ***La Faculté des Sciences de la Santé Humaine(FSSH)***

Créée en 1990 par Décret n° 274/PR/MESRS/90 du 18/07/90, portant création et organisation de la Faculté des Sciences de la Santé en République du Tchad, la FSSH relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Elle assure la formation de médecins généralistes. Le corps professoral est composé de 40 enseignants permanents, de 20 vacataires et des enseignants missionnaires venant de l'étranger.

Les enseignants-chercheurs et chercheurs inscrits sur les différentes listes d'aptitude du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) sont au nombre de quatre : trois maîtres-assistants et un maître de conférences agrégé. La FSSH est dirigée par un doyen nommé par un décret Présidentiel, assisté des deux Vice doyens nommés par arrêté Ministériel: l'un chargé de la recherche et de la Coopération, l'autre chargé des enseignements. Elle est dotée d'un chef de service administratif et de scolarité.



A son ouverture, la FSSH recrutait sur concours environ 50 étudiants tous les deux ans. Depuis 1997, le recrutement est devenu annuel. En 2004, l'Etat a demandé de doubler les effectifs sans mesures d'accompagnement. Face à cette situation, la direction de la FSSH a consenti à recruter 75 étudiants par ans. La FSSH est à sa 11<sup>ème</sup> promotion et a formé 186 médecins généralistes. L'effectif actuel des étudiants est de 534 tous les niveaux confondus.

Le Décret n° 274/PR/MESRS/90, portant création et organisation de la Faculté des Sciences de la Santé Humaine en République du Tchad et les règlements intérieurs définit les missions fondamentales :

- Assurer la formation des cadres supérieurs (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) ;
- Assurer la formation de tous les autres membres de l'équipe sanitaire (infirmiers diplômés d'Etat, sages-femmes diplômées d'Etat, infirmiers accoucheurs, techniciens de laboratoires (médical et pharmaceutique), techniciens d'assainissement, nutritionnistes, éducateurs sanitaires etc.) ;
- Assurer la formation du personnel auxiliaire de la santé à tous les échelons ;
- Promouvoir la recherche en éducation en santé ;
- Promouvoir la recherche médicale ;
- Assurer les prestations de service.

A ces débuts, seule la formation des médecins généralistes est assurée mais très récemment, elle a ouvert quelques filières spécialisées. La FSSH présente beaucoup des atouts mais aussi et surtout des faiblesses.

Au titre des atouts, on retient l'existence de spécialistes qui remplissent les critères pour être intégrés dans l'enseignement, un système d'évaluation et de certification conformes aux normes internationales, un bon accueil des lauréats sur le terrain dû à leurs performances.

Par contre, au titre des faiblesses, on retient particulièrement l'absence d'infrastructures et d'équipement remplissant les normes standards minima requis, l'effectif très réduit d'enseignants-chercheurs inscrits sur les différentes listes d'aptitude du CAMES et le mode de recrutement et de promotion des enseignants peu transparent. Aussi, le mode de gestion de la FSSH qui était fondé sur l'élection de l'équipe dirigeante par les pairs, est maintenant abrogé.

L'insuffisance d'enseignants-chercheurs de rang A joue sur l'encadrement pratique des étudiants. D'autres Facultés et Instituts ont été créés à travers le pays et contribuent efficacement à la formation des cadres de santé.

- ***La Faculté de médecine « Bon Samaritain »***

Il s'agit d'une faculté de médecine privée (confessionnelle catholique) à but non lucratif dont l'objectif est de former les médecins généralistes. Le recrutement des étudiants se fait tous les trois ans. La première promotion date de 2005 et la faculté n'a recruté à ce jour que deux promotions.

La faculté ne dispose d'aucun enseignant permanent. Les enseignements sont assurés par des missionnaires venant des pays francophones (France, Liban, Tunisie) mais aussi d'Espagne, d'Italie et de Suisse.

Ces enseignants qui ne sont disponibles pour la plupart que pendant les vacances universitaires de leur pays influencent considérablement l'organisation de l'année académique qui s'étend de juillet à mars de l'année suivante. Les principaux problèmes auxquels sont confrontée cette faculté sont entre autres : l'absence d'enseignants, le coût élevé des missionnaires, l'absence d'un cadre hospitalo-universitaire pour l'encadrement des étudiants.

- ***L'Institut National Supérieur des Sciences et Techniques d'Abéché (INSTA)***

Créé en 1997, forme des techniciens supérieurs en sciences biomédicales et pharmaceutiques. C'est un établissement placé sous la tutelle du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Les forces de cet institut résident dans l'existence de locaux appropriés, d'un équipement performant, dans sa grande capacité d'accueil et son autonomie de gestion. Ces forces sont toutefois tempérées par l'insuffisance d'enseignants, l'absence de possibilité d'hébergement pour les enseignants, le manque de transparence dans le recrutement des étudiants et des professeurs.

#### **1.4 FORMATION DES CADRES PARAMEDICAUX**

Créée en 1964, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) assure la formation de cadres moyens et intermédiaires. Dans son histoire, cette école a connu des hauts et des bas marqués par des périodes de fermeture. Une évaluation faite en 2005 a relevé de graves insuffisances dans le fonctionnement de cette école qui portent sur le mode de recrutement des étudiants, l'évaluation, la conduite des enseignements et des stages, le mode

de gestion peu transparent. Ces insuffisances doivent être corrigées pour donner à l'école toute sa crédibilité.

L'ENASS souffre d'une insuffisance en enseignants qualifiés. L'effectif actuel des enseignants se compose de 42 vacataires et de 38 enseignants permanents. Dans cette école, la qualité de l'enseignement dans la formation par recherche n'est pas du tout maîtrisée. Les enseignants permanents sont recrutés par le Ministère de la santé et mis à la disposition de l'école. L'école ne recrute que les vacataires. L'ENASS doit faire face à plusieurs difficultés entre autres : le terrain de stage commun aux écoles privées, créant une pléthore de stagiaires sur les sites, la faible motivation des enseignants et capacités d'accueil réduites pour ses missions.

Au titre des forces, l'ENASS dispose de curricula de formation mais qui ne prend pas en compte tous les modèles référentiels de compétences, pouvant être enseignés dans les écoles, même s'ils nécessitent une relecture, un cadre institutionnel clair avec un conseil d'administration et un statut d'autonomie de gestion.

Le projet de formation initiale décentralisée a été initié en 1997 pour accélérer la formation de 620 agents techniques de santé (ATS) en 5 ans avec une durée de formation de deux ans à l'époque, ce projet a atteint son objectif en formant les 620 ATS comme prévu. A l'issue d'une évaluation en 2002, il aurait été suggéré la poursuite de la formation des ATS dans le nouveau cadre des écoles régionales, car ne détenant pas des informations sûres sur cet état de fait. Il existe aujourd'hui quatre écoles régionales de formation initiale de N'Djaména, Moundou, Sarh et Abéché.

Le niveau de recrutement retenu pour la formation des ATS, est le niveau terminal avec le brevet d'études du premier cycle tchadien (BEPC/T) et le recrutement est fait par concours. Le programme de formation est le même que celui des IDE formés à l'ENASS. L'idée de la création des pools autrefois était que ceux qui sont formés dans une école de pool devraient servir les régions d'implantation de ce pool pendant cinq ans avant de prétendre à une affectation administrative pour autre localité. La formation est axée sur les compétences des Agents Techniques ainsi formés qui peuvent remplacer les IDE et les sages-femmes pour fournir le PMA là où ce profil n'existe pas.

Les enseignants sont affectés par le Ministère de la santé publique selon l'expression des besoins de la région. L'école ne participe pas à leur recrutement. Dans chaque école il y a environ 6 enseignants permanents. Les vacataires sont recrutés par l'école. La validation de la

formation est faite sur la base des évaluations continues des stages professionnels et une évaluation d'analyse des pratiques professionnelles effectuées en cours de formation initiale.

Les principaux problèmes sont d'ordre pédagogique pour la simple raison que les enseignants pour la plus part ne maîtrisent pas le contenu de leur enseignement d'une part, et d'autre part la non prise en compte du volet de formation par la recherche. La loi n°014/PR/2007 instituant le régime Juridique des écoles régionales de santé et des Affaires Sociales précise que ces écoles sont des établissements publics à caractère administratif, dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. Dans les faits, les dispositions de cette loi ne sont pas encore appliquées et les écoles sont toujours sous l'administration d'un coordonnateur qui relèverait de la Direction des ressources humaines et de la formation qui n'a aucun statut juridique. Le fonctionnement est basé sur les règles de l'ENASS (règlement intérieur, outils et organisation des stages, exécution des programmes de cours, des évaluations). Sur le plan pédagogique, le programme utilisé est celui des IDE de l'ENASS.

Il y a d'autres institutions de formation en santé au Tchad. Il s'agit des écoles confessionnelles et des écoles privées. L'ouverture de ces écoles a tantôt bénéficié de l'autorisation du Ministère de la santé publique, tantôt du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Au total, elles sont au nombre de vingt-trois (23), citées ci-dessus. Ces écoles appliquent les programmes de formation définis au niveau national par l'ENASS. Les problèmes qu'elles rencontrent sont nombreux : (insuffisances d'enseignants qualifiés certaines écoles n'ont aucun enseignant permanent et fonctionnent avec des vacataires de niveau disparate), non-respect des programmes d'enseignement (en termes de volume horaire et de contenu), encadrement pratique sur le terrain de stage insuffisant, mécanisme d'évaluation peu transparent, et insuffisance de matériels didactiques pour les démonstrations, etc.

#### **1.4.1. Les principaux problèmes de formation en ressources humaines en santé**

- ***L'introduction***

La formation initiale souffre d'une faible capacité de production des agents de santé. Cela est lié aux recrutements et aux capacités d'accueil limitées des institutions existantes. A l'insuffisance de personnel enseignant, s'ajoutent le manque d'expérience des enseignants recrutés, la pauvreté du contenu des programmes de formation qui ne tiennent pas compte des réels problèmes en santé et les difficultés de management.

Une enquête exploratoire du terrain a été réalisée par rapport à la formation des ressources humaines en santé. Elle a permis d'identifier les principaux problèmes (DF/MSP, séminaire de formation en psychopédagogie des enseignants, 2010).

Ces problèmes concernent aussi bien les institutions de formation des cadres supérieurs que celles qui forment les cadres moyens. Les écoles publiques de formation des cadres moyens que nous visitons ne jouissent pas encore de leur autonomie de gestion. Celle-ci pouvant les aider à promouvoir la formation par la recherche de leurs enseignants. Ce qui contribuerait au développement de leurs compétences et par delà, une professionnalisation. Dans les écoles privées, rien ne garantit la qualité des enseignements en l'absence de mécanismes de contrôle effectif.

- *Le dispositif de recueil des informations préliminaires*

Une équipe de formateurs à laquelle nous faisons partie a effectué une mission de formation de l'enseignement en psychopédagogie des enseignants permanents et vacataires dans les écoles de formation en santé. À l'occasion de ces journées de formation en psychopédagogie en (2010), nous avons interrogé une quinzaine d'enseignants et étudiants en tout par entretien sur l'état actuel de la formation par la recherche qui conduirait à la professionnalisation en soins infirmiers des agents socio sanitaires du Tchad.

Les principaux résultats de cette enquête indiquent que les formations de deuxième cycle des paramédicaux actuellement (licence, master), initient à la démarche et aux outils et techniques de la recherche. Elles permettent un apprentissage du raisonnement, de la méthodologie. Mais, cela ne va pas au-delà dans les modèles théoriques.

Posons-nous la question de l'existence et de la reconnaissance des infirmiers chercheurs. A ce jour, la profession infirmière et paramédicale n'est toujours pas dotée de chercheurs au sens large d'une profession reconnue et financée par les structures mises en place par le corps infirmier (ainsi nommé dans beaucoup des textes officiels) du Tchad. « *Cette profession existe, car nous sommes là* » déclarent les enquêtés. « *Peu à peu, la profession va prendre de l'importance dans la formation et sur les terrains, des groupes se forment, des équipes commencent à chercher* », dit la plupart des enquêtés. Quelques établissements commencent à créer des commissions de recherche.

La professionnalisation par la Recherche en sciences infirmières et paramédicales concerne donc chaque soignant mais, il est reconnu qu'il faille valider une formation spécifique, de 3<sup>ème</sup> cycle, pour devenir chercheur.

Pour les professionnels, « être chercheur dans le domaine des soins infirmiers, c'est avant tout avoir une compétence et une qualification, ainsi qu'une fonction infirmière et par cela une compétence infirmière ».

Pour les étudiants, les premiers choix sont identiques sauf pour la qualification. Ils font ressortir que pour eux, c'est un travail d'étudiants pour acquérir des connaissances. Ils se basent sur ce qu'ils connaissent et observent à l'École et sur les terrains de soins. Pour les professionnels de terrain, « c'est autre chose qu'un travail d'étudiant ».

Il est important de montrer qu'il semble que ce soit difficile pour les étudiants de s'identifier. A cette question : comment se rendre compte de l'importance de quelque chose qui est un élément de l'exercice de la profession infirmière lorsque ce n'est pas fait sur les terrains? En ont-ils déjà rencontré?

Pour la majorité des étudiants et professionnels, la recherche infirmière existe sur les terrains extrahospitaliers soit 63% pour les premiers et 37% pour les seconds et sur les terrains hospitaliers, 84% pour les premiers et 16% pour les seconds sur l'ensemble de ceux qui ont répondu.

- ***La formation initiale***

En ce qui concerne la formation initiale, les mécanismes de contrôle sont plus ou moins clairs. Ils ont été définis pour le recrutement des candidats aux différentes formations. Mais, des évaluations et des constats relèvent le non-respect des procédures de bonnes pratiques professionnelles qui entachent la qualité de la formation. L'insuffisance de financement limite les capacités de recrutement d'enseignants qualifiés et d'étudiants mais aussi l'extension des établissements.

La plupart des enseignants sont vacataires sans qualification en psychopédagogie ou en formation supérieure par la recherche. ; ce qui rend difficile leur mobilisation, notamment à cause des retards de paiement de leurs rétributions et des frais engagés<sup>10</sup>. Les retards de déblocage des bourses engendrent des grèves qui perturbent l'exécution correcte des programmes d'enseignement. Il n'existe pas de filières de formation des enseignants dans les institutions de formation. Au niveau de l'enseignement supérieur, il y a très peu d'enseignants de rang magistral pour assurer la formation initiale de base des étudiants et la formation par la recherche des formateurs cadres enseignants.

---

<sup>10</sup> Selon le document de la politique nationale de formation des ressources humaines de santé, 2010-2015

L'insuffisance de financement des établissements a également pour conséquence les difficultés d'acquisition de moyen logistiques et didactiques nécessaires pour la formation pratique (matériel de démonstration, véhicule de transport des stagiaires et encadreurs sur le terrain de stage, le renforcement des capacités des sites de stage, etc.).

Des constats des évaluations sur le terrain des personnels sortis des écoles de formation initiale à l'étranger de la sous-région africaine (Cameroun, Sénégal ou Niger), il ressort des compétences faibles par rapport aux activités à exécuter sur le terrain. Cette insuffisance est perçue également à travers l'analyse des données statistiques de routine<sup>11</sup>. Qu'il s'agisse des cadres moyens ou des cadres supérieurs, une formation complémentaire est nécessaire pour permettre à ce personnel d'assurer convenablement les tâches qui leur sont dévolues. L'inadéquation des programmes de formation, notamment en ce qui concerne la recherche, dans des écoles de formation initiale des cadres moyens en santé est à notifier. Le programme de formation des ATS ne diffère pas de celui des IDE alors que la durée de formation est différente (3 ans pour les IDE et 2 ans pour les ATS).

Des réformes ont été entreprises pour doter les institutions de formation des cadres moyens, d'un cadre institutionnel adapté dans les différentes filières. Ces réformes sont encore en cours. L'ENASS (qui a une autonomie de gestion) continue d'administrer les écoles régionales en attendant les applications des textes de la loi n°14/PR/2007 du 24 octobre 2007 portant création de ces dernières. Pour disposer de tels services, il faut une formation par la recherche de qualité qui confère les savoirs et les compétences requis tant au cours de formation initiale que de la formation en cours d'emploi. C'est pourquoi, la formation du personnel et sa gestion rationnelle, constituent un des axes prioritaires des actions retenues dans le PNDS<sup>12</sup>.

Un accent est mis sur l'actualisation de formation initiale et en particulier, la révision du cadre juridique de l'ENASS (pour former les cadres supérieurs enseignants et celui des écoles régionales pour former des cadres moyens de la santé qualifiés dans le cadres d'une réforme initié depuis 2007 et qui est en cours de réalisation).

#### **1.4.2. La formation initiale des agents socio-sanitaires au Tchad**

- *Les institutions de formation initiale*

---

<sup>11</sup> Document de politique nationale de formation 2010-2015

<sup>12</sup> Ligne directive et prioritaire que s'est donné le gouvernement en matière de formation professionnelle en santé

Les institutions de formation initiale opérationnelles dans le pays comprennent : (a) les Facultés de médecine, (b) l'Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché, (c) les Ecoles Interrégionales (ENASS et ECOSAB), (d) les Ecoles Régionales de Santé et des Affaires Sociales (Abéché, Moundou et Sarh), (e) les Ecoles confessionnelles et privées.

**a) Les Facultés de médecine**

La Faculté des Sciences de la Santé Humaine de N'djamena (publique) créée depuis 1990 a déjà formé 173 médecins généralistes qui sont déployés dans les hôpitaux des Districts sanitaires. Elle éprouve des difficultés dues surtout à l'insuffisance des enseignants, à l'inexistence des infrastructures et équipements qui la placent en deçà des normes internationales.

La FSSH a fait l'objet d'une évaluation conjointe de la Coopération Française et de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Des recommandations pertinentes ont été faites à l'endroit de la FSSH à l'issue de l'évaluation, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et du Ministère de la Santé publique pour un meilleur rendement de l'établissement, selon Direction des Ressources Humaines/Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé, (DRH/ONRHS : Ed., Juillet 2012). Il s'agit notamment des recommandations communes aux deux Ministères de : développer une collaboration étroite entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé publique pour mieux coordonner leurs politiques et l'utilisation de leurs ressources en faveur de la FSSH et de clarifier la bi appartenance des structures et des enseignants. Il est donc important d'élaborer des textes qui reconnaissent et rétribuent les efforts des cadres, en particulier les enseignants médecins.

Il y a également (Ibid., 2012) des recommandations spécifiques au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique d'exiger et soutenir la formulation d'un plan stratégique de développement de la FSSH sur une période de 5 ans et organiser une table ronde avec différents partenaires pour son financement, de favoriser l'autonomie financière et administrative de la FSSH, améliorer l'infrastructure et l'équipement de la FSSH.

Une recommandation expresse a été faite au Ministère de l'Enseignement et de recherche scientifique pour encourager la formation à la recherche scientifique et à l'expertise pédagogique et faire en sorte que la promulgation des textes portant statut d'enseignant universitaire et de chercheur soient concrétisés sur le terrain.



Les recommandations spécifiques du Ministère de la Santé Publique sont de clarifier le profil de poste du futur médecin tchadien. Le profil de poste devrait être mis à jour en tenant compte des besoins de santé en évolution de la nouvelle technologie, pour les prochaines décennies afin de pouvoir orienter sans ambiguïté le programme de formation à la FSSH et de toutes structures de formation en santé paramédicales et médicales.

Le Ministère de la santé doit promouvoir et soutenir la formation des encadreurs (les cadres du Ministère servant d'encadreurs aux étudiants en stage doivent être qualifiés, et donc avoir bénéficiés d'une formation pédagogique, même de courte durée, afin d'assurer un processus d'apprentissage). Toutes ces recommandations demeurent d'actualité car elles ne sont malheureusement pas mises en œuvre. Toutefois, on note une synergie des efforts des deux Ministères pour le développement harmonieux de la FSSH. Quant à la Faculté de Médecine «le Bon Samaritain» qui est une Faculté privée associative dont la formation de la première promotion de 27 médecins a démarré depuis 2003 et est en cours.

L'Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché est créé en 2001, il forme les Techniciens supérieurs en pharmacie et en laboratoire (environ 300 étudiants sont en cours de formation).

#### **b) Les Écoles Interrégionales de santé**

D'abord, l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) de N'Djaména est la première école de santé du pays, créée en 1964, elle a interrompu deux fois la formation des agents de santé (de 1979 à 1983 puis de 1993 à 1996) pour causes respectivement d'hostilités internes au pays et sur conseil des Institutions de Breton Wood. Depuis 1997, l'ENASS a changé de statut et devient un établissement public doté de l'autonomie de gestion. Elle forme actuellement des IDE, des Sages-femmes, des assistants sociaux, des jardinières d'enfants et récemment des techniciens de laboratoire, des infirmiers spécialisés en ophtalmologie, des techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation.

En outre, l'ENASS abrite en son sein la Formation Initiale Décentralisée des agents techniques de santé (ATS), pour le compte du pool de N'Djaména. Cette structure va être délocalisée à Massaguet (ville située à une centaine de kilomètres de la capitale) ou à Massakory (ville située à environ 200 km) au nord de N'Djaména (cf. source : ONRHS/DRH/MSP, 2012), en une École Régionale de Santé et des Affaires Sociales qui formera des agents techniques de santé, des infirmières accoucheuses, des infirmiers diplômés d'Etat et des sages-femmes diplômées d'Etat.

L'ENASS a été évaluée en octobre 2005, et les insuffisances suivantes ont été relevées: Les professeurs ne finissaient toujours pas les programmes de formation. Il en est de même des cours pratiques. Les étudiants n'étaient pas bien suivis en stages. Le profil de sortie était passable puisqu'il fallait 2 à 6 mois seulement aux lauréats pour s'adapter à un nouveau rôle professionnel. Le niveau d'enseignement était très bas ne prenant pas en compte le processus d'apprentissage. La non transparence dans la gestion de l'école et l'insuffisance de la communication interne entre les enseignants étaient également relevées.

Certains organes tels que le conseil pédagogique ne fonctionnaient pas bien, ou pas du tout dans certaines écoles, etc. Tous ces points devraient être améliorés et mis en œuvre dans le programme d'enseignement théorique et pratique pour redresser les écoles afin de pouvoir répondre à l'approche de formation par compétences en vue de permettre une professionnalisation par la recherche. Pour mémoire, la capacité d'accueil de l'ENASS est seulement de 470 places pour tous les paliers pédagogiques et toutes filières confondues, (cf. source: Direction de l'ENASS).

En ce qui concerne l'École de santé de Biltine (ECOSAB), elle est ouverte en 2007 et forme des IDE et des Sages-femmes. Elle forme en dessous de sa capacité d'accueil qui est de 360 places.

**c) Les Ecoles Régionales de Santé et Affaires Sociales (ERSAS) d'Abéché, de Moundou et de Sarh**

Elles émanent de la Formation Initiale Décentralisée (FID) mises sur pied sous forme de projet mis en place par la banque mondiale à l'époque, pour former 620 agents techniques de santé en 5 ans avec une durée de formation de 2 ans. Cette formation vise à répondre à un besoin urgent des centres de santé périphériques en infirmiers et à les y fixer. Car, les lauréats devaient travailler au moins pendant 4 ans avant de prétendre à quitter la localité. Le projet est arrivé à terme en 2004. La FID a été évaluée en 2005 afin de vérifier l'adéquation entre ses objectifs et les résultats obtenus, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs et de se prononcer sur l'opportunité de sa poursuite.

L'évaluation effectuée en 2005 aurait recommandé la pérennisation de la FID, car il s'agit d'une stratégie qui permet de mettre à la disposition des formations sanitaires et dans un délai raisonnable du personnel infirmier requis, compétents. Cependant, des dispositions devraient être prises pour améliorer le profil de sortants de l'école d'ATS, les programmes de formation, les compétences des enseignants permanents et vacataires et l'environnement au

sein des écoles. Par ailleurs, il est également préconisé d'ériger la FID en écoles régionales de la santé,

En 2007, la Loi N° 014/PR/2007 a mis en place des Ecoles Régionales de Santé et des Affaires Sociales (ERSAS) et aurait transformé de facto la FID en écoles régionales de santé (aucun texte officiel n'a confirmé cette transformation), en leur dotant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. La loi 014 institue le régime juridique des ERSAS simplement, alors qu'elle devrait plutôt les créer. C'est un décret, « **sans texte d'application de Loi** » qui devrait organiser leur régime juridique. Dès lors, les écoles régionales de Moundou, de Sarh, d'Abéché et celle qui sera délocalisée à (Massaguet/Massakory) doivent former en plus des Agents techniques de santé et des infirmières accoucheuses, formeront logiquement des Infirmiers diplômés d'état et des Sages-femmes.

Ainsi, l'ENASS et l'ECOSAB deviendront des Ecoles Interrégionales par cette Loi de réforme et sont appelées à former des techniciens supérieurs de la santé. Cependant, dans les conditions actuelles, il serait difficile à l'ECOSAB de former ces cadres supérieurs compte tenu de certaines caractéristiques abstraites. En ce qui concerne l'ENASS, dans l'optique de l'application de ladite Loi sus citée, un atelier a été organisé en juin 2009 et a défini les filières suivantes dans le cadre de la réforme, à former par ordre de priorité ces 15 spécialités:

- Techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation;
- Techniciens supérieurs en ophtalmologie;
- Techniciens supérieurs de laboratoire;
- Techniciens supérieurs en enseignement et administration;
- Techniciens supérieurs en soins à l'enfant ou puériculture;
- Techniciens supérieurs en santé de la reproduction;
- Techniciens supérieurs en génie sanitaire;
- Techniciens supérieurs de bloc opératoire;
- Techniciens supérieurs en santé publique,
- Techniciens supérieurs en odontostomatologie;
- Techniciens supérieurs en ORL;
- Techniciens supérieurs en nutrition;
- Techniciens supérieurs en imagerie médicale;
- Techniciens supérieurs en kinésithérapie;
- Techniciens supérieurs en gestion des services de la santé

L'introduction de ces filières se fera d'une manière progressive en fonction de la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines que disposerait l'établissement.

**d) Les écoles confessionnelles et privées**

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique a accordé des autorisations de fonctionner à vingt quatre (24) écoles de santé confessionnelles et privées dont la liste, (annexe, 7, P. 95-96.).

**e) L'École de Formation des Auxiliaires de Santé des Services des Armées (EFASSA)**

Rappelons que, l'EFASSA est une école de santé relevant du Ministère de la Défense Nationale. Elle forme des auxiliaires de santé à 2 niveaux: CS1 et le CS2. La production de cette école ne permet pas de satisfaire les besoins des services de santé des armées. Dans la pratique, des ATS et IDE militaires sont formés à l'ENASS sur la base d'un quota alloué aux candidats militaires. Toutefois, le renforcement de la capacité de cette école est nécessaire, surtout à travers le relèvement du profil de sortie de ses lauréats au niveau des agents techniques de santé.

En tout état de cause, les institutions de formation ci-dessus citées sont confrontées actuellement aux problèmes de l'insuffisance des capacités d'accueil, des enseignants qualifiés, du matériel didactique et de l'inadaptation harmonieuse du contenu des curricula.

**1.4.3 La présentation historique des institutions d'enseignement**

• ***L'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS)***

L'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) est un établissement public sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Créé en 1964, l'école de santé a connu plusieurs mutations qui ont influencé négativement son devenir. Sa délocalisation et sa fermeture de 1979 à 1982 à cause de la guerre civile qui ont contribué à son dysfonctionnement. Il faut ajouter une période particulière de 1974 à 1997, durant laquelle l'ENASS, bien que fonctionnelle sur le plan pédagogique et logistique, n'a pu fonctionner sur décision des autorités de l'Etat.

L'ENASS a repris normalement ses activités en 1997, avec deux filières (paramédicales et sociales) et deux cycles. Depuis quelques années le processus de réorientation de sa mission a

été entamé. Ainsi un atelier sur la réforme de l'ENASS s'est tenu le 22 juin 2009<sup>13</sup>. Cet atelier a permis l'élaboration de nouveaux textes juridiques qui en feront une Ecole Inter régionale. Cette réorientation lui donne de nouvelles prérogatives pour la création de nouvelles filières et en particulier la formation de techniciens supérieurs en santé et des affaires sociales.

L'ENASS dispose de deux filières : la filière Paramédicale et la filière sociale. Les autres écoles ne disposent que de la filière des paramédicaux. Les sections de paramédicaux existantes sont regroupées dans le tableau ci-dessous (tableau 4). Ce sont les sections : Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Sage-femme Diplômée d'Etat (SFDE), Agents Techniques de santé (ATS), Techniciens de laboratoire Diplômé d'Etat (TLDE), Agent Technique de santé option : Accoucheuse (ATS/Accoucheuse), Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie (ISO) et Technicien Génie Sanitaire Diplômé d'Etat (TGSADÉ).

La formation des Infirmiers Diplômés d'Etat, des Sages-femmes Diplômées d'Etat, des Techniciens de laboratoire, des Techniciens Supérieurs d'Anesthésie et celle des Agents Techniques de santé et Agents Techniques de Santé accoucheuse dure trois ans, et celle des iso dure deux ans. Avec la réforme de la fonction publique, la formation des ATS vient d'être portée à trois ans et appliquée à partir de l'année scolaire 2010-2011 par cinq écoles, avant la révision du curricula des ATS. Ainsi, les ATS et ATS accoucheuses qui sont en deuxième année durant l'année scolaire 2010-2011 étaient invités à faire une troisième année.

**Tableau n° 4** : Niveau requis de recrutement et durée de formation pour les sections existantes<sup>14</sup>

Section	Avant 2007		Niveau de recrutement de 2010 à ce jour.	
	Niveau de recrutement	Durée de formation	Niveau de recrutement	Durée de formation
IDE	Terminale +BEPC	3 ans	BAC à partir de 2010	3 ans
SFDE	Terminale +BEPC	3 ans	BAC à partir de 2010	3 ans
TLDE	Terminale +BEPC	3 ans	BAC à partir de 2010	3 ans
TGSA	Terminale +BEPC	2 ans	BAC à partir de 2010	3 ans
ISO	Internes ATS	2 ans	BEPC (interne)	2 ans
ATS/ATS accoucheurs	Terminale +BEPC	2 ans	BEPC (décision de 2010 et appliquée aux ATS de 2 <sup>ème</sup> année)	3 ans

<sup>13</sup> Rapport de mission d'évaluation des institutions de formation des Agents Sanitaires et Sociaux

<sup>14</sup> Rapport de mission d'évaluation des institutions de formation, février 2012

Il existe au sein de l'ENASS, une section des Techniciens Supérieurs d'Anesthésie et Réanimation (TSAR) qui relève plutôt de la DRH en attendant l'adoption du nouveau statut de l'ENASS. L'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux a formé depuis 1994 : 1755 agents de santé, toutes catégories confondues. L'effectif des élèves pour l'année académique (2012) est de 460 élèves, répartis comme suit (tableau ci-dessous).

En ce qui concerne les sections à l'ENASS, une réflexion urgente s'imposerait par rapport à la section des Techniciens de laboratoire (TLDE). En effet, il a été constaté que les techniciens supérieurs de laboratoire sont formés à l'Institut Universitaire des sciences et Techniques d'Abéché (IUSTA) et à la Faculté des Sciences de la Santé d'Abéché. Les deux institutions produiront une centaine de techniciens par an. Déjà, actuellement il y a pléthore de techniciens en laboratoire. Il en va de même pour les techniciens supérieurs en pharmacie.

**Tableau n° 5:** Effectifs de l'ENASS, (année 2010-2011)

ENASS						
Sections	Années d'ouverture	Effectif année 2010-2011			Effectif total en formation	Production totale
		1 <sup>ère</sup> A	2 <sup>ème</sup> A	3 <sup>ème</sup> A		
IDE	1984	27	49	48	124	408
SFDE	1994	17	21	21	59	229
ATS/ATS accoucheurs	1998	55	52	-	107	503
TLDE	1998	23	11	-	-	35
TGSA	1994	21	-	-	21	-
ASDE	1994	18	32	10	60	264
JE	1994	18	25	0	43	185
TSAR	2005	12	-	-	12	24
ISO	2003	-	-	-	-	35
<b>TOTAL</b>		191	190	79	460	

Légende : (-) Pas de données chiffrées

L'École de santé de Biltine (ECOSAB) a été créée en 2006 et a ouvert ses portes à la rentrée scolaire 2007-2008. Cette école publique est sous la juridiction du Ministère de la santé publique. Il n'existe actuellement aucun texte officiel qui la régie.

L'ECOSAB a débuté par la formation des IDE et SFDE. Trois promotions sont en cours de formation. Deux promotions : celle de SFDE et d'IDE ont été formées soit un total de 38 IDE et 9 SFDE. Actuellement, trois autres promotions sont en formation pour un total de 77

étudiants IDE et 25 SFDE (voir tableau ci-dessous). En 2011 deux sections d'ATS et ATS accoucheuses ont été ouvertes avec un total de 28 ATS et 5 ATS accoucheuses en 1<sup>ère</sup> année.

**Tableau n° 6:** les effectifs de l'ECOSAB

<b>ECOSAB</b>						
Sections	Années d'ouverture	Effectifs en 2011-2012			Total en formation	Production totale
		1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année		
IDE	2007-2008	20	39	18	77	38
SFDE	2007-2008	6	10	9	25	9
ATS	2011-2012	28	-	-	28	-
ATS/ACC.	2011-2012	5	-	-	5	-

Légende : (-) Pas de données chiffrées

- ***Les Ecoles Régionales de Santé et Affaires Sociales (ERSAS)***

Les Ecoles Régionales de santé et des Affaires sociales (ERSAS) ont été créées en lieu et place des pools de formation initiale décentralisée, à l'époque par Arrêté n° 357/MSP/DG/DIRPLAFG/DF/95 du 5 juillet 1995 portant création de 4 pools de formation continue du personnel de santé à Abéché, Moundou, N'Djaména et Sarh.

Au niveau de ces pools, des enseignants avaient été identifiés et formés ; un équipement didactique standardisé avait été fournis. La coordination des activités de formation des pools était confiée au niveau central de l'Administration à la Direction de la planification et de la formation (DIRPLAF) et au niveau régional aux délégations sanitaires régionales, selon l' (arrêté ci-dessus) en son temps.

Face aux besoins importants sans cesse croissants en personnel qualifié et dans le but de produire dans un délai relativement court, un nombre suffisant de paramédicaux, le MSP a créé en 1998, au niveau des quatre pools de formation continue, la Formation initiale décentralisée (FID) avec l'appui de la banque mondiale. La FID a pour objectif de former des ATS et ATS accoucheuses en 2 ans seulement, afin de combler le déficit de 600 agents de santé. Les 04 FID sont suivies au niveau central par la coordination nationale à l'époque. Lors de l'évaluation de la FID en 2002, une des recommandations aurait concerné la « pérennisation » et sa « réorientation » en des écoles régionales de santé et affaires sociales (ERSAS) sans le texte officiel qui le matérialise. La mission des ERSAS est de former en plus des ATS, les autres catégories socio professionnelles de la santé.

Depuis sa création, la formation initiale décentralisée a formé 277 ATS et 51 accoucheuses à Abéché, 214 ATS et 46 accoucheuses à Moundou, 47 ATS et 7 accoucheuses à Sarh et enfin 504 ATS et ATS accoucheuses à N'Djaména. Le projet de la Formation Initiale Décentration a pris fin logiquement avec la formation des 4 promotions des ATS prévues initialement, mais la formation des ATS et ATS accoucheuses se poursuivrait avec la création des ERSAS dotées de leurs prérogatives d'autonomie de gestion et de leurs instruments de gouvernances.

## **1.5 CADRES JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS DES INSTITUTIONS**

En effet, les règles et les obligations énoncées dans les documents juridiques et administratifs en ce qui concerne le règlement intérieur s'applique aux élèves, stagiaires, enseignants, personnels administratifs ou techniques de l'école.

Cependant, le Règlement Intérieur devrait être mis à jour pour l'adapter aux nouvelles orientations en cours et particulièrement préciser le niveau de recrutement des étudiants pour les différentes sections.

### **1.5.1 Les documents juridiques**

- *Au niveau de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS)*

L'ENASS est régie par les textes juridiques et Administratifs :

- La loi n°001/94 portant réforme de l'Ecole Nationale de Santé Publique et de Service Social, débouchant à la nouvelle dénomination de l'ENPSS en ENASS ;
- Le décret n°085/PR/MSP/94 portant statut de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux qui dans son article 1<sup>er</sup> donne l'autonomie financière à l'institution ;
- Le décret n°452/PR/MSP/97 portant modification du décret n°85/PR/MSP/94 sur le statut de l'ENASS dans lequel sont modifiés les articles suivants : 6-8-9-12-17 relatifs à la composition du Conseil d'Administration (C.A), aux pouvoirs d'administration et de gestion du CA., au veto et à la mise en application des décisions par le CA, de la responsabilisation du Directeur de l'Ecole en tant que ordonnateur du budget de l'Ecole, de contrôle de la gestion de l'Ecole exercé par la Direction du contrôle financier ;
- Le règlement intérieur de l'ENASS daté du 5 mars 2007, qui définit les conditions générales, les règles et les obligations permettant de réguler les activités de l'Ecoles et ce, conformément au décret n° 085/PR/MSP/94 du 15 avril 1994, (Annexes 11, P. 113).



Parmi les textes officiels que nous avons eu à consulter, citons également l'arrêté n°484/MSP/SE/DG/ENASS/2001 du 10 juillet 2001 portant composition et fonctionnement du conseil technique et pédagogique (C.T.P) qui doit être révisé pour s'adapter à l'évolution du contexte (Réforme de la fonction publique, l'évolution de la profession ...).

Depuis 2007, a débuté un processus de la réforme de l'ENASS en vue de l'ériger en une Ecole Interrégionale qui sera chargée de la formation par la recherche des cadres supérieurs de la santé et des affaires sociales. Pour cela un nouveau projet de statut a été élaboré et mis dans le circuit pour son adoption par le gouvernement. En attendant, l'ENASS poursuit sa première mission et ne peut pas encore former des techniciens supérieurs en attendant la publication de ce décret pour la création des sections et filières envisagées dans le cadre de la réforme.

- ***Les écoles régionales de santé et affaires sociales (ERSAS)***

Les écoles de Moundou, d'Abéché, et de Sarh se retrouvent aujourd'hui dans une situation de vide juridique. Après la fin de la formation initiale décentralisée, il aurait été proposé de pérenniser la formation des ATS mais aucun texte n'a été pris. Le 24 octobre 2007 a été promulgué la Loi n°14/PR/2007 Instituant le Régime Juridique des Ecoles Régionales de santé et des Affaires Sociales. Au bénéfice de cette Loi, les trois écoles se reconnaissent comme des écoles régionales de santé et des affaires sociales (ERSAS), or les différents projets de décrets d'application qui réorientent les pools n'ont pas encore abouti. Les trois écoles de santé se retrouvent dans l'illégalité totale en décidant de former les IDE et des SFDE et en leur délivrant des diplômes reconnus par l'Etat. Il serait urgent de régulariser cette situation en faisant aboutir le dernier projet de décret sur le statut des trois écoles.

Quant à l'Ecole de santé de Biltine, elle se retrouve dans la même situation que les trois autres écoles publiques de santé au Tchad. Elle forme des diplômés qui sont intégrés dans le cadre régulier de la fonction publique de la République alors que l'Institution n'a pas d'existence légale (absence des textes juridiques).

### **1.5.2 Les instruments de gouvernances**

Les principaux instruments de gouvernance prévus dans la programmation de 2000 (ne sont plus repris dans les programmes réadaptés), sont résumés dans le tableau 7, ci-dessous.

**Tableau n° 7:** fonctionnement des instruments de gouvernance

<b>Institutions</b> <b>Instruments</b>	<b>ENASS</b>	<b>ERSAS de Moundou</b>	<b>ERSAS de Sarh</b>	<b>ERSAS d'Abéché</b>	<b>ECOSAB</b>
Conseil d'Administration	2 réunions en 2011	Inexistant	Inexistant	Inexistant	Inexistant
Conseil de professeurs	Réunions régulières	Réunions régulières	Réunions régulières	Réunions régulières	Inexistantes
Conseil de direction	Réunions irrégulières	Réunions irrégulières	Réunions irrégulières	hebdomadaires	Hebdomadaires
Conseil technique pédagogique.	2 réunions par an	2 réunions par an	2 réunions par an	2 réunions par an	2 réunions par an
Conseil de discipline	Réunions ponctuelles	Réunions ponctuelles	Réunions ponctuelles	Réunions ponctuelles	Réunions ponctuelles

En dehors de l'ENASS qui dispose d'un conseil d'Administration, d'un Règlement Intérieur et d'un Conseil Technique et Pédagogique (voir tableau ci-dessus), les quatre ERSAS ne disposent ni d'un Conseil d'Administration, ni d'un règlement intérieur. C'est le C.A de l'ENASS qui délibère sur les résultats transmis par le conseil technique et pédagogique de ces institutions. Toutes les ERSAS se réfèrent actuellement au Règlement Intérieur de l'ENASS. Les curricula des différentes sections sont ceux de l'ENASS. Pour l'année scolaire 2009-2010, même la planification des cours font l'objet de la bienveillance de la direction de l'ENASS. Le Conseil d'Administration (C.A) de l'ENASS se réunit deux fois par an. Au courant de l'année 2011 le Conseil d'Administration s'est réuni, le 29 juin 2011 et en septembre 2011 en ce sens que les décisions d'orientation n'ont été bien précises et bien exécutées dans le temps.

A l'école de santé de Biltine (ECOSAB), il a été mis en place un conseil d'administration alors que l'établissement ne dispose pas d'une autonomie de gestion. Les autres organes de gestion ont été mis en place mais ils ne se réunissent pas régulièrement. C'est le Conseil Technique et Pédagogique qui fait office de Conseil de Direction. Certaines de ses réunions sont informelles et sans un compte rendu. Ce qui pose énormément le problème d'organisation et de planification (de management).

Les responsables de ces cinq Institutions ont pu mettre à notre disposition quelques comptes rendus des réunions pour nous permettre la réalisation de cette phase exploratoire. Il existe d'une manière générale, des difficultés d'archivage du document au niveau de toutes les écoles, ce qui ne permettrait aux élèves de s'approprier des savoirs pour une meilleure production de mémoire de fin d'année d'études.

### **1.5.3 Les infrastructures de formation**

- *Le bloc Pédagogique*

Les cinq écoles régionales de formation initiale en santé au Tchad disposent d'infrastructures pédagogiques globalement insuffisantes, ne permettant pas une bonne formation des agents sanitaires et sociaux pour leurs missions. L'ENASS a besoin théoriquement d'augmenter le nombre de salles de classe. L'utilisation de tronc commun permet de regrouper les sections SFDE et IDE et les sections ATS et ATS accoucheurs et de résoudre provisoirement le problème de manque de salle de classe. Cependant, en regroupant les sections le nombre d'apprenants par classe est élevé.

L'accent particulier est mis sur la formation des SFDE dans le cadre de la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle. Les étudiants SFDE devraient être séparés dès la première année des IDE avec durée de formation de cinq (05) ans en vue de mieux acquérir des savoirs spécifiques dans les domaines. Ils pourront suivre ensemble les cours communs au niveau de l'amphithéâtre. En plus de l'absence de salles de TP qui oblige d'autres écoles à aménager une salle de classe pour les TP/TD, la salle des TP à l'ENASS est très exigüe et ne permet pas aux étudiants (très nombreux) de bien se déployer pour la pratique. Les écoles ont besoins d'une bibliothèque riche en ouvrages récents, bien archivés et d'accès rapide permettant une bonne exploitation en vue d'une production judicieuse de mémoires d'initiation à la recherche. Seules les bibliothèques de quelques écoles régionales et de l'ENASS répondent à ces critères, mais les dispositifs informatiques font toujours défaut.

Le matériel didactique devant accompagner les cours est d'une importance capitale surtout qu'il s'agit d'amener les apprenants à acquérir des pratiques professionnelles très précises. Le matériel (dont l'exemple de la liste serait proposé par différentes écoles) comprendrait : des supports de cours (planches anatomiques, mannequins, squelette humain...), matériels d'examens et de surveillance (tensiomètres, thermomètres,...), matériels de soins : (boîtes de pansements, seringues et aiguilles,...), matériels pour l'hygiène du malade : (drap,...) et produits pharmaceutiques, etc.<sup>15</sup>. L'ensemble des institutions dispose d'une gamme de matériels de démonstration, de très haute qualité, même si certains sont à renouveler pour répondre à la technologie nouvelle, dispositif informatique évoqué ci-haut.

---

<sup>15</sup> Selon document de rapport de mission d'évaluation des institutions de formation, février 2012

L'atteinte des objectifs éducationnels des écoles de formation en santé reposerait sur la disponibilité de ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes dont l'ajustement permanent aux évolutions (connaissances professionnelles, l'apprentissage à la formation par la recherche) est une condition essentielle de mise en œuvre d'une formation de qualité avec une démarche scientifique. La disponibilité de ce personnel doit correspondre à un quota minimum sans quoi, la qualité de la formation initiale théorique ne peut être garantie pour la production de savoir théorique en vue d'une production de mémoires d'initiation à la recherche.

#### **1.5.4 Les enseignants par filières**

- *Les enseignants permanents*

Il est à noter également que, les enseignants permanents sont mis à la disposition de ces écoles par affectation par le Ministère de la santé publique ou par le Ministère de l'Action Sociale en nombre infime. Cette affectation ne répond pas à un besoin préétabli par les écoles. A titre d'exemple, à l'ENASS, plus de 60% des enseignants sont du secteur social. Par rapport à leur qualification, presque tous les enseignants permanents sont des techniciens supérieurs en soins infirmiers ou des sages-femmes qui ont bénéficié des formations en pédagogie dans les écoles de formations de formateurs de la sous-région Afrique, notamment au Sénégal, au Cameroun et au Niger. Aucun d'eux n'est passé par la formation universitaire en Science de l'Éducation.

Les documents définissant les normes en ressources humaines<sup>16</sup> existent mais ils n'ont pas été mis à disposition. L'insuffisance en enseignants permanents a été évoquée par tous les directeurs des écoles visitées. Le personnel affecté ne regagne pas toujours son poste d'affectation quand il s'agit d'aller dans les régions en dehors de N'Djaména, des villes se trouvant à l'extrême Nord du pays. Surtout, c'est le cas de Biltine située à 1200 km au nord dans la zone désertique du Tchad. Dans certaines écoles (Biltine et Abéché), les enseignants permanents sont obligés d'effectuer deux cent (200) heures de cours par an, en plus des tâches administratives ne donnant guère la possibilité à ceux-ci de maîtriser le contenu des cours théoriques dispensés.

A Biltine encore, la section des sages-femmes manque d'encadreuse (une sage-femme) spécialisée dans le domaine ; il n'existe ni de sage-femme à l'école, ni à l'hôpital

---

<sup>16</sup> Document définissant le plan de carrière des ressources humaines du MSP, 2012

départemental du district. En ce sens les étudiants interrogés affirment qu'il n'y a pas de différences entre la section SFDE et la section IDE à Biltine, puisque tout le monde a suivi pratiquement le même programme de formation durant les 3 années.

- *Les enseignants vacataires*

Les écoles recrutent les enseignants vacataires dans les villes où elles sont implantées. Le recrutement se fait sur un simple dossier, sans aucune étude préalable pour une sélection adaptée à un éventuel profil d'enseignant. La plupart des enseignants vacataires ne sont pas formés en pédagogie. Ils sont en grande partie du personnel de la santé (des médecins, des techniciens supérieurs de santé ...). A eux, s'ajoutent des cadres supérieurs d'autres secteurs qui sont plus ou moins en lien avec l'enseignement en santé des cadres socio-sanitaires. Par ailleurs les étudiants déclarent que certains enseignants sont des perpétuels irréguliers et que d'autres n'avaient pas beaucoup de patience avec les étudiants. Une enquête préliminaire qui a été menée lors d'une mission, en tant que formateur à Biltine dans la région de Wadi-Fira nous a permis de recueillir la plupart de ces informations.

Aux déclarations de certains enseignants vacataires rencontrés, il n'y a pas d'accompagnement des nouveaux enseignants au moment où ils débutent leur carrière d'enseignant. Le contenu des cours est souvent laissé à l'initiative du professeur débutant. Nous constatons lors de notre déplacement dans ces écoles que les vacataires n'ont pas tous un contrat écrit avec l'institution afin de contrôler les actions de ceux-ci. Les honoraires des vacances sont versés souvent avec des retards, entraînant parfois des abandons des cours. Le pourcentage des enseignants vacataires varie d'une école à une autre, tableau 8 ci-dessous le résume.

**Tableau n° 8:** situation des enseignants permanents et vacataires

SITUATION DES ENSEIGNANTS					
	ENASS N'Djaména	ERSAS Moundou	ERSAS Sarh	ERSAS Abéché	ECOSAB Biltine
Nbre d'enseignants permanents	37	8	8	7	8
Nbre d'enseignants vacataires	63	24	15	23	17
Total	100	32	23	30	25

- ***Les encadreurs de stages***

Les encadreurs de stages sont la plupart du temps, des surveillants des services hospitaliers ou des infirmiers responsables des centres de santé. La majeure partie d'entre eux a été formée à l'encadrement des stages par l'école, avec qui, ils gardent un contact régulier pour le suivi des stagiaires. Mais certains sites de stages manquent de personnel expérimenté pour assurer cet accompagnement. C'est le cas surtout dans les hôpitaux situés à l'extrême nord ne réalisant qu'une petite partie du paquet complémentaire des activités : manque d'un service de gynécologie obstétrique avec au moins une sage-femme, un bloc opératoire non fonctionnel et un hôpital non fréquenté. Durant toute l'année 2008 par exemple, dans l'un de ces hôpitaux seulement 411 malades étaient hospitalisés avec moins de 2 malades entrant par jour, n'offrant pas la possibilité aux étudiants d'être plus actifs dans les cas d'analyses des pratiques professionnelles. Dans ce contexte, il est impossible d'organiser le stage urbain.

Il revient aux institutions du Ministère de la santé publique de mettre l'accent sur le choix et la préparation des encadreurs et, d'insister sur ces aspects lors du passage des étudiants. Le mouvement rapide des infirmiers dans les centres de santé et les hôpitaux périphériques nécessite une reprise de la formation des encadreurs presque chaque année (formation continue ou recyclage périodique).

## **1.6. ORGANISATION DE LA FORMATION**

### **1.6.1. Le programme et la gestion pédagogique**

La finalité de la professionnalisation par la recherche des écoles en santé est de contribuer au développement des compétences spécifiques par les agents socio-sanitaires pour une prise en charge efficace des problèmes de santé de la population.. Les missions de l'ENASS, tout comme celles des ERSAS sont la formation initiale et continue. Actuellement la formation continue ne figure pratiquement plus dans le cahier des charges des ERSAS qui avaient été ouvertes à l'origine comme des centres régionaux de formation continue du personnel. Il va falloir intégrer cette dimension de la mission dans les nouveaux textes statutaires de ces institutions qui ne sont pas encore adoptés.

- ***La gestion des différentes sections***

Les différentes sections existantes au sein de l'ENASS et les autres écoles sont présentées plus haut (P. 30-32). Les cours sont organisés en unités d'enseignement (UE). A titre d'exemple, les IDE et SFDE ont 7 UE et les ATS ont 5 UE.

La stratégie actuelle de formation est celle par alternance. D'une manière générale, les cours magistraux sont dispensés à mi-temps dans les après-midi, laissant la matinée pour les stages pratiques hospitalières. Les cours des IDE et des SFDE sont organisés en un seul tronc commun pour les trois années que dure la formation. Alors que sous d'autres cieux la formation des sages-femmes a une durée de 5 ans, permettant à celles-ci une large connaissance aux savoirs. Nous en évoquerons un peu plus tard dans la seconde partie de cette thèse. Il n'y a pas de différences notoires entre les deux sections surtout au niveau des ERSAS où on parle de section (IDE/SFDE)<sup>17</sup>.

Pour les enseignants, la différence se situe sur la désignation des lieux de stage et sur quelques cours théoriques. Pour les étudiants notamment ceux rencontrés dans les ERSAS, il n'y a aucune différence entre les deux sections. Ce sentiment est le même partout chez les ATS et ATS accoucheuses. Donc, il se pose là le problème d'harmonisation des programmes des cours théoriques dans les différents paliers pédagogiques et entre les différentes sections.

- ***Les programmes de formation initiale***

Les formations initiales sont formalisées dans un programme élaboré en 1998 et réajusté plusieurs fois dont la dernière en date est celle de 2006. Aucune évaluation des différents programmes n'a été faite sauf celui des ATS. Le programme de 1998 était la révision du curricula de 1996 qui a été réalisée au niveau du Ministère de la santé publique avec la participation des enseignants permanents de l'ENASS. Les écoles qui ont été ouvertes successivement utilisent les mêmes curricula. Un document de curricula pour la formation des paramédicaux doit contenir tous les autres aspects de la formation initiale qui sont par exemple:

- Le profil pays de différents corps de métiers ;
- Un descriptif du poste en rapport avec les besoins du pays ;
- Le profil de sortie à partir des tâches à accomplir ;
- La définition des connaissances et les aptitudes professionnelles à acquérir durant la formation et les matières à enseigner ;
- L'identification des matières à enseigner accompagnées des orientations pédagogiques nécessaires.
- Le cadre général des cours qui donne pour chaque matière à enseigner, les objectifs d'apprentissage, le profil de l'enseignant et les orientations pédagogiques,

---

<sup>17</sup> Projet en cours de réalisation pour la réforme des ERSAS

l'agencement des différentes matières, les références dans le cadre de la production de mémoires, et thèse ;

- Les modalités de recrutement, d'évaluation et de formation diplômante ;
- L'organisation des cours et des stages avec des critères de sélection des sites de stage et la liste des sites pour les différentes écoles ;
- Les grilles horaires: par mois, par semestre ;
- Les outils de gestion et les modalités de fonctionnement....

Les programmes de 1998, des programmes réajustés en 2006 et actuellement en utilisation, et le nouveau programme élaboré pour les sages-femmes en 2011, ont permis de faire ressortir les différences qui sont résumées dans les tableaux 9 et 10, ci-dessous.

- ***Le référentiel pays de corps de métiers en formation initiale.***

Au niveau du Tchad, la production d'un référentiel pour les différents corps de métier formé n'a jamais retenue l'attention des responsables. A défaut, il a été décrit les différents postes et les compétences qui vont avec et ce, dans le cas uniquement de la mise en œuvre du PMA et du PCA. Il est urgent qu'un cadre plus globale soit défini pour les différents corps.

Par contre en France, l'accès à la formation est respecté et fixé par les textes règlementaires de l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales et de l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes, par l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme et l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux dans son article 1<sup>er</sup>, qui dit: « le diplôme d'Etat d'infirmier atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'infirmier », selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II du document;
- les articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique<sup>18</sup>.

Le titre 1<sup>er</sup> concernant l'accès à la formation sont fixés dans les articles 2, 3 comme suit: « pour être admis à effectuer les études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, les candidats doivent être âgés de dix-sept (17) ans au moins au 31 décembre de l'année des

---

<sup>18</sup> Arrêté du 21 avril 2007 « BO Santé-Protection Sociale-Solidarité n°2009/7 du 15 août 2009, page. 246. France [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)



épreuves de sélection ; des épreuves de sélection sont organisées par chaque institut de formation en soins infirmiers autorisé pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier ».

- ***La description des postes***

Au Tchad, il n'existe pas un référentiel de compétences mais une description de poste avec un ensemble de tâches à réaliser au niveau des centres de santé et des hôpitaux. Cette description des tâches, bien détaillée dans le document de 1998, n'a pas été reprise dans les documents réajustés qui ont suivi et que nous ne pouvons pas tous évoquer.

- **Le profil de sortie par section** : ces profils reprennent les compétences à acquérir durant la formation. Ces compétences sont déclinées en « savoirs », « savoir-faire », et « savoir être ». Le document donne aussi la liste des matières à enseigner pour chacun des profils de sorties, pour comparer avec la France....
- **L'orientation pédagogique** : pour chaque matière à enseigner, des orientations sont données pour aider l'enseignement. Cela a été fait dans le programme de 1998.
- **Le cadre général des cours** : il était beaucoup plus complet dans le document de 1998 : il précisait la durée et la répartition mois par mois des cours théoriques, des stages et des évaluations, l'organisation des cours et des stages selon les cycles de formation, le scénario commun (professionnel) qui donnait le pourcentage du temps pour la théorie, le stage et les travaux dirigés, la grille horaires pondérée selon les cycles, etc.
- **Le cadre général de l'enseignement** : après avoir fait l'analyse de la situation par rapport aux différentes sections, le cadre général de l'enseignement donne pour chaque matière enseignée, la population cible, les cours pré requis, les cours articulés, les cours concomitants, le profil de l'enseignant, les conditions particulières pour certaines matières nécessitant des démonstrations et/ou des exercices pratiques, les références bibliographiques, le volume horaire, l'objectif général et les objectifs intermédiaires.
- **L'organisation des cours, des stages et le volume horaire** : selon le programme de 1996 le volume horaire global pour les différentes sections faisait référence aux programmes des écoles françaises de formation des infirmiers. Il a été constaté que lors des révisions successives faites à ce sujet, le volume horaire diminue sans raison particulière. Dans le programme de formation des SFDE qui vient d'être réactualisé, il n'y a plus le volume horaire global de la formation pour les trois (3) années.

Ces éléments sont très utiles pour aider les équipes pédagogiques à gérer la formation. Or ils sont absents des programmes successifs dont celui de 2006. Aucune référence explicite aux documents de 1998<sup>19</sup> n'a été faite. Les premiers enseignants les connaissent et s'y réfèrent. Le programme de formation de SFDE vient d'être révisé en 2012 pour répondre davantage aux préoccupations de la santé de la reproduction en portant l'accent sur les stratégies de réduction de la mortalité maternelle. Cependant, il présente les mêmes faiblesses.

Les curricula de toutes les sections existantes devraient être réélaborés en impliquant les directions des écoles et les professionnels en poste dans les structures de soins et ce, avec expertise internationale en matière de formation par la recherche des agents socio-sanitaires moyens et supérieurs.

Il ressort des entretiens avec les enseignants permanents que la programmation des cours est respectée. Cependant, certains enseignants sont obligés d'effectuer plus de 350 heures de cours par an, soit du fait de leur nombre insuffisant, soit pour achever les cours abandonnés par les enseignants vacataires.

**Tableau n° 9** : réajustement des programmes de 2002 à ce jour

<b>Items</b>	<b>Programme 1998</b>	<b>Programmes modifiés de 2002 à 2006</b>	<b>Curricula des SFDE élaboré en 2012</b>
Référentiel des compétences pour les différents corps de métiers formés	Il n'existe pas un référentiel pays	Situation inchangé	Idem
Description des postes	Oui	Non	Non
Profil de sortie par section lié à la mise en œuvre du PCA et PMA	Oui	Oui	Oui
Organisation pédagogiques par rapport aux matières enseignées	Oui	Non	Non
Cadre général des cours	Oui	Non	Non
Description de l'année académique	Oui	Non	Non
Cadre général de l'enseignement	Oui	Oui	Oui
Volume horaire global	Celui de 1997	En diminution	Pas défini pour les 3 années

La politique de gestion pédagogique doit être définie par la Direction de l'école qui en assure l'exécution. Cette politique doit reposer sur une vision claire de l'efficacité pédagogique et

<sup>19</sup> Texte officiel existant mais méconnu par les utilisateurs

une transparence qui garantissent une meilleure professionnalisation possible des apprenants.

Au cours de notre visite exploratoire, il nous a été donné de constater que :

- La Direction des études est confiée dans les cinq écoles à des cadres spécialisés et formés en pédagogie ;
- La filière paramédicale au niveau de l'ENASS est confiée à un cadre spécialisé dans ce domaine et formé en pédagogie ;
- La coordination de chaque année d'études de chaque section est assurée par un cadre spécialisé dans le domaine et formé en pédagogie. Pour la section TGSA (à l'ENASS) et la section des SFDE à l'ECOSAB la coordination est assurée le premier par un cadre du domaine social et le deuxième par un IDE ;
- Les dossiers des élèves ne sont pas mis à jour dans certaines écoles dans la zone septentrionales ;
- L'emploi du temps hebdomadaires est disponible et diffusé. Il existe un mécanisme efficace de contrôle de l'absentéisme des apprenants (registre) et des enseignants ;
- Les plans des cours sont mis à la disposition des apprenants. Il existe également un mécanisme de traçabilité des enseignants disponibles (cahier de texte). Mais les cahiers ne sont pas toujours signés par certains enseignants afin de savoir qu'est-ce qui a été fait et n'a pas été fait.
- Le suivi des enseignants est régulièrement effectué par le responsable pédagogique de la section.

### **1.6.2. L'organisation de l'apprentissage pratique (stage)**

Les ERSAS identifient et évaluent les sites de stage chaque année sur la base des critères prédéfinis avant de faire déplacer les étudiants en stage. Les chefs de service de la scolarité assurent la coordination et la supervision des élèves au niveau de chaque terrain de stage. Chaque enseignant permanent est responsable d'encadrement d'un groupe de stagiaires. Les objectifs de stage sont disponibles pour les différentes sections à chaque passage. Cependant, il n'y a aucun référentiel de formation clinique. Les modalités pédagogiques de l'enseignement clinique des infirmiers s'effectuent au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec la santé et les soins. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Selon la directive européenne, (2005/36/CE) : « l'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à

organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises», (cf. BO n° 2009/7 du 15 août 2009, P. 256). Pendant les temps de stage, l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants.

Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations. Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière. L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son (portfolio) les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.

Les objectifs de stage tiennent compte à la fois des ressources des stages, des besoins des étudiants en formation initiale en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles de ceux-ci. Le stage doit permettre aux étudiants :

- D'acquérir des connaissances et de savoirs;
- D'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels;
- D'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles ;
- De centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité ;
- De prendre progressivement des initiatives et des responsabilités ;
- De reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose ;
- De prendre la distance nécessaire et de canaliser ses émotions et ses inquiétudes ;
- De mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences ;
- De confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants.

Un des problèmes majeurs qui se posent à l'organisation des stages pratiques est la multiplication des écoles privées de formation en santé par rapport aux sites de stage en

nombre insuffisant qui crée parfois une pléthore des stagiaires sur un site. A titre d'exemple, les infrastructures sanitaires de la capitale sont envahies par des étudiants durant toute l'année ne permettant pas une bonne prise en charge des apprenants.

Par rapport à l'organisation, les institutions disposent des capacités organisationnelles et assez d'expériences pour poursuivre la formation du personnel. Cependant, il s'agit d'une activité complexe qui nécessite un suivi et une analyse régulière des pratiques professionnelles de la part de l'institution de tutelle pour en garantir la qualité. Or à ce niveau, il n'existe pas au niveau des institutions de formation une structure et des mécanismes connus pour une instauration des programmes d'enseignement portant sur les modèles théoriques de santé et l'organisation de l'enseignement de l'analyse pratiques professionnelles en vue d'amener les apprenants à une production de mémoires, en suivant les orientations stratégiques d'une politique de formation cohérente. En France selon les travaux du (CRESI, projet Leonardo, Référentiel européen de compétences en soins infirmiers, 2008), « les besoins de l'étudiant sont clairement formalisés et identifiés dans le référentiel de compétences ».

### **1.6.3. Les besoins formalisés en cours de stage**

Dans le référentiel de compétences et le référentiel de formation, connus des personnes qui guident les étudiants. Dans le portfolio<sup>20</sup> que l'étudiant présentera dès le premier jour du stage et qu'il devra remplir avec le tuteur au long du déroulement du stage. Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

- ***Les responsables de l'encadrement***

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Ce mode d'organisation ne modifie en rien la hiérarchie dans les établissements et des lieux d'encadrement. La direction des soins demeure responsable de l'encadrement des étudiants en stage et, est garante de la charte d'encadrement.

- ***Le maître de stage***

---

<sup>20</sup> *Projet professionnel de l'étudiant qui servirait de référentiel de compétences*

Il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage. Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier et veille à l'établissement d'un livret d'accueil spécifique ainsi qu'à la diffusion et à l'application de la charte d'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit. Il accueille l'ensemble des étudiants affectés à sa zone d'exercice.

- ***Le tuteur de stage***

Les missions spécifiques du tuteur sont décrites dans le livret d'accueil. Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et ses missions.

Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur accueil ou de séquences de travail. Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées. Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation, etc.). Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage. La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel. Le tableau 10 ci-dessous illustre l'organisation et la gestion des cours théoriques et le stage des différentes sections.

Tableau n° 10: Organisation des cours et stages

<b>Organisation des cours théoriques et des stages pratiques : Cycle de 2 ans (ATS, ISO)</b>			
Année	Cours théoriques	Travaux dirigés	Stages
1 <sup>ère</sup> année	30%	40%	30%
2 <sup>ème</sup> année	20%	20%	60%
<b>Cycle de 3ans (IDE, SFDE, THO, TSL, TSAR...)</b>			
Année	Cours théorique	Travaux dirigés	Stages
1 <sup>ère</sup> année	40%	30%	30%
2 <sup>ème</sup> année	30%	20%	50%
3 <sup>ème</sup> année	20%	10%	70%

- **Les professionnels de proximité**

Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc. Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression. Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes. Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé. Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

## 1.7. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les axes stratégiques de la formation des agents socio sanitaires devraient renforcer la formation par la recherche en vue de promouvoir la production de ressources humaines ayant les capacités et les compétences voulues pour la réalisation des priorités en matière de la recherche en santé : la création d'un cadre institutionnel approprié, le renforcement des programmes de formation par la recherche scientifique qui prendrait en compte les volets théoriques de modèles de santé, le développement de filières spécialisées dans les écoles, le développement également d'un partenariat avec d'autres institutions étrangères, etc.

Les institutions de formation ont la responsabilité de fournir du personnel compétent et professionnalisé. Pour y parvenir, un cadre institutionnel adapté doit leur être attribué permettant d'une part de garder une crédibilité auprès des populations et des décideurs, et d'autre part de disposer d'une autonomie de décision à l'abri de toutes influences pouvant

altérer la qualité de la formation. D'où la nécessité de mettre en place un moyen efficace et fort de gestion de la formation et de créer un cadre de référence pour la promotion des écoles de formation initiale. Des interventions prioritaires sont nécessaires.

Les interventions prioritaires telles que la transformation de la division actuelle de la formation en Direction Centrale et Technique de Formation (DCTF) vise à la doter de deux éléments essentiels :

- Un pouvoir de décision pour mieux intervenir dans l'organisation et le contrôle de la formation des ressources humaines de santé ;
- Des ressources financières et humaines nécessaires pour assurer les fonctions de suivi et de contrôle de l'activité des institutions de formation.

Cette direction mettra en place un certain nombre de service :

- Une division chargée des examens et concours ;
- Une division chargée de la formation initiale par un diplôme ;
- Une division chargée de la formation continue du personnel;
- Une division chargée de la gestion d'attribution des bourses d'études.

La division chargée de la formation initiale s'occupera également des aspects pédagogiques, de révision des programmes de formation et du contrôle de l'application des normes dans les écoles de formation initiale. Chaque division sera dotée d'un personnel minimum et de la logistiques et financiers pour assurer sa mission.

La définition d'un cahier des charges pour les écoles de formation initiale doit définir les conditions minimales pour l'accréditation d'une école de formation initiale. Ces conditions sont relatives aux locaux, aux capacités pédagogiques, aux conditions de recrutement et d'évaluation, aux conditions de certification. Le cahier des charges déterminera également les instances d'administration et de pilotage à mettre en place dans chaque école de formation. Dans ce cahier des charges, il va y avoir également, la dotation d'une autonomie de gestion des ressources aux écoles publiques. Cette autonomie de gestion aura deux objectifs :

- Permettre une fluidité de gestion administrative cohérente;
- Responsabiliser et impliquer davantage les directeurs des écoles sur la qualité de la formation.

Chaque école sera administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur qui exécutera les délibérations du conseil d'administration. Les instances de pilotage seront les mêmes que celles définies dans le cahier des charges.



Le renforcement des programmes de formation doivent répondre aux besoins de compétences du pays. Ces programmes doivent permettre aux lauréats sortis des écoles d'exécuter avec le PMA et le PCA en cours d'emploi ainsi que des activités d'administration des services de santé. Aussi, est-il important de doter les écoles de formation de programmes adaptés aux besoins réels des apprenants en cours de formation en tenant compte du volet de la conception de l'être humain malade ou bien portant dans les deux modèles de santé (biomédical et bio-psycho-social ou global) par la recherche. Ces programmes doivent en fait, être enseignés aux élèves en cours de formation par les enseignants qualifiés leur permettant d'analyser les situations des pratiques professionnelles en vue d'engager le processus de production scientifique.

La définition du type de professionnel à former induira les profils définis pour les différentes filières de formation et doit avoir un contenu qui répond aux besoins réels du pays. Dans la dénomination « Infirmier diplômé d'Etat » que peut-on avoir? Cette définition est importante pour le Ministère de la santé publique qui pourra s'assurer qu'en affectant un IDE à tel poste, voilà ce que qu'on attend de lui.

Un aspect important à prendre en compte dans cette réflexion est comment intégrer les référentiels de compétences données dans la formation initiale des agents socio-sanitaires (médecins généralistes dans le programme de formation de la FSSH, les paramédicaux dans le programme de formation des IDE, SFDE, etc. dans le programme des écoles régionales de formation en santé). Tout médecin lauréat de la FSSH devra par exemple être capable de faire de la chirurgie essentielle (notamment la prise en charge des urgences obstétricales), mener des recherches en vue de faire des communications lors des colloques et bien d'autres rencontres scientifiques internationales.

En ce qui concerne la révision des programmes de formation, la Politique Nationale de Formation des Ressources Humaines (2010-2015), va définir des priorités en matière des compétences et des prestations à acquérir. Il s'agirait d'adapter les programmes de formation actuels qui datent de plusieurs années à ces nouvelles priorités qui visent la résolution des problèmes prioritaires de formation du pays. Ces programmes doivent en outre intégrer l'apprentissage axé sur la compétence (c'est-à-dire amener l'apprenant à être capable d'utiliser efficacement son savoir, son savoir-faire et son savoir-être dans un contexte de travail) et l'éthique professionnelle qui permettrait à l'activation du processus de production de type de mémoires professionnels et scientifiques.

Pour ce qui est du renforcement des capacités des sites de stage où se déroule la formation clinique et pratique, ceux-ci doivent disposer de toutes les conditions aux normes internationales pour assurer un bon apprentissage pratique en clinique. Chaque site devrait avoir suffisamment de ressources humaines compétentes pour couvrir toutes les activités prévues selon le niveau (PMA et PCA). L'équipe de santé sera briefée sur la conduite de l'encadrement pratique en fonction des objectifs de stage. Ces sites seront des centres d'excellence délivrant des prestations de qualité.

### **1.7.1. La formation des Enseignants**

Il n'y a pas de bons lauréats sans bons enseignants. Les enseignants constituent la pierre angulaire du travail d'une école de formation initiale. C'est pourquoi, avoir de bons enseignants est une condition fondamentale dans la transmission du savoir savant. Il s'agira de créer des conditions de formation des enseignants pour les écoles de formation initiale et d'assurer la formation continue des enseignants en cours d'exercice. Pour cela, il s'agira d'intervenir prioritairement d'ouvrir dans une des écoles une filière qui assurera la formation de professionnels désireux de s'engager la carrière enseignante. Cette formation mettra l'accent sur la psychopédagogie et l'enseignement par la recherche et à l'enseignement des modèles de santé. Le recrutement des candidats pourra se faire parmi les professionnels déjà en activité. A leur sortie, ces enseignants assureront les enseignements théoriques et pratiques pour pouvoir inciter les apprenants à une bonne manière, mais aussi l'encadrement sur le terrain de stage.

La formation continue des enseignants, elle concernerait les enseignants en exercice ainsi que les vacataires. Des mises à jour périodiques sont nécessaires pour maintenir la qualité de l'enseignement. En ce qui concerne les vacataires, la Politique Nationale de Formation (2010-2015) propose qu'elle ne « devra à termes être pris comme tel que toute personne qui a suivi un stage de formation pédagogique ». En ce sens ces stages pourront être organisés par l'école qui assure la formation des enseignants avec l'appui de la cellule pédagogique de la direction centrale de la formation.

### **1.7.2. La revitalisation des moyens de recrutement et de certification**

Le développement rapide de l'enseignement privé dans le pays nécessite une prise en main de ce développement rapide et vision commerciale de cet enseignement par l'Etat des moyens de recrutement et de certification des lauréats pour d'une part, tirer le plus possible parti des investissements privés et d'autre part, assurer la qualité de l'enseignement. L'intervention de

l'Etat est nécessaire pour établir les normes, garantir la sécurité des patients et assurer le maintien de la qualité de la formation par la communication, l'information, par les mesures d'incitation financière et par le contrôle du respect de la réglementation. Il s'agit d'avoir de bonnes institutions de formation qui intègrent l'éthique dans la dimension de la perception de l'être malade et dans leur mode de fonctionnement.

La fixation par voie réglementaire du niveau d'études de base requis dans les écoles de formation initiale, le niveau de recrutement requis devra être attesté par un document authentique qui prouve que le candidat a effectivement ce niveau. Ce document sera une des pièces essentielles du dossier de candidature au recrutement des enseignants.

L'organisation au niveau national des divers concours de recrutement pour toutes les écoles de formation, l'accès devra être conditionnée par la participation à un concours organisé au plan national. Chaque candidat déterminera au moment du dépôt de son dossier de candidature, l'école pour laquelle il composera. Les épreuves seront de fait les mêmes pour une même filière. Les corrections des copies qui seront rendues anonymes, seront encadrées par des jurys indépendants qui proclameront en toute indépendance les résultats et les rendront publics par voie d'affichage et par communiqué radiodiffusé.

Au regard de ce qui se passe ailleurs par exemple en France, « pour être admis à effectuer les études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection. Des épreuves de sélection sont organisées par chaque institut de formation en soins infirmiers autorisé pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier » (BO n° 2009/7 du 15 août 2009, 247).

Les instituts de formation qui le souhaitent ont la faculté de se regrouper en vue d'organiser en commun les épreuves. Ils doivent, après accord du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, informer les candidats au moment de leur inscription du nombre de places offertes par institut. Ce nombre est déterminé selon les conditions prévues par l'article L. 4383-2 du code de la santé publique. Peuvent se présenter aux épreuves de sélection :

« Les titulaires du baccalauréat français, les titulaires de l'un des titres énoncés par l'arrêté du 25 août 1969 modifié susvisé, ou d'un titre admis en dispense du baccalauréat français en application du décret n° 81-1221 du 31 décembre 1981 susvisé, (...) les candidats de classe terminale ; leur admission est alors subordonnée à l'obtention du baccalauréat français. Ils doivent adresser une attestation de succès au baccalauréat à la direction de l'institut de formation en soins infirmiers où ils se présentent dans les délais requis par l'institut » (BO Santé n° 2009/7 du 15 août 2009, P.252).

L'organisation au niveau national des critères d'obtention de diplôme, de la formation qui est axée sur la compétence devrait être évaluée par des méthodes appropriées. L'une des méthodes

d'évaluation est l'évaluation authentique qui met l'étudiant en situation réelle et l'amène à utiliser les trois dimensions de l'apprentissage pour résoudre un problème complexe. Cette évaluation se fait sur le terrain. Les candidats tirent au sort les épreuves et se rendent sur le site pour l'exécution.

Afin de minimiser les fraudes, l'évaluation sera faite par des enseignants permanents, des vacataires et des représentants du Ministère de la santé publique ; les candidats seront tirés au sort juste avant l'évaluation. Cette évaluation sera organisée au niveau national pour tous les candidats. Prendront part à cette évaluation les étudiants ayant eu la moyenne requise (fixée par le règlement intérieur) lors des évaluations habituelles (évaluation formative lors des cours théoriques et stages). Les candidats qui seront déclarés admis à cette épreuve se verront délivrées un diplôme national, quel que soit leur école d'origine.

Le renforcement des capacités d'accueil des écoles y compris la Faculté des Sciences de la Santé relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur de Recherche Scientifique, mais les médecins formés sont utilisés par le Ministère de la Santé Publique. La FSSH contribue efficacement à résoudre les problèmes d'insuffisance en ressources humaines du Ministère de la Santé Publique. D'où l'impérieuse nécessité de renforcer les capacités de cette institution de formation en la dotant d'un cadre adéquat pour son expansion et en soutenant la formation des cadres enseignants universitaires à l'extérieure. Une collaboration entre les deux Ministères pourra accélérer la création des conditions de développement de cette faculté. Un partenariat avec d'autres universités permettra également de combler la lacune dans la formation des enseignants universitaires. Au niveau des écoles de formation des paramédicaux, les capacités actuelles desdites écoles ne permettront pas de répondre aux besoins planifiés pour les années à venir.

### **1.7.3. La construction et équipement de locaux propres pour la FSSH**

La Faculté des Sciences de la Santé Humaine ne pourrait pas seulement limiter sa production au niveau de la formation des médecins généralistes. Pour son développement harmonieux, la FSSH doit disposer des locaux appropriés comme c'est le cas, pour la formation d'autres corps de métiers. Sa vocation de former d'autres profils que des médecins généralistes est éminemment souhaitable maintenant. Il convient en effet d'envisager l'ouverture d'une section pharmacie et d'une section odontostomatologie. Par ailleurs, la FSSH devra à long terme pouvoir former sur place des médecins spécialistes dont le pays a besoin, réduisant ainsi les coûts de formation de ce type de personnel qui se fait actuellement à l'extérieur du pays.

La formation d'enseignants universitaires selon les critères du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) parmi les médecins spécialistes, ces enseignants devront bénéficier d'un soutien pour la carrière universitaire dans le domaine notamment de la recherche. En conséquence de quoi, leur promotion devra se faire uniquement sur la base d'une inscription préalable sur la liste d'aptitude du CAMES ou après admission au concours d'agrégation. Ce n'est que par cette voie que le pays sera résolument engagé dans le système sous régional de l'enseignement supérieur garantissant ainsi la qualité des formations dispensées dans les facultés de médecine.

Les formateurs régionaux ont la charge d'assurer dans l'espace de responsabilité de chaque région la formation du personnel de santé. Ces formateurs devraient d'une part bénéficier d'une formation pédagogique, mais également des recyclages périodiques pour les mettre à niveau sur les activités des divers programmes. Pendant encore quelques années, le pays devra former certains spécialistes à l'étranger. Ces formations coûtent chères et il faut continuer à mobiliser des ressources pour cette fin.

Le développement d'un partenariat national est essentiel aussi bien pour des écoles de formation initiale au niveau local que pour les formations spécialisées à l'extérieur du pays. Il est également important pour la formation des enseignants. Dans le contexte actuel de ressources rares et d'accroissement des besoins, l'Etat ne peut à lui seul faire face à tous les problèmes. C'est pourquoi, dans un cadre partenarial, l'Etat doit encourager l'investissement privé dans le secteur de la formation.

Ce partenariat sera conçu comme une association du secteur public et du secteur privé pour couvrir les besoins de formation. Le secteur public apporte un appui technique et éventuellement financier au secteur privé pour la mise en place de conditions adéquates de formation. En retour, le secteur privé respectera le cahier de charges défini par les autorités publiques pour garantir la qualité de la formation.

La création d'un cadre permanent de concertation public-privé et de tous autres secteurs concernés s'avèrerait nécessaire. Il s'agit de mettre en place un cadre de concertation entre les écoles publiques, les écoles privées et les services publics de régulation de la formation initiale (direction centrale de la formation), ce cadre de concertation pourra être institutionnalisé.

Le développement d'un partenariat international doit être soutenu. Il s'agit là d'encourager et de soutenir le développement de relations avec d'autres institutions à l'étranger dans le but de

partager les expériences, des enseignements, des étudiants et d'autres ressources. Le partenariat sera orienté aussi vers d'autres institutions qui s'intéressent à la formation par la recherche des ressources humaines de santé pour des appuis professionnelles et académiques.

Dans ce domaine, on pourra cibler les intervenants et les organismes habituels qui ont des accords de coopération avec le pays, avec les universités et le CAMES dans le cadre de l'homologation des grades universitaires pour une meilleure prise en compte du académique.

Aussi, l'apprentissage de l'enseignement de différents concepts de l'histoire de la profession soignante qui vont être tour à tour développés dans les chapitres qui suivront.

## **1.8. HISTOIRES ET ORIGINES DE LA PROFESSION**

L'Histoire de la profession soignante (infirmière) est liée à l'avènement du rôle propre infirmier (ou rôle autonome). Elle est en lien avec l'évolution de la profession infirmière au cours du temps. De la création de la première école d'infirmières en Angleterre par Florence Nightingale, avec la formation du Nightingale Pleige en 1893 (comité validant une formation nationale commune aux États-Unis d'Amérique), puis par la création en 1909, (site internet), du département Soins infirmiers à la Croix Rouge, la profession s'est recentrée autour d'une définition unique du métier d'infirmier.

Cette définition reconnue et adoptée peu à peu par la communauté médicale internationale, a contribué à en asseoir un rôle à la fois plus précis et plus autonome : « le médecin se préoccupait de la maladie de la personne, alors que l'infirmière formée par ses pairs s'occupait du quotidien du malade ».

L'histoire et l'évolution de la place de la femme dans les sciences a également permis de faire prendre plus d'autonomie intellectuelle à une profession largement féminine tout en brisant un carcan patriarcal, en basant des relations de travail sur une approche rationnelle au travers d'un savoir scientifique partagé, à la fois sur l'Homme malade mais aussi l'Homme sain.

Dans la poursuite de l'œuvre « Note of Nursing » de 1860 par Florence Nightingale, (site internet) et dès le début du XXe siècle, de nombreuses théories de soins infirmiers sont publiées par des théoriciennes en soins infirmiers et ont permis d'affiner encore davantage un rôle infirmier dévolu à l'accompagnement quotidien des personnes. C'est sur ce terrain, après la mise en place d'un Diplôme d'État d'infirmier en 1938, qu'en 1978 une loi reconnaît en France un rôle propre à l'infirmière.

Toutefois, au Québec la Loi 90 permet aux infirmiers un rôle élargi (infirmières praticiennes) de prescrire des médicaments, des tests diagnostiques invasifs et des traitements appropriés à la condition de la personne suite à son anamnèse. Les infirmières praticiennes suivent un cheminement universitaire spécialisé au niveau d'une maîtrise (master). Cette même Loi 90 permet aux infirmières (techniciennes, bachelières, maîtres et docteurs) entre autres d'évaluer la santé mentale et physique, de planifier des soins infirmiers de façon autonome.

Eu égard à ce qui précède qu'est-ce qui a été fait pour la profession infirmière, dans les pays d'Afrique? Comment le législateur a-t-il légiféré le rôle de l'infirmier ? Aujourd'hui, le goût du gain facile, le favoritisme, la géopolitique se partagent l'espace de santé au mépris de bon règlement. La bonne organisation, la bonne préparation des cadres de santé dès la formation initiale, une professionnalisation par la recherche permettront de promouvoir et pérenniser cette noble tâche qui est la fonction infirmière. En ce qui concerne, les spécificités du rôle professionnel, nous n'avons pris l'exemple que sur deux pays, la France et le Québec pour illustrer le rôle dévolu à l'infirmier que l'on peut lire en (annexe 6, P. 92-95).

### **1.8.1. Définition des soins infirmiers**



*Image 1: « illustrant une infirmière (Anne Bell) s'occupant de deux soldats blessés lors de la guerre civile américaine ».*

Les soins infirmiers sont définis au sens large du terme comme « une attention, une application envers quelqu'un ou quelque chose », l'exemple d'Anne Bell, sur la photo ci-dessus. Le mot soin prend alors le sens de « moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade »<sup>21</sup>. Tels que définis par le Conseil international des infirmières, (Ibid.) « les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou bien-portants quel que soit le cadre ». Ils se focalisent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades,

---

<sup>21</sup>Lire infirmière, infirmier.com, site internet consulté, mars 2013

handicapées et mourantes. Ils englobent également la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation à la santé. Les soins infirmiers sont traditionnellement dispensés par les infirmiers et infirmières.

### **1.8.2. L'histoire de la profession soignante et ancrage disciplinaire**

L'histoire de la profession soignante montre comment la discipline infirmière s'est forgée au cours du temps, souvent de façon empirique, autour de la religion ou d'étapes maîtresses comme les guerres, les besoins évolutifs de la société en matière de santé, de soins de santé mais encore autour de réflexions humanistes, de la prise en compte des besoins sociaux et de l'étude de la psychosociologie.

La profession d'infirmière et les soins infirmiers, selon le (Dictionnaire Larousse, édition 2006) ont évolué avec l'histoire de la médecine et la philosophie des sciences. L'évolution de la profession, largement féminisée au cours des époques, est concomitante du mouvement féministe et de l'histoire des femmes dans le domaine des sciences.

Au Moyen Age pour s'occuper des lépreux, on mettait d'office à contribution des prostituées et divers (pseudos) soignants. Depuis le Vème siècle, les évêques favorisent la création des maisons de malades, de vieillards. Les ordres religieux organisèrent la profession à partir du XIIIe siècle, selon des critères en lien avec la charité et l'amour de Dieu : le soin est alors bénévole, et n'a qu'une valeur culturelle. Celle qui le pratique est prise en charge par la structure religieuse, par exemple les religieuses de l'Hôtel Dieu, les nobles soignant dans les fondations hospitalières, certains frères et sœurs se déplacent à domicile.

Le mouvement de laïcisation amorcé en 1878 voit la disparition progressive des religieuses dans les hôpitaux où elles n'occupent généralement plus que les postes d'encadrement. Il faudra attendre l'émergence d'infirmières et d'infirmiers laïques et la Première Guerre mondiale pour que se mette définitivement en place un nouveau groupe social.

En France, le président du Conseil Émile Combes fait publier en 1902 un décret obligeant les préfets à créer des écoles d'infirmières laïques. Désiré-Magloire Bournonville contribue à la professionnalisation du métier et n'appelle plus son « personnel servant ou domestique » mais « infirmiers ou infirmières ». Il préconise de recruter des personnes issues des classes



populaires alors que Florence Nightingale souhaite que la profession ait le même niveau d'étude que les médecins<sup>22</sup>.

Jusqu'au début des années 1960, le recrutement s'effectue par des catégories très diverses qui sont antagonistes : infirmières croix rouge, religieuses, infirmières diplômées d'écoles. Après mai 1968, la profession se libérera des concepts d'obéissance, de soumission et de charité. Depuis la fin de la formation spécifique d'infirmier en psychiatrie en 1992, il n'existe en France qu'un seul diplôme d'infirmier : le diplôme d'État d'infirmier. L'art infirmier ou l'art de soigner a été décrit de différentes façons dans les cultures populaires. Dans le souci de mieux connaître la profession infirmière que nous avons voulu faire savoir nos lecteurs dans ce travail de thèse, les différentes étapes de la pratique professionnelle évolutive des soins dans le temps.

- *La notion d'empathie (« prendre-soin » de l'autre)*

Au Moyen-âge, la vocation de « prendre soin de son prochain » se trouve étroitement liée à l'idéologie de la religion et de l'Église. Les soignants adoptent des consignes similaires à celles de la religion du Christ (**Jésus de Nazareth**, Wikipédia : internet, consulté avril 2013) : accueil des humbles, miséricorde envers les affligés, puis par la suite, l'idéal de pauvreté s'ajoute à celui de la charité.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, le soin apporté n'est pas encore un soin médical mais davantage une assistance aux indigents, aux passants et mendiants. Les grandes épidémies et les temps de guerre du Moyen-âge ont influencé l'organisation du soin aux personnes malades au sein de congrégations religieuses (notamment l'Ordre de Saint Jean de Jérusalem) qui fonderont les premières infirmeries dans lesquelles le soin a la vocation de « secourir et soigner ».



*Image 2: illustrant « une Sœur Hospitalière « bleue » des Hospices de Beaune affairée à préparer un lit ».*

---

<sup>22</sup> Définition par le Conseil international des infirmières - consultation mars 2013

Parallèlement, les hôpitaux ont évolué suite au développement des villes : de nouvelles formes d'assistance se développent, notamment dès le VII<sup>e</sup> siècle au sein des Hôtel-Dieu. Ces structures commencent à restreindre leurs entrées au profit des malades curables se spécialisant en hospices où les (soins aux infirmes) s'organisent au travers de la hiérarchie religieuse et sont dispensés par les Sœurs hospitalières. Le soin aux infirmes prend alors racine dans l'application de techniques et de connaissances médicales et chirurgicales qui vont se développer.

Dans la culture anglophone, un des plus vieux sens du mot Anglais « nursing », retrouvé au XIV<sup>e</sup> siècle évoque également une « femme employée à allaiter et à prendre soin des jeunes enfants », explique le (Dictionnaire des soins infirmiers, 2005, p. 603-604), « nurse » signifiant d'ailleurs « nourrice ». À partir de la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle sous l'influence de Florence Nightingale, le terme nurse désigne, dans les Pays anglo-saxons, une infirmière. Le terme nursing désignant les soins exercés par une nurse, c'est-à-dire : les soins infirmiers.

Au XV<sup>e</sup> siècle, se développe l'idée de s'occuper ou d'informer quelqu'un d'autre, mais pas seulement des enfants, (WK soins infirmiers, consulté le 7 avril 2013). La philosophie des soins infirmiers modernes s'est développée dans ce dernier sens, l'idée de nourrir faisant référence à la plus large notion d'assistance aux personnes et à la promotion d'une qualité de vie.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle apparaît la notion de « gouverner les malades » avec le premier ouvrage destiné à donner des instructions à toutes les personnes charitables qui donnent des soins à leurs semblables : les mères, les filles, les sœurs, les curés de campagne, les châtelaines<sup>23</sup>. Avant lui, au cours du siècle précédent, Saint Vincent de Paul, Louise de Marillac instruisirent des femmes pour donner des soins à domicile et porter assistance spirituelle aux malades dans les Confréries de la Charité. En 1785, Colombier et Doublet publient un rapport intitulé : « instruction sur la manière de gouverner les insensés et travailler à leur guérison dans les acyles qui leur sont destinés ». En 1786, Joseph Carrère, médecin ordinaire du roi publie à son tour un manifeste en faveur de l'instruction des gardes-malades, non plus pour gouverner mais pour servir les malades. Jean Baptiste Poussin, gouverneur des fous et folles de Bicêtre, va concevoir l'idée d'une relation plus humaine pour tous ces malheureux. Quelques années plus tard, en 1795, avec le célèbre aliéniste Philippe Pinel, ils vont libérer les aliénés de leurs chaînes. Après la Révolution, des hommes de bien notamment Condorcet et l'Abbé Grégoire

---

<sup>23</sup> SERAIN, Pierre Eutrope, Amsterdam, 1775

vont également militer en faveur de l'instruction des personnes qui soignent et des soins qu'elles prodiguent<sup>24</sup>, toujours à l'image de Florence Nightingale avec une vision sacerdotale du soin.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, avant l'établissement des soins infirmiers modernes, les nonnes et les militaires prodiguaient une forme de soin infirmier<sup>25</sup>. Les origines religieuses et militaires des soins infirmiers modernes restent flagrantes dans beaucoup de pays. Par exemple, en Grande-Bretagne, les infirmières confirmées sont appelées « Sœurs » (« *Sisters* »).

- ***Les éclairages sur un héritage qui perdure***

A l'époque de la guerre, il n'existe pour ainsi dire pas de formation officielle en soins infirmiers. Aussi Florence Nightingale est-elle en quelque sorte une autodidacte. C'est donc sur la base de connaissances empiriques qu'elle s'impose non seulement comme infirmière qui force le respect, mais également en tant que l'une des premières spécialistes en hygiène et santé publique. Rares sont les personnes qui ont eu retentissement aussi important dans le monde des soins infirmiers que Florence Nightingale.

Née en 1820, elle fait rapidement figure de pionnière dans son domaine et acquiert une renommée légendaire de son vivant, grâce à sa contribution inestimable à la profession d'infirmière et aux soins de santé en général.

De la même manière que l'idée visionnaire de créer ce qui deviendra le mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est venue à Henry Dunant sur le champ de bataille de Solferino, en Italie, la vocation de Florence Nightingale de réformer les soins de santé est ancrée dans les expériences qu'elle a vécues pendant la guerre de Crimée (1854-1856). D'ailleurs, Henry Dunant lui-même reconnaît que les idées qui l'ont amené à fonder la Croix-Rouge ont été influencées par l'œuvre de Florence Nightingale.

Le jour où, avec 40 autres infirmières, elle se porte volontaire pour soigner les soldats blessés entassés dans un hôpital de la banlieue stambouliote de Scutari, elle se trouve confrontée à une situation épouvantable : saleté, surpopulation, rats, manque de nourriture et de vêtement, et pénurie de personnel médical, de matériel et de médicaments. En outre, elle doit d'entrée faire face à l'animosité de médecins qui voient en elle une intruse. Forte de son extraordinaire don de l'organisation, de son esprit d'entreprise et d'une détermination inébranlable, elle

---

<sup>24</sup> Sous la direction de René Magnon « Les figures marquantes des soins infirmiers » La Revue de l'Infirmière no 134,135, 2007 - 137,138, 2008.

<sup>25</sup> Histoire de la guerre de Crimée archive consulté, avril 2013)

parvient cependant à améliorer le fonctionnement de l'hôpital et à faire accepter la présence de ses consœurs infirmières.

La nuit, lorsqu'elle n'est pas occupée à écrire des lettres pour les soldats à leurs familles, elle déambule dans les chambres, une torche à la main, et apporte réconfort à ses patients ; ce qui lui vaut le surnom de « dame à la lampe », nous le verrons un peu plus loin. De retour en Angleterre, Florence Nightingale travaillant pour l'armée va changer l'agencement des hôpitaux, développer le secteur de la médecine préventive sans relâche et faire progresser les causes qui lui sont chères : réorganiser les services médicaux et veiller à ce que les infirmières puissent prétendre à un statut plus privilégié et à une meilleure formation. Mettant à profit ce qu'elle a appris pendant la guerre de Crimée, elle écrit un livre intitulé « Notes on Nursing ». Elle y explique en détail comment créer des conditions favorisant le bien-être et la guérison des patients, et y donne une série de conseils pratiques qui vont à contre-courant des convictions de l'époque. Son sens pratique solide, allié à une lucidité étonnante, est l'une des caractéristiques de l'approche qui est la sienne, et qui, aujourd'hui encore, en dépit de tous les progrès intervenus depuis dans les domaines de la science médicale et des soins de santé, a toujours tout son sens.

En ce sens l'exemple de Florence Nightingale a inspiré et continue d'inspirer d'innombrables infirmières et infirmiers dans le monde entier. En 1912, une médaille a été créée en son honneur pour récompenser le mérite de membres du personnel infirmier qui se distinguent par les soins exceptionnels qu'ils prodiguent à des malades ou à des blessés dans des situations de conflit ou de catastrophe naturelle.

- *Les définitions institutionnelles par l'OMS de la lampe à l'image de Florence Nightingale*



*Image 3 : « illustration de la lampe à huile utilisée en milieu de soin professionnel à l'image de Nightingale »*

Une lampe à huile par définition originelle est une lampe dont le combustible est de la graisse animale, de l'huile végétale, de l'huile de baleine ou encore de l'huile minérale. Symbole des soins infirmiers dans plusieurs pays, en référence au surnom donné à Florence Nightingale : « The Lady with the Lamp ». La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel (motivation) physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent, « la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé<sup>26</sup>. »

- ***La définition par les pionniers des soins de santé***

Des premiers fondements théoriques établis par Florence Nightingale en 1859, aux définitions élaborées par les leaders en soins infirmiers contemporains, les soins infirmiers se sont définis comme une pratique à part entière, une science mais également un art moral. Florence Nightingale précise dans son ouvrage de référence<sup>27</sup> que « les Soins infirmiers doivent faire en sorte de mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature ». En 1933, Effie J. Taylor propose la définition suivante de la nature des soins infirmiers<sup>28</sup> : « L'adaptation de la thérapeutique prescrite et du traitement préventif aux besoins physiques et psychiques spécifiques de la personne », et complète cette définition en apportant la nuance que « le sens profond des soins infirmiers ne peut être connu qu'à travers les idéaux, l'amour, la sympathie, le savoir et la culture exprimée par la pratique de méthodes et de relations propres à l'art de soigner. »

---

<sup>26</sup>Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002, à propos des missions des Soins infirmiers (en) The Nursing and Midwifery programme at. WHO

<sup>27</sup>a, b et c in Notes on nursing, NIGHTINGALE, Florence, cf. bibliographie

<sup>28</sup> Effie J. Taylor « Of What is the Nature of Nursing » American Journal of Nursing 34:476, mai 1934

En 1960, Virginia Henderson décrit<sup>29</sup> comme il a été évoqué dans les chapitres précédents, les soins infirmiers comme une réponse aux besoins fondamentaux de chaque individu. Est entendue par besoin fondamental, la nécessité vitale propre à tout être humain sain ou malade.

Dans les années 1990, Jean Watson et Martha Rogers conceptualisent les soins infirmiers comme une science faisant appel au savoir disciplinaire (connaissances scientifiques) propre aux infirmières, mais également un art puisque le soin touche également aux savoirs esthétiques aussi bien qu'éthiques<sup>30</sup>: « l'art infirmier est en fait l'utilisation créatrice de la science infirmière qui est en pleine croissance », définition par les collectifs d'infirmiers et d'infirmières chercheurs.

Les soins infirmiers représentent, selon le (Dictionnaire des soins infirmiers, 2005) un ensemble de connaissances, de compétences professionnelles et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier. On distingue généralement les soins infirmiers liés aux fonctions de continuité et d'entretien de la vie (Marie-Françoise Collière, n° 143, p. 14) dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, le « care », et les soins curatifs ou de réparation, le « cure ».



*Image 4: photo illustrant « Florence Nightingale (1820-1910), considérée comme pionnière des soins infirmiers ».*

Les infirmières ont connu des difficultés face à la hiérarchie médicale laissant en héritage la vision que l'action principale d'une infirmière est d'exécuter les directives du médecin d'après

---

<sup>29</sup> Définition par le Conseil international des infirmières - consultation internet, avril 2013

<sup>30</sup> in Postmodern Nursing and Beyond, WATSON, Jean, Ed. Churchill Livingstone, 1999

(Mark Raddiffe, 2000, n° 1085). Cette tendance a été contrecarrée par Florence Nightingale dans son ouvrage de référence<sup>31</sup> dans lequel les médecins sont relativement peu mentionnés ou souvent sur un ton de critique : « Pas un homme, y compris un docteur, ne donne jamais une autre définition de ce que devrait être une infirmière, dévouée et obéissante »<sup>32</sup>, et « en particulier le pouvoir et l'influence de la « blouse blanche »<sup>33</sup>. Infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes, Florence Nightingale fut une légende de son vivant, mais les années de la Guerre de Crimée qui la rendirent célèbre ne durèrent que deux ans sur une vie de quatre-vingt-dix ans consacrée en grande partie à faire campagne en vue de l'adoption et du développement de programmes de formation des infirmières. Elle a ainsi ouvert une nouvelle profession aux femmes.

Les années de jeunesse de Florence Nightingale, comme nous l'avons évoqué ci-haut elle est née le 12 mai 1820 dans la Villa Colombia à Florence (Italie). Deuxième de la famille, elle est baptisée du nom de sa ville de naissance (tradition inhabituelle à l'époque). Ses parents, William Edward et Frances Nightingale étaient un couple riche, qui voyagea en Europe pendant deux ans durant leur voyage de noce. Pendant leur voyage, leur première fille Parthénope, était née à Naples (Parthénope étant le nom grec de l'ancienne ville), suivi un an plus tard de la naissance de Florence. A leur retour en Angleterre, en 1838, la famille Nightingale partage son temps dans deux maisons, en été où ils vivent à Léa Hurst à Derbyshire, et en hiver à Wembley dans le Hampshire. Léa Hurst est maintenant une maison de retraite et Wembley est une école. Ce fut un appel de Dieu pour la fonction de Florence, c'est ce que nous raconte l'histoire. Parthénope et Florence reçurent, à la maison, l'enseignement de leur père, lui-même diplômé de l'université de Cambridge. Florence était une enfant studieuse, elle suit des cours de mathématiques, alors que sa sœur excellait à la peinture et à la couture. Florence a grandi pour une jeune femme vive et attirante, admirée dans le cercle social de la famille et on pouvait prévoir qu'elle ferait un bon mariage, mais Florence a eu d'autres soucis.

En 1837, tandis que dans les jardins de Wembley, Florence avait ce qu'elle a décrit comme un (appel), elle entendit la voix de Dieu l'appeler pour effectuer son travail, mais à ce moment elle n'avait aucune idée ce que serait ce travail. La misère des années 40 lui fait entrevoir sa vocation. Les années de lutte et la visite à Kaiserswerth, Florence manifesta un réel intérêt

---

<sup>31</sup> in Notes « nursing », NIGHTINGALE, Florence, cf. bibliographie

<sup>32</sup> Traduction libre de « No man, not even a doctor, ever gives any other definition of what a nurse should be than this — 'devoted and obedient'. This definition would do just as well for a porter. It might even do for a horse. It would not do for a policeman. », NIGHTINGALE, 1860

<sup>33</sup> Republication de Notes on Nursing sur Wiki Source

pour les questions sociales du jour, et décide de s'investir dans le soin des malades, contre toute attente de sa famille. Elle fit des visites aux maisons de malade dans les villages locaux et commença à étudier à propos des hôpitaux et des soins. Ses parents refusèrent de lui permettre de devenir infirmière car au milieu du dix-neuvième siècle on ne considérait pas cette profession appropriée pour une femme instruite. A cette époque-là, le soin des malades dans les hôpitaux était l'apanage des femmes pauvres et sans instruction, pour ne pas dire des ivrognesses et des femmes de mauvaise vie. Alors que les conflits familiaux au sujet du futur de Florence restaient sans solution, il fut décidé que Florence voyagerait en Europe avec des amis de famille, Charles et Selina Bracebridge. Ils voyagèrent tous les trois en Italie, en Egypte et en Grèce, retournant en juillet 1850 par l'Allemagne où ils rendirent visite au pasteur Theodore Fliedner de l'hôpital et de l'école pour diaconesses à Kaiserswerth, près de Düsseldorf.

L'année suivante Florence Nightingale retourna à Kaiserswerth et entreprit pendant trois mois une formation de soignante, qui lui permit de répondre, en 1853, à une offre d'emploi comme Surveillante de l' « Establishment for Gentlewomen » pendant leur maladie au numéro 1 de la rue Harley à Londres. Elle compile des statistiques et prouve que le taux de mortalité dans les hôpitaux de Londres est supérieur au taux de mortalité des gens malades mourant à domicile. Florence fait sa marque dans les hôpitaux du front en remplaçant les vieilles cantinières par des femmes disciplinées et sobres.



*Image5: « Photo de Florence Nightingale déambulant avec une lampe la nuit entre les malades, source : internet ».*

Durant la guerre de Crimée en mars 1854, où la Grande Bretagne, la France et la Turquie déclarèrent la guerre à la Russie. Les alliés remportèrent la bataille de l'Alma en septembre,



mais le journal « Le Times » critiqua vivement les soins apportés aux soldats blessés. En conséquence, le ministre de la guerre, Sidney Herbert, qui connaissait Florence Nightingale et son travail professionnel réalisé à Harley Street, la chargea d'organiser l'introduction d'infirmières féminines dans les hôpitaux militaires en Turquie. Le 4 Novembre 1854, Florence Nightingale, accompagnée de 38 autres infirmières, arrivait au (Barack Hospital) à Scutari dans un hôpital militaire des faubourgs du côté asiatique de Constantinople.

Au départ, les médecins refusèrent leur aide. Mais dix jours plus tard un nouveau flot de blessés arrivait de la bataille d'Inkerman, et les infirmières eurent plus qu'à faire pour aider. La (Dame en Chef), comme on appelait Florence, écrivait des lettres de la part des soldats à leur famille, à qui elle envoyait aussi leur solde, et elle organisa des salles de lecture dans les hôpitaux. En retour, elle gagna l'estime de tous les soldats anglais.

Elle devint célèbre sous le nom de « La Dame à la lampe », car c'est ainsi qu'elle visitait les blessés la nuit pour les reconforter. L'introduction de femmes infirmières dans les hôpitaux militaires était un succès. Pour manifester la reconnaissance de la nation à l'égard de Florence, une souscription nationale fut organisée en novembre 1855, qui permit à Florence d'œuvrer à réformer les hôpitaux civils en Grande-Bretagne également.

De retour au pays, lorsque Florence Nightingale revint de la guerre de Crimée en août 1856, soit quatre mois après la signature du Traité de paix au Congrès de Paris, le 30 mars 1856, elle fut accueillie en héroïne et se retira à l'écart de la foule et continua à travailler dans la discrétion. En novembre 1856, elle se contenta de louer une chambre d'hôtel à Londres pour diriger la (Commission Royale pour la Santé de l'Armée) chargée de la campagne d'amélioration de l'état sanitaire dans l'armée britannique. Quand Sidney Herbert en fut nommée Président, elle continua à en être la force d'entraînement dans les coulisses et rédigea le rapport de plus de mille pages de cette dernière incluant des rapports statistiques détaillés.

L'histoire des soins infirmiers s'est souvent établie durant les temps de guerre. Durant ces périodes, ils ont connu un développement significatif grâce à Florence Nightingale, travaillant alors à améliorer la condition des soldats impliqués dans la guerre de Crimée, posa la première pierre des soins infirmiers professionnels avec certains principes qu'elle évoque dans son ouvrage « Notes on nursing » (wiki/soins infirmiers, consulté le 12 avril 2013). D'autres figures phares ont contribué au développement des soins infirmiers modernes comme Linda Richards ou encore Jeanne Mance. En Amérique du Nord et plus particulièrement au Québec, Jeanne Mance est considérée comme une infirmière pionnière puisqu'elle s'est installée à

Montréal afin d'ouvrir un hôpital (Hôtel Dieu) pour y soigner les indigents. Elle est cofondatrice de la ville de Montréal (Ville-Marie en Nouvelle-France).

### **1.8.3 Les soins infirmiers modernes**



*Image 6: illustration des « Infirmières en 1915 - (Peinture de Henri Gervex : L'Ambulance de la Gare de Poitiers) ».*

L'évolution des connaissances professionnelles et des savoir-faire a permis de développer depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle de nouvelles techniques d'exploration ou d'actions infirmières en parallèle de l'histoire de la médecine.

En France, vers 1871, peu de temps après les événements de la Commune de Paris, émergent les premières structures d'enseignement laïc et réglementé pour les soins infirmiers, sous l'impulsion du Docteur Désiré-Magloire Bournonville et d'une ordonnance du 28 octobre 1902 incitant les facultés de médecine à prendre en charge leur enseignement<sup>34</sup>.

Le XX<sup>e</sup> siècle a vu le développement des études au sein de la profession infirmière qui ont servi de base à la diffusion des connaissances. L'apprentissage des connaissances et l'enseignement de la pratique, transmis traditionnellement oralement, se sont structurés sous forme de cours dispensés par des médecins ou des infirmières générales formatrices. C'est en 1922, en France, que les infirmières reçoivent pour la première fois un diplôme d'État, (un diplôme d'État, abrégé DE, est un diplôme français obtenu à l'issue de certaines formations, dans plusieurs branches d'activité. Le diplôme d'État est souvent requis pour l'exercice de professions règlementées, notamment dans le champ de la santé et de l'animation...). Les soins

---

<sup>34</sup> D. Étienne, « Le couple médecin-infirmière, de 1900 à nos jours - Dossier spécial 50 ans », Revue Soins, no 711, décembre 2006 (ISSN 0038-0814

infirmiers d'alors revêtaient encore une vision sacerdotale, l'infirmière centre ses soins sur le malade, en simple exécutante, la science médicale est réservée au médecin.

Durant les temps de guerre (Première, guerre de Crimée et notamment Seconde Guerre mondiale : la Première Guerre mondiale est un conflit militaire qui s'est principalement déroulé en Europe de 1914 à 1918), la pénurie de médecins voit conférer aux infirmières un glissement des actes ordinairement réservés aux praticiens médicaux. Les soins infirmiers appris et réalisés sont alors diversifiés aux actes invasifs et s'élargissent des simples soins de confort ou d'hygiène prodigués aux malades (Encyclopédie de l'Agora).

Dans les années 1960, le mouvement de libération de la femme permet aux infirmières, profession alors quasi-exclusivement féminine, de se libérer du carcan de simples exécutantes derrière l'homme/médecin. Les soins dispensés sont entrepris avec davantage d'autonomie, et s'élargissent vers certains processus de réflexion propre à l'infirmière. C'est ainsi que la mise en œuvre de toute intervention en soins infirmiers depuis les années 1960 est soumise à une démarche scientifique nommée processus de soins infirmiers ou encore démarche de soins infirmière.

Au fil du temps, la pensée infirmière s'est structurée sur la base de l'étude des faits (évidence base médecine). Aujourd'hui, le concept de soin infirmier trouve son fondement dans la pratique professionnelle d'une part et dans le cadre philosophique, les modèles conceptuels et théoriques infirmiers d'autre part. Les soins infirmiers, dont la terminologie a été officiellement employée lors de la première session du Comité d'experts des soins infirmiers de l'OMS en conférence internationale 1950<sup>35</sup> et dont le premier code de déontologie est publié en 1953<sup>36</sup>, tendent alors à s'ériger en une science. C'est en 1954 que (Martha Rogers), alors jeune directrice du département Soins infirmiers au « New York University College of Nursing », développa son propre programme de recherches et traita les soins infirmiers comme une science à part entière.

- ***La nature des soins***

Les soins infirmiers regroupent les interventions professionnelles, qu'elles soient à visées préventives, diagnostiques, thérapeutiques ou éducatives. Ils sont traditionnellement dispensés par un infirmier ou par un auxiliaire médical par délégation<sup>37</sup> (aide-infirmier, aide-soignant,

---

<sup>35</sup> Série des rapports techniques no 24, Genève, 1950

<sup>36</sup> En référence à la première publication en 1953 du Code déontologique pour la profession infirmière par le Conseil international des infirmières.

<sup>37</sup> Dans le cadre du domaine de compétences du professionnel de santé à qui le soin est délégué.

auxiliaire de puériculture, aide médico-psychologique pour les plus proches collaborateurs des infirmiers, ou tout autre professionnel de la santé) auprès d'une personne ou d'un groupe de personnes. Les soins infirmiers prennent source dans une connaissance des modèles théoriques et dans des compétences pratiques et visent à maintenir ou améliorer l'état de santé de la personne ou du groupe dans ses dimensions biologiques, physiologiques, physiques (anatomiques et fonctionnelles), psychologiques et sociales et à prévenir de potentielles atteintes à celles-ci. Les études en soins infirmiers, même si elles diffèrent selon les pays dans leurs modalités, durent pour la plupart environ trois ans et alternent enseignement théorique et stages pratiques.

- ***La classification des interventions en soin et la prescription médicale***

Les interventions infirmières se divisent en deux catégories principales<sup>38</sup> : les soins prodigués de façon autonome et les soins prodigués en collaboration par délégation sur prescription médicale quel que soit le domaine d'activité. La législation du pays d'exercice précise les interventions qui doivent faire l'objet d'une prescription médicale ou d'un protocole de soins infirmiers. Tous les types de soins se rejoignent quelle que soit leur classification.

Dans l'exercice de la médecine, la prescription désigne l'acte par lequel un professionnel de santé habilité ordonne (Notes : Ordonne ou ordonner est pris dans l'acception de prescrire quelque chose dans une ordonnance, non dans le sens de donner un ordre. (cf. Collectif, Dictionnaire Le petit Larousse illustré 2006, Larousse, Paris, 2006, 1856 p. (ISBN 2035302064), présentation en ligne. Le droit de prescription des professionnels de santé, (WK Pharma, consulté le 7 avril 2013) des recommandations thérapeutiques auprès d'un patient. Traditionnellement, la prescription concerne l'application du plan thérapeutique proposé par un médecin, élaboré selon son diagnostic et les pratiques contemporaines de la médecine moderne.

La prescription décline l'ensemble des actes de soins, thérapeutiques (médicamenteuses ou non), dispositifs médicaux, recommandations, et protocoles de soins qui sont adressés à un patient ou à un groupe de personnes. Dans le langage courant, la notion de prescription prend comme acception le fait de la prescription d'un médicament. Dans la culture anglo-saxonne, le symbole « R » (WK Pharma) peut désigner la prescription.

- ***Les usages de la prescription par les praticiens***

---

<sup>38</sup> Selon la classification NIC/NOC 2004 proposée par l'ANADI : Extrait internet wk consulté, le 7 avril 2013.

La notion de prescription concerne plusieurs usages, tant dans le contexte de la pratique de la médecine, que dans un contexte de l'exercice légal de la médecine. Les définitions des usages peuvent être différentes en fonction des lois sur la santé, du code civil ou des lois des assurances spécifiques d'un pays. D'une façon générale, la prescription concerne à la fois :

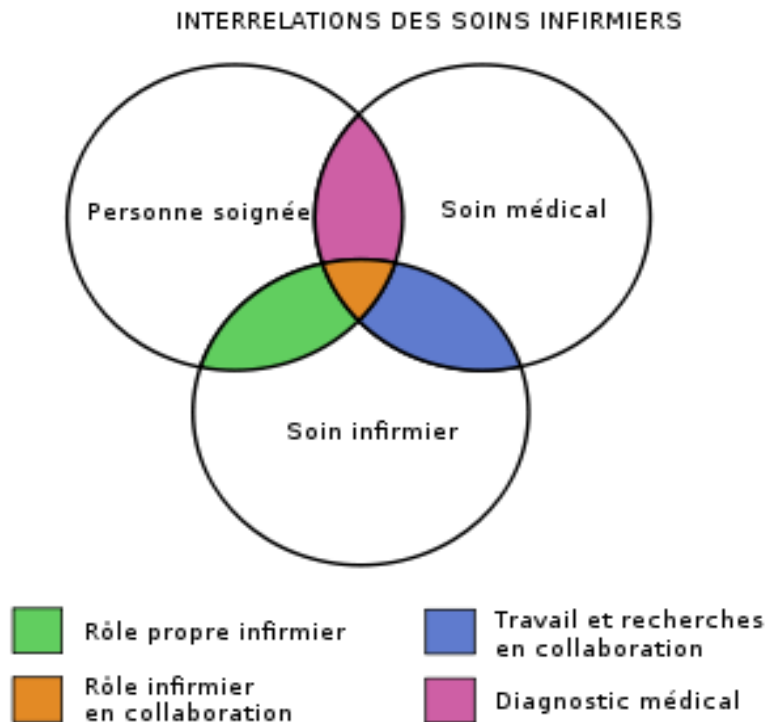
- le fait de valider et d'indiquer le besoin d'un moyen thérapeutique ou curatif (un médicament, un dispositif médical, des soins de santé) ;
  - le fait d'autoriser la dispensation d'un médicament pour un besoin thérapeutique, si la substance médicamenteuse est placée par les autorités sanitaires sur une liste de produits contrôlés, à accès et achat réglementés ;
  - le fait, selon les modalités du système de santé d'un pays, d'attester d'un besoin d'un moyen thérapeutique auprès d'une assurance maladie (pour déclencher un remboursement de frais médicaux par exemple) ;
  - le fait de formaliser la délivrance de tous conseils ou actions thérapeutiques auprès d'un patient, dans le contexte de la relation d'un professionnel de santé - patient (relation médecin-patient).
- ***Le contexte médico-légal et modalité***

Dans le contexte du droit d'exercice de la médecine, le droit de prescription peut être réglementé pour les professionnels de la santé en fonction des lois relatives à la santé ou à l'exercice de la médecine dans un pays.

A titre d'exemple, en France, le droit de prescription pour un médecin, un dentiste, un vétérinaire, une sage-femme ou un infirmier est régi par le Code de la santé publique. Concernant les vétérinaires, les sages-femmes ou les infirmiers, le Code de la santé publique détermine une liste de dispositifs ou médicaments prescriptibles spécifiquement par ces professionnels. En outre, le droit de prescription de certains types de médicaments peut-être réservé à certaines spécialités médicales ou à un contexte spécifique (essai clinique, usage hospitalier exclusif, (Site internet en ligne : consulté, le 10 avril 2013). Dans ce contexte la prescription s'effectue selon certaines prérogatives. Aux États-Unis, le droit de prescription concerne par exemple le physicien (médecin) et certaines professions paramédicales, y compris les docteurs en psychologie PhD enregistrés au titre d'un exercice médical.

La prescription est traditionnellement rédigée sur une ordonnance. Selon les lois relatives à la santé ou à l'exercice de la médecine en vigueur dans un pays, la forme de rédaction de la prescription peut être réglementée. De façon non exhaustive, la prescription identifie généralement clairement le professionnel de santé prescripteur, y compris sa signature, la

personne destinataire de la prescription, y compris certains renseignements de base (poids, âge, allergies, etc.), les produits prescrits (pour des médicaments : leurs formes galéniques, leurs dosages, leurs spécialités ou noms scientifiques (DCI), la date et heure de la prescription, la durée des thérapeutiques et d'éventuelles mentions spécifiques au plan thérapeutique (par exemple : si nécessaire, en réserve, selon la douleur, etc.). Certaines mentions peuvent être abrégées selon une liste de termes normative. Par exemple, l'ordonnance médicale, afin d'être valide, respecte certains critères spécifiques.



*Image 7: illustration des « Interrelations des soins infirmiers avec la médecine et la personne soignée ».*

- **Les soins en collaboration**

Cette première catégorie regroupe les soins mis en œuvre et évalués de manière autonome par l'infirmier. Ils sont argumentés et consignés dans la démarche de soins infirmiers et sont basés sur ses compétences propres. Ce sont notamment les soins d'accueil et de recueil de données, d'évaluation de la douleur et du degré d'autonomie, de relation d'aide, de surveillance des signes vitaux et de l'efficacité des thérapeutiques : d'éducation thérapeutique, ou encore la réalisation des soins fondamentaux, de la démarche de soins infirmiers avec pose d'objectifs de soins, ainsi que le maintien de l'hygiène hospitalière.

Cette seconde catégorie fait appel aux compétences soins prescrites par le médecin. Ces soins ne sont pas applicables sans un avis médical ou un protocole de soins préalablement établi que l'infirmier peut appliquer dans certaines circonstances appelés Soins en collaboration, y

compris dans le cas d'une urgence vitale. Ce sont, par exemple, la pose d'une perfusion, la réfection d'un pansement, la prise de sang, la mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse ou invasive, ou l'assistance à un geste médical comme dans une intervention chirurgicale.

- *Aspect transversal*<sup>39</sup>



*Image 8 : illustration d'« une des dimensions du soin infirmier se manifeste dans les techniques de relation d'aide et de toucher-massage ».*

Que ce soit dans le domaine de la recherche clinique infirmière ou dans leur pratique quotidienne, les soins infirmiers sont représentés par des compétences cliniques propres aux infirmiers. Celles-ci désignent à la fois l'application des concepts fondamentaux en soins infirmiers et la mise en œuvre du processus de soins infirmiers dont les professionnels se servent dans leur pratique. L'aspect transversal des soins infirmiers s'exprime dans n'importe quel mode fonctionnel de santé de la personne.

Dans le domaine des relations interpersonnelles comme décrites dans le modèle de Peplau : la relation d'aide en soins infirmiers, le rôle d'aidant naturel auprès d'une personne, la supervision ou encore dans la relation soignant-personne soignée.

- Dans le domaine de l'observation clinique : le recueil de données infirmier, l'évaluation infirmière, contribution à la statistique à l'image des diagrammes de Florence Nightingale.
- Dans le domaine de l'éducation à la santé : l'éducation thérapeutique infirmière, la consolidation de stratégies d'adaptation, l'éducation parentale et l'hygiénisme.
- Dans le domaine de l'éthique et du secret professionnel : éthique médicale, responsabilité, secret médical et discrétion professionnelle.

---

<sup>39</sup>[http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Healing\\_hands\\_-\\_nursing.jpg](http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Healing_hands_-_nursing.jpg), (image consultée, le 10 avril 2013)

#### **1.8.4. La démarche de la profession et ses processus**

Le processus de soins infirmiers désigne les méthodes intellectuelles ou factuelles, par lesquelles l'infirmier (définition donnée par le « décret de compétences relatif à la profession d'infirmière » du Code de la Santé Publique délivre des soins infirmiers). Ces méthodes se basent sur les modèles de soins infirmiers actuels. Le raisonnement emploie la démarche intellectuelle de résolution de problème et se classe dans les théories déductives. Il se sert de la boucle OODA, c'est-à-dire le cheminement décisionnel : Observation, Orientation, Décision puis Action (cf. Code de la Santé Publique, France). Le processus de soins infirmiers est aussi nommé raisonnement clinique infirmier ou démarche de soins infirmiers.

Le processus qui caractérise les soins infirmiers est un cycle continu qui prend fin à n'importe quelle étape lorsque le problème est résolu. Le processus s'applique pour résoudre tous les problèmes que la personne soignée subit, à chaque temps du soin, et ce, plus d'une fois pour chaque personne.

L'évaluation par l'infirmier, ou autres professionnels de santé, du soin prodigué va permettre en retour d'actualiser et d'optimiser la prise en soins du patient. Ainsi, face aux changements dans l'état de santé physique, sociale ou émotionnelle induits par la maladie, la vieillesse, la mort ou tout événement en lien avec des données médicales, les besoins de la personne pourront évoluer librement et être analysés au plus juste.

La démarche de soin est « un (des) processus par lequel l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de son rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne », (cf. code de la santé publique). Elle est un processus décisionnel dans lequel l'infirmier peut sélectionner des données, les analyser, émettre des hypothèses diagnostiques, les vérifier, intervenir, évaluer ses interventions et en planifier d'autres à venir. Ainsi, la démarche ou processus de soin s'apparente à une démarche scientifique.

La démarche requiert un jugement clinique qui est fondé sur la pensée critique ou pensée réflexive de l'infirmier. Cette pensée critique se compose d'une composante cognitive (connaissances) et une composante affective. Dès lors, la relation à la personne soignée et à sa famille fait partie de la démarche de soin puisque c'est grâce à une interaction d'humain à humain (infirmière-patient-famille) que peut prendre place la démarche de soins infirmiers qui vise le bien-être selon Swanson et l'harmonie selon Jean Watson (1978). La démarche de soins infirmiers est influencée par la conception qu'a l'infirmier du monde et de la santé (vision paradigmatique).



Trois courants paradigmatiques majeurs sont présents en sciences infirmières : la catégorisation axée sur la pathologie (modèle biomédical), l'interaction basé sur le bio-psycho-social en considérant la personne comme un individu à part entière (modèle de Virginia Henderson), et finalement, le paradigme de transformation qui considère la personne et sa famille comme un être unique au monde en interaction avec son environnement et l'univers plus largement. Les conceptions infirmières récentes se situent dans le paradigme de la transformation et guident la démarche de soin en jetant un regard particulier sur les concepts centraux de la personne, la santé, le soin et l'environnement.

La personne peut être considérée comme un être bio-psycho-social (paradigme de l'interaction). La démarche de soins infirmiers se découpe en plusieurs étapes théoriques, qui sont :

- le recueil de données et l'analyse bio-psycho sociale, la recherche des antécédents médico-chirurgicaux psychologiques de la personne;
- l'analyse de celles-ci aboutissant à la détermination des problèmes de santé (en regard des 14 besoins de Virginia Henderson), en recherchant les différentes manifestations de ces problèmes ainsi que leurs causes;
- la formulation d'objectifs de soins ;
- la détermination des interventions infirmières avec une planification de soins ;
- la mise en œuvre des actions du plan de soins ;
- l'évaluation (efficacité/tolérance);
- le réajustement.

Par ailleurs, la démarche doit permettre le suivi et la continuité des soins.

- ***Les étapes du raisonnement***

Le processus de démarche de soins se rédige en trois étapes, sous la forme d'un tableau. Problèmes réels/problèmes potentiels qui découlent des problèmes/réels) réactions humaines « créées par les problèmes de la personne ». De là, découle le diagnostic infirmier avec : (réaction humaine) se manifestant par (signes) liée à (problème réel), Dictionnaire Larousse, édition (2006), et risque de (problème potentiel) liée à (problème réel).

- ***Les applications dans la profession soignante***

Il existe une catégorie dédiée à ce sujet : Soins infirmier par discipline. Les soins infirmiers dispensés à la personne ou aux groupes de personnes concernent plusieurs branches de spécialités médicales ou de santé publique et peuvent être ventilés par domaine de santé.

- ***Les soins de suppléance***

Les soins infirmiers se centrent sur les dépendances d'une personne et ses besoins fondamentaux (comme ceux proposés par Virginia Henderson : Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson). Ils ont comme objectif de promouvoir son autonomie en fonction de l'évaluation de son degré de dépendance. Ils comprennent la réalisation des soins fondamentaux, l'aide aux actes de la vie quotidienne ou encore la rééducation simple. Ils se centrent également sur le bien-être.

- ***Les aspects en gériatrie ou aux personnes âgées***<sup>40</sup>



*Image 9 : illustration de « représentation d'une des dimensions du soin professionnel infirmier en gériatrie ».*

En complément des soins de suppléance omniprésents en institution gériatrique, les soins infirmiers auprès des personnes âgées ne se limitent pas uniquement à la dimension curative. Les soins infirmiers prodigués auprès de personnes âgées participent au confort et au bien-être de la personne en fin de vie. Ils font appel à différentes techniques de communication, notamment l'écoute active, la relation d'aide, la reformulation et l'empathie. La communication avec la personne âgée, dépendante ou non, a comme objectif de créer un lien avec son passé, son identité et ses aspirations. Les soins infirmiers ont également vocation à participer à l'animation de groupe au sein de la structure d'hébergement et se focalisent sur l'estime de soi de la personne âgée. Ils s'étendent également au tissu social de la personne.

- ***Les soins en médecine et chirurgie***

Les soins infirmiers en médecine ou chirurgie font le plus souvent appel aux compétences techniques des infirmiers : l'évaluation et la gestion de la douleur ; la gestion du risque

---

<sup>41</sup>[http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Nurse\\_in\\_geriatry.jpg](http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Nurse_in_geriatry.jpg)

infectieux tant au niveau du suivi et de la maîtrise de l'hygiène des personnes et de l'asepsie lors d'un soin que de la lutte contre les infections nosocomiales ; la guérison des plaies et cicatrices, la prévention des escarres dans le cadre d'une activité de stomathérapie, la passementerie, la gestion des abords veineux ou encore la transfusion sanguine. Les soins infirmiers concernent également la coordination et l'organisation des soins aux personnes : travail en réseau de soins avec les différents acteurs de santé, tenue du dossier de soin, mise en place des examens médicaux.

Dans le domaine des soins palliatifs, les soins infirmiers désignent les soins de support, la relation d'aide et le processus de deuil dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie.

- *Les aspects de soins à la mère et à l'enfant*



*Image 10 : illustration d' « une infirmière en puériculture prenant soin d'un nouveau-né ».*

Dans certains pays, la qualité de sage-femme est attribuée aux infirmiers. Ils participent aux accouchements et aux soins du post-partum. Les soins infirmiers dans ce domaine se centrent plus précisément sur le soin au nouveau-né ou à l'enfant et à sa mère, et par extension sa famille. Notamment, la supervision de l'allaitement et l'éducation parentale.

• *Les soins en psychiatrie et santé mentale*

Les soins infirmiers en santé mentale se réfèrent aux compétences relationnelles de l'infirmier. Ils regroupent les fonctions d'observation dynamique et clinique : fonction de permanence (entretien semi directif et entretien clinique), fonction de répétiteur (donner un sens au temps qui passe), fonction d'improvisation (quand le recours au cadre institutionnel n'est plus opérant), fonction d'étayage (il pourra s'agir d'un accompagnement pour aider un patient dans son face-à-face à la réalité, lui donnant des points d'ancrage constructifs), fonction d'attention, fonction d'information, fonction de réponse comportementale et fonction d'écoute active.

La nature du soin infirmier en psychiatrie a subi de profonds changements au fil des différents courants et modèles de la discipline en santé mentale et au travers de l'histoire de la psychiatrie. Des courants asilaires du début du XVIII<sup>e</sup> siècle, aux mouvements de l'antipsychiatrie dans les années 1970, le rôle de l'infirmier en psychiatrie a évolué du stade de gardien vers une finalité d'accompagnant et de soignant, selon une mise en concept des soins infirmiers prodigués<sup>41</sup>.

- *Les aspects en médecine communautaire et en humanitaire*



*Image 11 : illustration d' « une infirmière participant au plan d'urgence déclenché lors de l'ouragan Katrina ».*

Les soins infirmiers communautaires regroupent les interventions de support ou d'éducation à la santé que prodiguent les infirmiers au sein de dispensaires, d'institutions publiques (comme écoles ou prisons), ou encore au travers d'ONG comme médecins sans frontières ou médecins du monde. Ils regroupent les soins de prévention, de dépistage ou d'actions spécifiques comme des campagnes de vaccination, dépistage de la malnutrition ou encore information préventive contre le SIDA.

### **1.8.5. Les courants de pensée et les concepts fondamentaux**

Les courants de pensée infirmière représentent les différents concepts (tant philosophiques que scientifiques) issus des réflexions portées sur la pratique clinique infirmière. Ils sont contemporains des courants de pensée philosophiques humanistes qui ont pu apporter différents éclairages, notamment sur les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soin.

---

<sup>41</sup>Préface de Marc Livet, page IX à XI, in Morasz, L. - Perrin-Niquet, A. - Verot J.-P., Barbot, C., L'infirmier(e) en psychiatrie, Éd. Masson, Paris, 2004, 297 p. (ISBN 2294006534)

Par une approche théorique et documentée, les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement infirmier. Ces modèles ont aussi contribué à définir le métier d'infirmier et à en asseoir la reconnaissance au travers de l'histoire de la profession. Ces courants de pensée infirmière, et leurs modèles conceptuels correspondants, guident aujourd'hui majoritairement la pratique clinique infirmière.

- *L'approche des « relations interpersonnelles »*

Les relations interpersonnelles en soins infirmiers ont surtout été décrites par des infirmières théoriciennes interactionnistes, notamment par le Docteur Hildegarde Peplau, dans la lignée des travaux de Florence Nightingale. L'essence de cette théorie se fonde sur la création et l'analyse d'une expérience partagée entre l'infirmier<sup>42</sup> et la personne soignée.

Le modèle montre qu'au travers de quatre étapes du développement de la relation infirmier-patient (orientation, identification, exploitation, résolution), l'infirmier va endosser en fonction de la situation un des six rôles qui lui sont dévolus (personne étrangère, personne ressource, rôle éducatif, leader en soins infirmiers, substitut (maternel, conseillère).

Selon Peplau, le résultat de cet échange donnera lieu pour le patient comme pour le praticien à un apprentissage expérimental, des stratégies d'adaptation améliorées et une croissance personnelle. Par exemple, lorsque l'infirmier porte de l'attention à son patient, il développe ainsi une image générale de la situation du patient ; l'infirmier valide ensuite ses impressions en les vérifiant auprès du patient avec exactitude, notamment à l'aide d'une anamnèse.

- *L'approche des « besoins fondamentaux »*

Selon la Pyramide de Maslow ne sont utiles que pour comprendre le modèle de Virginia Henderson qui s'appuie sur cette théorie les quatorze besoins fondamentaux. Selon Virginia Henderson les besoins fondamentaux ont été décrits par celle-ci, alors infirmière et Abraham Maslow psychologue humaniste. Lorsque Virginia Henderson décrit quatorze besoins fondamentaux propres à l'Homme, Maslow les classe en cinq niveaux à satisfaire pour atteindre ce qu'il nommera « l'accomplissement personnel ». Les besoins fondamentaux tiennent compte des besoins primaires, secondaires et tertiaires. Le modèle conceptuel décrit les réactions des personnes face à la perturbation des besoins fondamentaux et la motivation à s'améliorer en fonction des changements induits.

---

<sup>42</sup> Définition par le Conseil international des infirmières - consultation octobre 2013

D'après Virginia Henderson, « un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits ». Les 14 besoins fondamentaux que nous développerons ci-dessous portent sur :

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante ;
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme ;
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental ;
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie ;
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale ;
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante ;
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être ;
- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale ;
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions ;

- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance ;
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel ;
- Le besoin de se recréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit ;
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

De manière générale, le modèle conceptuel de Virginia Henderson (Bordieu, 2007), repose sur les postulats qui l'étayent (les fondements) ; les valeurs qui le justifient. Les éléments ci-dessous qui le composent, démontrent comment l'être humain est perçu dans les différents modèles de la santé: le but poursuivi, la cible, le rôle de l'infirmière, les sources de difficultés, les interventions associées et les résultats recherchés.

#### **1.8.6. Le niveau de Dépendance / Indépendance de l'équilibre de l'organisme**

Le sujet (être humain) est indépendant s'il répond lui-même à ses besoins d'une façon acceptable pour lui, ce qui lui permet de garder un bon équilibre physique et psychologique, de même que le maintien d'un état suffisant de bien-être. Il est indépendant s'il utilise sans aide et de façon appropriée un appareil, un dispositif de soutien, une prothèse, et qu'en ce faisant, il réussit à satisfaire ses besoins. Il devient dépendant s'il doit recourir à une autre personne pour lui enseigner ce qu'il doit faire et pour vérifier s'il le fait bien.

Sa dépendance devient plus grande s'il doit recourir à l'assistance d'une autre personne pour l'utilisation d'un appareil, d'un dispositif de soutien, ou d'une prothèse ou pour accomplir les actions nécessaires à la satisfaction de ses besoins tout en étant capable d'y participer. Selon Bordieu (2007), « l'homme devient complètement dépendant lorsqu'il doit s'en remettre entièrement à une autre personne parce qu'il est dans l'incapacité d'accomplir par lui-même les actions nécessaires à la satisfaction de ses besoins », suivant les postulats, des valeurs et croyances :

- Postulat 1: tout homme tend à l'indépendance et la désire ;
- Postulat 2: l'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux ;

- Postulat 3: quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas complet entier ;
- Valeurs: ce sont les principes non démontrables auxquels se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder leurs jugements, diriger leur conduite.

Par exemple, les règles professionnelles (Décret N°93-221 du 16 Février 1993) en France, l'infirmière possède des fonctions spécifiques, même si elle en partage certaines avec d'autres lorsque l'infirmière diplômé d'Etat (IDE, SFDE ou TLDE) usurpe le rôle du médecin, elle délègue ses fonctions propre à un personnel non qualifié (ATS, ATS/A, AS, GS, FS,...). La société souhaite un service infirmier, aucun autre professionnel ne peut donner ce service à la place de l'infirmière dans un but bien défini de soins et des cibles à rechercher chez une personne vue comme une entité ayant les besoins. Le but ici explique le maintien et le rétablissement de l'indépendance de l'individu de façon à ce qu'il puisse satisfaire lui-même ses besoins fondamentaux, ou dans les cas d'une maladie incurable, lui procurer une mort paisible et l'aider à ne plus avoir besoin de notre aide, y compris en présence d'un handicap.

Le cible parle de l'individu vu comme une entité ayant 14 besoins fondamentaux : respirer, boire et manger, éliminer les déchets, contrôler sa température, dormir et se reposer, se mouvoir, se vêtir et se dévêtir, être propre et soigné, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses valeurs et ses croyances, s'occuper et se réaliser, se récréer et apprendre, (cf. classification des 14 besoins fondamentaux de V. Henderson) que nous verrons plus tard. Dans ces conditions, le soignant (l'infirmier, médecin) doit jouer cartes sur table en faisant preuve de son savoir-faire.

En étudiant les réactions des praticiens face aux personnes dans ces situations, Virginia Henderson a mis en exergue leur rôle d'aidant, complétant le rôle de substitut proposé par (Hildegard Peplau). Aujourd'hui, ce modèle sert de support de travail pour l'utilisation des diagnostics infirmiers.

Les concepts centraux contemporains en soins infirmiers guident aujourd'hui la pratique des soignants et édictent les fondements de la science infirmière, Jean Watson (1978). Ce corpus constitue une vision élargie et renforcée de l'aspect pragmatique à la base de tout soin. La pratique infirmière nourrit la recherche clinique infirmière se basant sur des données probantes et permettant d'en dégager les axes théoriques. Comme le décrit Bernadette Jayet-Dauphiné (Wikipédia, internet consulté, le 10 mars 2013) « il s'agit de penser pour panser, et réciproquement ». Mettant à profit ce qu'elle a appris pendant la guerre de Crimée, elle écrit



un livre intitulé Notes on Nursing. Elle y explique en détail comment créer des conditions favorisant le bien-être et la guérison des patients, et y donne une série de conseils pratiques qui vont à contre-courant des convictions de l'époque. Son sens pratique solide, allié à une lucidité étonnante, est une des caractéristiques de l'approche qui est la sienne, et qui, aujourd'hui encore, en dépit de tous les progrès intervenus depuis dans les domaines de la science médicale et des soins de santé, a toujours tout son sens.

L'exemple de Florence Nightingale a inspiré et continue d'inspirer d'innombrables infirmières et infirmiers dans le monde entier. En 1912, une médaille a été créée en son honneur pour récompenser le mérite de membres du personnel infirmier qui se distinguent par les soins exceptionnels qu'ils prodiguent à des malades ou à des blessés dans des situations de conflit ou de catastrophe naturelle.

- ***L'aspect de l'application : panser***



*Image 12 : illustration de « la perfusion, geste technique professionnelle infirmière<sup>43</sup> ».*

Le terme soin infirmier peut prendre le sens d'une compétence soin. Il désignera un savoir-faire, une compétence technique ou une connaissance. Il fait le plus souvent référence à la réalisation d'un acte médical, comme la pose d'une voie veineuse périphérique ou la réalisation des soins fondamentaux. Leur application est le plus souvent portée directement aux personnes.

- ***L'attention : penser***

Dans ce sens, les soins infirmiers, ou encore mentionnés « Soins infirmiers » (la majuscule faisant référence à une valeur sémantique différente) représentent la philosophie de la

---

<sup>43</sup>[http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Placement\\_of\\_intravenous\\_cannula\\_2.jpg](http://commons.wikipédia.org/wiki/files:Placement_of_intravenous_cannula_2.jpg)

discipline infirmière. Ils désignent également les théories et concepts de soins infirmiers et la démarche intellectuelle mise en œuvre dans la réalisation du soin, en un mot le savoir-être infirmier.

### 1.8.7. La genèse des modèles de soins

Les concepts centraux des soins infirmiers se sont structurés au fil du temps au travers de l'histoire de la profession infirmière comme il a été dans les (1.8-1.9) chapitres précédents, et se sont axés autour de concepts tant philosophiques que scientifiques issus des réflexions portées sur la pratique clinique infirmière. Ils prennent leurs sources dans une approche humaniste qui a pu apporter différents éclairages, notamment sur les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soin. Tout est lié et tout se situe dans le soin au sens le plus large du terme. Et une partie du travail réside dans la relation à l'autre que l'on soit soignant, soigné, apprenant soignant, cadre pédagogique soignant ou cadre manager soignant.

Le dénominateur commun est bien la relation à l'autre : relation soignant / soigné ; relation cadre/formateur/formé et relation/cadre soignant/soignant. Mais la spécificité de ce dénominateur commun du soin et des acteurs engagés dans le soin, est ou pourrait être l'accompagnement : l'accompagnement du soigné par le soignant, du formé par le cadre formateur, du soignant par le cadre soignant (cf. extrait de l'ouvrage de Philippe Gaurier intitulé « *De l'accompagnement du Soigné au Soignant* », paru aux Éditions Losange en novembre 2011).

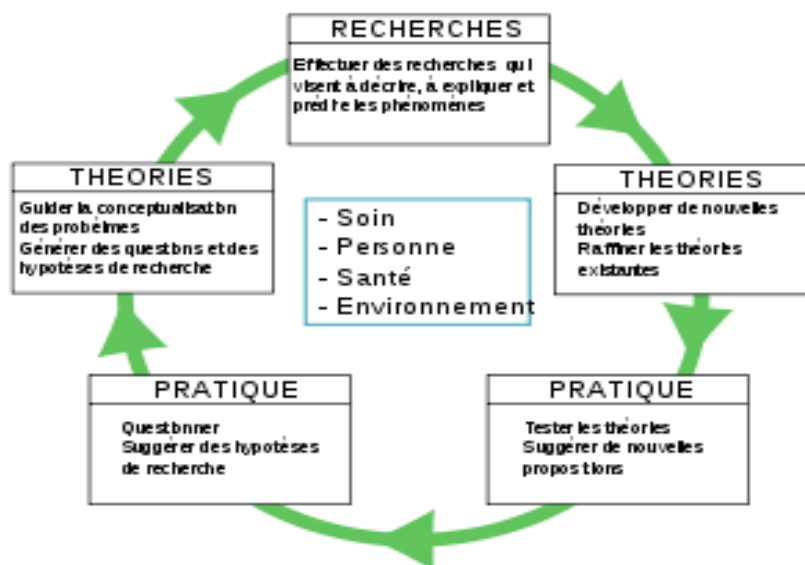


Image 13 : illustration de « Boucle OODA<sup>44</sup> du développement de la science infirmière ».

<sup>44</sup>La boucle OODA est un concept inventé par l'instructeur militaire John Boyd de l'United States Air Force pour conceptualiser sa facilité à battre tous ses élèves lors de simulations de combats aériens, en itérant rapidement quatre processus : « Observe, Orient, Decide and Act » (« observer, s'orienter, décider et agir »). À l'usage, ce concept s'est révélé applicable dans bien d'autres situations professionnelles.

Par une approche théorique et documentée, les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement infirmier et qui guident aujourd'hui la pratique clinique infirmière. En tenant compte du fait que « l'expérience de santé » est venue remplacer le terme de « maladie », les concepts centraux se sont élargis à une pratique infirmière qui prend soin de personnes qui ne sont pas nécessairement malades ou ne se perçoivent pas comme tel.

### **1.8.8. La vision paradigmatique des différentes écoles**

Les soins infirmiers suivent un système de représentations « la vision paradigmatique de l'infirmière en termes de santé, de maladie, de personne soignée et de relation soignant/soigné » et s'axent autour de quatre concepts centraux<sup>45</sup>:

- la personne (ou par extension sa famille) : ses représentations, ses valeurs, ses croyances, ses conceptions, son individualité ;
- le soin : les conceptions que la personne et le soignant ont du soin de santé ;
- la santé : les représentations de la personne et du soignant de la santé et de ses significations (être en bonne santé) et
- l'environnement : le monde environnant dans lequel évoluent la personne et le soignant.

Différentes écoles décrivent l'approche que le soignant professionnel peut employer au travers de cette vision pour prodiguer des soins infirmiers professionnels.

- ***L'école du care***

Le concept de care ou Caring traduit comme le « prendre soin » a été développé dans le domaine des soins infirmiers dans sa grande majorité par Jean Watson (1978) et veut que le soignant prodigue le soin infirmier dans la plus totale congruence avec la personne rencontrée suivant son système de représentations, et non à l'encontre de celui-ci. Cela implique que le soignant adopte une attitude empathique vis-à-vis de la personne rencontrée. Le prendre soin s'étend à la capacité de s'occuper d'autrui et de lui porter attention.

Ce schéma est illustré par Suzanne Kerouac dans sa définition du rôle infirmier : « le rôle de l'infirmier (et des soins infirmiers) est de soigner une personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé », en ligne : internet).

- ***L'école des besoins fondamentaux***

---

<sup>45</sup> Paradigme de la catégorisation in Nursing Outlook, « Prevailing Paradigms in Nursing », page 10-13, 32, NEWMAN, M.A., 1992

Ce concept a été décrit par Abraham Maslow dans son modèle de la pyramide des besoins et par Virginia Henderson dans son modèle des quatorze besoins fondamentaux.

Sous cet éclairage, le soin infirmier agit sur la satisfaction des besoins de la personne et vise à maintenir l'état de santé dans chacun des secteurs ponctuellement. En outre, il doit promouvoir de façon dynamique la capacité et la motivation de combler la perte, de maintenir ou d'améliorer un état, sachant qu'un besoin non satisfait empêche l'accès à un besoin supérieur.

- *L'école des interactions*

Le concept interactionniste dans les soins infirmiers a été décrit par (Hildegarde, Peplau, 1995, p. 17-38). Il étudie les interactions entre le soignant et la personne soignée. Le modèle propose que le soignant utilise l'expérience partagée née de cette interaction symbolique pour favoriser un apprentissage expérimental, des stratégies d'adaptation améliorées et une croissance personnelle. Ce modèle décrit un vecteur qui permet au soin professionnel d'être prodigué en toute réciprocité favorisant un développement personnel mutuel.

- *L'école des effets souhaités*

Cette notion, introduite par Callisto Roy citée par Kerouac (1994), étudie les stratégies d'adaptation d'un individu ou d'un groupe face à son environnement sans cesse en mouvance (Ibid., 1994, p. 83). Le modèle des effets souhaités prône la valorisation et la promotion de comportements optimaux en termes de prévention de la santé ou d'atteinte de résultats. Le soin infirmier prodigué selon ce modèle aura vocation à agir sur les facteurs favorisant d'une affection afin de conduire la personne vers un état voulu, correspondant le plus souvent à un état de santé amélioré.

- *L'école de l'être humain unitaire*

Le modèle de l'être humain unitaire a été étudié par Rose-Marie Rizzio Parsec et décrit l'aptitude d'une personne à interagir en complet accord avec son environnement. Il étudie le syndrome dissociatif provoqué chez une personne dont l'état de santé est en forte mouvance (Kerouac, p. 84). Selon le modèle, le soin infirmier fait appel à l'authenticité de celui qui le prodigue et place l'empathie au centre d'une relation entre la personne et le professionnel afin de l'aider à s'orienter dans ses choix, tout en lui fournissant des alternatives de réflexion nécessaires. La finalité du soin infirmier est d'aider la personne à combler ses craintes et ses doutes, tout en valorisant ses aspirations et ses buts.

## **1.9. OBSERVATOIRE DES POLITIQUES DE SANTE**

L'observatoire parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), a été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour (2003) en vigueur en France, avec pour mission d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale.

### **1.9.1. En France**

Les politiques de santé (ou politiques sanitaires, ou encore politiques de santé publique) comprennent l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité. Il s'agit ici de déterminer les aires et champs d'intervention ; préciser les objectifs à atteindre ainsi que faire des choix judicieux en matière de priorités et programmer les moyens qui seront engagés à ce niveau de responsabilité collective.

Elles correspondent au terme anglais « Politix »<sup>46</sup>. Une politique de santé rassemble donc à des plans de santé et des programmes de santé. De même que les systèmes de santé ne se limitent pas aux systèmes de soins de santé, il serait erroné de limiter les politiques de santé aux politiques de soins de santé. Il faut toutefois reconnaître que la plus grande partie des dépenses dans le secteur de la santé sont généralement consacrées aux dépenses de soins de santé, essentiellement de soins curatifs.

La politique de santé s'appelle au XVIIIe siècle et XIXe siècle « police de santé » dont le concept est attribué au médecin autrichien Wolfgang Thomas Rauh en 1764<sup>47</sup>. Elle correspond à la mise en place de comités de salubrité et commissions de santé pour prévenir des épidémies comme la vaccination de la variole et est appuyée par les corporations (officiers de santé, apothicaires) voulant lutter contre les charlatans dans leurs professions respectives. Elle apparaît notamment en France lorsque le pays veut se protéger de l'épidémie de fièvre jaune de 1821. En Espagne, le Gouvernement Jean-Baptiste de Villèle de Louis XVIII adoptant la première ordonnance sur la santé publique en 1824. Elle se développe particulièrement au XIXe siècle avec le courant de l'hygiénisme parallèlement à la multiplication des industries polluantes issues de la révolution industrielle<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup>Virginie Tournay, Le concept de police médicale : d'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative, revue Politix n° 77, 2007, p.173

<sup>47</sup>Calixte Hudemann, La conquête de la santé en Europe, 1750-1900, Belin, 1999, 175 p.

<sup>48</sup>Calixte Hudemann, La conquête de la santé en Europe, 1750-1900, Belin, 1999, 175 p.

La loi du 9 août 2004<sup>49</sup> a marqué une évolution notable dans la formalisation d'une politique de santé publique en France. Certains commentateurs y ont identifié quatre ambitions majeures:

- l'amélioration de la santé de la population ;
- la réduction des inégalités en santé ;
- l'amélioration de l'efficacité du système de santé dans son ensemble ;
- l'avancée en matière de démocratie sanitaire<sup>50</sup>.

La loi elle-même a été préparée par un rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique (site internet : Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>, consulté, le 5 avril 2013).

### **1.9.2. En Belgique**

En Belgique, en comparaison avec la France, l'organisation fédérale du pays a éclaté les responsabilités ministérielles dans le champ de la santé entre l'État fédéral et les entités fédérées (répartition des compétences dans la Belgique fédérale). La Constitution établit que « L'autorité fédérale n'a de compétences que dans les matières que lui attribuent formellement la Constitution ». Ces compétences sont, selon la Loi spéciale du 8 août 1980<sup>51</sup>:

- a) la législation organique ;
- b) le financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ;
- c) l'assurance maladie-invalidité ;
- d) les règles de base relatives à la programmation ;
- e) les règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ;
- f) les normes nationales d'agrégation uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux (b), (c), (d) et (e) ci-dessus ;
- g) la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

---

<sup>49</sup>[http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lps/pdf/Brochure\\_dgs.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Brochure_dgs.pdf) (internet)

<sup>50</sup>[http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lps/pdf/Brochure\\_dgs.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Brochure_dgs.pdf) (internet)

<sup>51</sup><http://www.knowandpol.eu/fileadmin/KaP/content/.../O1P1Belgiumhealth.doc> [archive]

La Constitution stipule que la Communauté française, la Communauté flamande et la Communauté germanophone, chacune en ce qui la concerne, « règlent par décret les matières personnalisables, de même que la coopération entre les communautés ainsi que la coopération internationale en ces matières ». La même Loi spéciale du 8 août 1980 précise que les matières personnalisables recouvrent la politique de santé ainsi que l'aide aux personnes. La politique de Santé comprend plus précisément :

- La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception des compétences fédérales ;
- L'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales, ainsi que l'aide aux personnes.

La situation des Régions, et plus particulièrement de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, est encore plus complexe<sup>52</sup>.

En communauté française, le décret de juillet 1997 portant sur l'organisation de la promotion de la santé prévoit que les buts et stratégies prioritaires de la politique de santé soient balisés par un programme quinquennal<sup>53</sup>, précise aussi (Tabuteau 2010, vol. 22, n° 2, pp. 253-264). Quant au Plan Communautaire Opérationnel (PCO), il a pour base légale le décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française<sup>54</sup>.

### **1.9.3. Les textes officiels explicitant la responsabilité des instances publiques**

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples « préambule de la charte constitutive de l'organisation mondiale de la santé » (OMS).

« Un système de santé inclut toutes les activités (personnes et actions) dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé ».<sup>55</sup>

« La santé est sans doute l'un des domaines de l'action publique dans lequel la définition d'une politique est l'exercice le plus délicat. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la critique de l'action des pouvoirs publics vise aussi fréquemment l'absence de politique que sa substance.

---

<sup>52</sup>[http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/PQ2004.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PQ2004.pdf) [archive]

<sup>53</sup><http://www.sante.cfwb.be> [archive]

<sup>54</sup>[http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/PCO-web.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PCO-web.pdf) [archive]

<sup>55</sup>O.M.S. Guide to Producing National Health Accounts: With Special Applications for Low-income and Middle-income Countries, W.H.O., Geneva, 2003. [http://www.who.int/nha/docs/English\\_PG.pdf](http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf) [archive]

Absence de légitimité de l'État sur un secteur historiquement placé sous la responsabilité des municipalités puis des partenaires sociaux, diversité des acteurs publics et privés aux gouvernances incertaines, multiplicité des objectifs sanitaires et sociaux (...). Les caractéristiques mêmes du secteur de la santé font de l'exercice de définition d'une politique une véritable gageure », a défini (Rambuteau, 2010, vol. 22, n°2, P. 254).

Une politique unifiée de santé publique et d'assurance maladie, dans cette optique, la politique de santé ou de santé publique – la distinction paraît bien formelle dans le nouvel horizon de la santé publique – se présente comme une démarche d'intégration, au sens mathématique du terme, des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé. Dans ce sens Rambuteau admet qu' « il lui faut surmonter les barrières traditionnelles, les clivages juridiques, budgétaires et surtout professionnels qui distinguaient colloque singulier et médecine communautaire, prévention et soin, sanitaire et médico-social, santé publique et assurance maladie », (Ibid., p. 260).

#### **1.9.4. Le rôle propre du professionnel soignant**

Il est important de situer pour une bonne compréhension de la thèse, le rôle propre infirmier comprenant les actes de soins infirmiers qu'un infirmier peut mettre en œuvre de façon autonome. Le rôle propre infirmier se complète par le rôle médico-délégué, qui regroupe les interventions que le professionnel effectue après avis ou prescription médicale. La législation relative à l'exercice du métier d'infirmier de chaque pays précise au travers d'un décret la liste des actes du rôle propre de l'infirmier en France, (annexe 5, P. 78).

L'infirmier considère la personne dans sa globalité en tant qu'être bio-psycho-socio-spirituel et l'accompagne pour lui proposer une aide personnalisée et professionnelle qui lui permettra de conserver ou de retrouver la santé dans toutes ces dimensions. Il s'agit aussi d'accompagner la personne dans sa fin de vie.

Le savoir-faire spécifique infirmier est la connaissance approfondie des réactions humaines de santé. Les interventions se classent de la manière suivante (dans l'école de pensée des besoins) des pionniers de profession infirmière:

- Interventions de recueil de données :
  - déterminer les dépendances réelles ou potentielles de la personne pour satisfaire ses besoins fondamentaux ;
  - déterminer les causes de ces dépendances (qu'elles soient de type pathologique ou non) seul ou en collaboration (avec notamment le médecin) ;



- déterminer les besoins de la personne avec sa participation, en fonction de sa maladie ou de ses réactions humaines de santé ;
- Interventions techniques :
  - élaboration de la démarche de soins infirmiers avec pose d'un diagnostic infirmier prédominant ;
  - pose d'objectifs de soins en fonction du diagnostic infirmier retenu et des données médicales, constituant le projet de soins de la personne ;
- élaboration d'actes de soins, seul ou en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, en accord avec la personne et en fonction de ses ressources ;
- Interventions d'évaluation :
  - évaluation des résultats escomptés au fil de la prise en soins de la personne ;
  - réactualisation du projet de soins en fonction de l'atteinte ou non des résultats escomptés.

En pratique, ce sont notamment les soins d'accueil et de recueil de données, d'évaluation de la douleur et du degré d'autonomie, de relation d'aide, de surveillance des signes vitaux et de l'efficacité des thérapeutiques, d'éducation thérapeutique, ou encore la réalisation des soins fondamentaux, de la démarche de soins infirmiers avec pose d'objectifs de soins, ainsi que le maintien de l'hygiène hospitalière.

### **1.9.5. La qualité des soins**

La qualité des soins infirmiers peut être définie par la démarche de Hanna Voria, (1984) qui, dans sa publication à l'OMS concernant la santé publique en Europe<sup>56</sup>, pose quatre questions pour élaborer sa définition.

- **Questionnement**
  - « La qualité pour qui ? » : pour tous les acteurs des soins et de leur qualité, mais aussi bien sûr pour toutes les personnes à qui ils s'adressent. (...) les soignants et le patient n'ont pas la même façon de considérer les soins qui lui sont donnés. Il convient donc d'essayer de concilier les deux points de vue ;
  - « La qualité définie par qui ? » : par un professionnel de santé qui cherche l'efficacité maximale de sa démarche ;

---

<sup>56</sup> VUORI, Hannu, « L'Assurance de la qualité des prestations de santé », Bureau européen de l'OMS, Copenhague, 1984, (ISBN 92-890-2151-7)

- « Destinée à quoi ? » : à développer un débat (public et professionnel) et un enrichissement de la réflexion sur les exigences relatives à la pratique soignante ;
- « De quelle qualité s'agit-il ? » : c'est celle qui, dans le cadre d'une pratique pluri-professionnelle, adapte les soins portés à la personne dans une perspective de santé et non dans un but de « non-maladie ». Dans l'optique du déploiement de la santé, l'infirmier dispose d'actes techniques et de connaissances qu'il utilise pour prendre soin de la personne dans sa globalité, tant au point de vue somatique que psychologique.

- ***Facteurs de la qualité des soins***

Partant de ces constats, Walter Hesbeen a déterminé les facteurs qui, par leur association et leurs interactions, constituent la qualité des soins<sup>57</sup> :

- « **Les aspects politiques et économiques** » : regroupent le cadre légal et réglementaire des activités de soins et les limites des ressources économiques qu'un état souhaite investir dans la santé : c'est ainsi, entre autres, que le gouvernement français par exemple, vote dans le cadre du projet de finances annuel l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.
- « **L'organisation concrète des structures** » : c'est-à-dire les projets que se donnent les structures sanitaires et sociales, ainsi que les outils et moyens qu'elles développent pour les mener à bien. Dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière.
- « **Les réflexions philosophiques et connaissances techniques et scientifiques** » : sont la conséquence de la curiosité intellectuelle et des ressources dont dispose chaque soignant, et doivent être mises en pratique dans le Projet de Soins.
- « **La formation des professionnels** » : permet à ces derniers de compléter leur formation initiale en acquérant les connaissances spécifiques à leur secteur d'activité. Elle s'oppose au mythe de « l'opérationnalité immédiate » au sortir du Diplôme d'État.
- « **Les comportements et les compétences des acteurs** » : qui sont les aptitudes que l'infirmier exprime dans son activité. Chaque soignant, par sa personnalité et par l'application qu'il met dans son activité professionnelle, peut apporter une richesse.

---

<sup>57</sup> La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, HESBEEN Walter.

- « **La personne soignée et ses proches** », le soignant qui va à la rencontre de la personne doit déterminer, entre autres, la perception qu'elle a de sa pathologie, ses ressources personnelles et son désir de guérir. Au même titre que son environnement, l'inquiétude et la souffrance de ses proches sont des éléments qui doivent orienter les soins.
- « **La méthode de recueil d'information sur les pratiques** » : permet, quant à elle, de mettre en évidence de façon quantitative et/ou qualitative les actions entreprises.

La prise en compte de ses facteurs permet de faire évoluer la qualité des soins et selon Walter Hesse<sup>58</sup> : « une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage ». En ce sens, elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement identifiés.

La qualité des soins, dans le sens d'amélioration continue des prestations par la gestion des processus, tel qu'il est défini par le système d'autorégulation propre à William Edwards Deming fait partie intégrante de la culture infirmière. Florence Nightingale, en 1872 déclarait<sup>59</sup> : « Pour nous qui soignons, nos soins sont ainsi faits que, à moins que nous ne fassions des progrès chaque année, chaque mois, chaque semaine, croyez-moi nous reculons ».

#### **1.9.6. Les enseignements des soins**

- *Les aspects légaux*

De la législation française et du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière<sup>60</sup> relèvent les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

---

<sup>58</sup>Ibid. HESBEE W.

<sup>59</sup>Traduction libre de « For us who nurse, our nursing is a thing which, unless we are making progress every year, every month, every week, take my word for it, we are going back. » in Florence Nightingale Foundation, consulté en mars 2013.

<sup>60</sup>Issu du décret no 2004-802 du 29 juillet 2004, modifiant le décret no 2002-194 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier, Code de la santé publique français.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles (R. 4311-5 et R. 4311-6). Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. Dans le domaine de la santé, la réforme hospitalière de juillet 1991<sup>61</sup> introduit pour la première fois la notion de réflexion sur « une politique d'évaluation des pratiques (...) visant à en garantir la qualité ». En 1996, ce questionnement aboutit à la mise en place, par une des trois ordonnances dites « Juppé », d'une évaluation systématique de la qualité en milieu hospitalier : l'accréditation des établissements de santé. Cette démarche est menée par un établissement public d'État, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la Santé (ANAES) et vise à « mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé ». L'article 10 du décret 93-221 nous informe que l'infirmier doit « garantir la qualité des soins ». Quant à l'article 2 du décret 2002-194, précise que « les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade ». Ces notions sont retrouvées dans la Charte du patient hospitalisé.

- ***La législation québécoise***

Le législateur a créé l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec inscrit dans le Code des professions. L'OIIQ a le pouvoir de créer un Code de déontologie<sup>62</sup> qui doit être respecté par tous ses membres. Le législateur a également créé une Loi des infirmières et infirmiers du Québec (LIIQ)<sup>63</sup> afin de bien circonscrire le champ de pratique de ces professions.

En 2003, il a révisé le champ de pratique de onze professionnels de la santé dont les infirmières en créant la Loi 90 qui vient modifier la LIIQ.

---

<sup>61</sup> Loi portant réforme hospitalière no 91-748 du 31 juillet 1991

<sup>62</sup> Code de déontologie sur [oiiq.org](http://oiiq.org)

<sup>63</sup> Lois des infirmières et infirmiers du Québec sur [oiiq.org](http://oiiq.org)

## **1.10. CONTEXTE DE LA DISCIPLINE DES SCIENCES INFIRMIERES**

La discipline des sciences infirmières n'existe pas encore en tant que telle actuellement au Tchad à plusieurs égards. Il y a dans cette discipline un ensemble de connaissances uniques qui doivent «être formalisées, approfondies, vérifiées et continuellement restructurées comme le veut la science de chaque profession» (Formarier, 1988 n°14, ARSI, pp. 4 - 8). Le soin s'enrichit de plusieurs disciplines médicales, biologiques, sciences humaines», estime (Tissot, 1998, n°28, p.24) et cette liste n'est pas exhaustive. L'homme est au centre des soins infirmiers. La science infirmière peut se situer dans un espace intermédiaire entre les sciences naturelles (biologie, physiologie), les sciences humaines abstraites (philosophie, psychologie), les sciences sociales qui traitent des activités humaines et de leur condition d'émergence (anthropologie, sociologie, pédagogie, démographie, économie, etc.). Une discipline (psychologie, sociologie) ne naît pas du hasard, elle est issue d'un ensemble de connaissances connexes sur lesquelles elle s'édifie. Il en est de même pour la science infirmière. Autour d'un noyau spécifique (pratiques actuelles formalisées, concepts existants) doivent venir se greffer d'autres disciplines auxquelles nous emprunterons la théorie et les concepts, les pratiques et savoir. Comme dans une greffe, ces apports extérieurs doivent être assimilés pour faire partie intégrante de la science infirmière. Pour (Formarier, 1991 n°24, (pp. 68–69), « qu'au stade d'identification des greffons mais pas encore de la greffe de la jeunesse d'une science».

Les travaux de recherche en soin infirmier font appel à d'autres disciplines que ce soit l'anthropologie la sociologie, les sciences de l'éducation. La médecine, reconnue aujourd'hui comme science, emprunte (elle aussi), des connaissances d'autres disciplines comme: la Biologie, la Pharmacopée, la Physique, les Mathématiques, etc. Les soins infirmiers « deviendront scientifiques lorsque les différents emprunts qu'ils font à la Médecine, aux Sciences Humaines, à l'Epidémiologie, etc., seront intégrés et transformés pour devenir de nouvelles connaissances que sont les soins infirmiers», (Formarier et al., (1999, n°58, P.15). Enrichir la pratique d'un corpus de connaissances spécifiques, voilà le but final de la constitution d'une discipline. « La discipline infirmière inclut à la fois les fondements de la profession et la science infirmière<sup>64</sup> étant ce corpus de connaissances spécifiques obtenu à l'aide de la recherche, en vue de guider la pratique des soins infirmiers. Les liens entre la théorie et la pratique sont définis dans un paragraphe spécifique », (Ibid., P. 15).

---

<sup>64</sup>Le pluriel ou le singulier utilisé ici pour nommer la science infirmière ou les sciences infirmières' s'explique parce que en premier, c'est une totalité, une globalité et une discipline particulière à elle seule. En second, nous pouvons dire «des» car elles sont composées d'apport multiples venant d'autres sciences et se réunissant par leurs apports par rapport aux soins infirmiers.

Il y a lieu de considérer d'une part la recherche infirmière et d'autre part la recherche en soins infirmiers. Magnol (2001), définit la recherche infirmière comme les « travaux effectués et/ou conduits par des infirmiers pour développer les connaissances professionnelles et améliorer la pratique infirmière. Il s'agit le plus souvent d'une recherche appliquée. Il peut s'agir de recherche clinique en soins infirmiers, de recherche en éducation, en gestion des soins infirmiers et/ou de recherche sur la profession infirmière ». Une perspective plus générale de soins de santé et de promotion de la santé, Dechanoz (1995), indique que « la recherche infirmière peut être entreprise par des infirmiers en collaboration avec d'autres professionnels ».

Le terme « recherche infirmière » désigne très précisément « les recherches fondamentales et/ou appliquées, conduites par des infirmières, dans les soins, les services infirmiers, dans l'éducation infirmière et lors de l'élaboration de théories des soins infirmiers », (Magnol, 2001, p.141). La recherche en soins infirmiers est une composante de la recherche infirmière et fait partie intégrante du terrain. Celle-ci s'applique à tous les domaines des soins qu'« ils soient hospitaliers ou extrahospitaliers, qu'ils soient du domaine curatif, préventif ou éducatif. Elle porte aussi sur les domaines de compétences issus du rôle propre de l'infirmier », (Champault *et al.* 1995, p.48).

### **1.10.1. La professionnalisation par la recherche**

Pour devenir chercheur, deux points apparaissent essentiels : être formé et avoir « le profil ».

« Tout soignant peut être un chercheur qui se méconnaît. Encore faut-il lui permettre de développer ses capacités, de saisir le sens de ce qu'il observe, de s'étonner, de s'interroger, de s'intéresser et de chercher à découvrir », (Collière, 1999, n°143, p.14).

Avant de s'engager dans une recherche selon Letourneau (1999), « il faut avoir, me semble-t-il une formation solide. Il ne faut pas laisser croire à des étudiants en soins infirmiers ou en école de cadre soignant que leurs mémoires de fin d'année sont des travaux de recherche ». Les formations de deuxième cycle (licence, master) initient à la démarche et aux outils et techniques de la recherche. Elles permettent un apprentissage du raisonnement, de la méthodologie. Seules, « les filières du troisième cycle (Diplôme d'études approfondies : aujourd'hui, Master2 Recherche) forment des chercheurs ». (Manicot, 2001, p.36). Les données recueillies dans l'enquête exploratoire confirment ces propos.

Actuellement en France de nombreux centres hospitaliers recrutent des infirmières titulaires ou en cours de doctorats pour être responsables de la recherche clinique infirmière et

paramédicale. La professionnalisation par la Recherche en sciences infirmières et paramédicales concerne donc chaque soignant même s'il est reconnu qu'il faille valider une formation spécifique, de 3<sup>ème</sup> cycle, pour devenir chercheur. Les entretiens exploratoires vont dans ce sens. « *Cette profession existe car nous sommes là. Peu à peu, la profession va prendre de l'importance dans la formation et sur les terrains, des groupes se forment, des équipes commencent à chercher* », déclare la plupart des enquêtés. Quelques établissements commencent à créer des commissions de recherche. Pour les professionnels, être chercheur dans le domaine des soins infirmiers, c'est avant une qualification, ainsi qu'une fonction infirmière et par cela une compétence infirmière en 4<sup>ème</sup> position dans les textes officiels en France. Les entretiens conduits auprès des étudiants font ressortir que c'est un travail d'étudiants, ils se basent sur ce qu'ils connaissent et observent à l'École et sur les terrains de soins. Cette compétence infirmière peut-elle être pertinente lors du travail d'un infirmier en service? Le terme infirmier chercheur et celui d'infirmier de recherche sont employés. Quelle en est la différence? L'infirmier de recherche semble plus précisément être un infirmier qui travaille, participe à des recherches cliniques. La notion d'infirmier chercheur désignerait un terme plus général quant à la reconnaissance par la communauté scientifique d'un infirmier qui a mené des recherches au-delà du troisième cycle universitaire, recherches reconnues et validées donc publiées. Les deux expressions : « infirmier chercheur » et « infirmier de recherche », sont peu connues aussi bien par les infirmiers, que par les étudiants.

La posture de chercheur avec le questionnement, c'est d'être « curieux », « rigoureux » et aussi le fait de suivre une méthodologie spécifique. Les professionnels déclarent que l'infirmier chercheur est là pour trouver des réponses sur les terrains d'exercice, pour améliorer le travail, développer les soins infirmiers. Sans forcément devenir infirmier chercheur, la recherche concerne tous les infirmiers (même ceux qui n'ont pas de diplôme universitaire). En tant que « consommateurs de recherches », les infirmiers sont constamment amenés à réviser et améliorer leur pratique. « La recherche faisant partie des obligations professionnelles des soins infirmiers vis-à-vis de la société, sa contribution aux soins de santé doit continuellement être évaluée et renforcée », a apprécié le (Comité de rédaction, 1996, ARSI, n°44, p.72). De la fonction, (Formarier, 1989) se pose la question qu'en est-il de la réalité des écoles de formation initiale sur (la professionnalisation par la recherche) et des terrains actuellement?

La professionnalisation par la recherche est un élément du programme des études universitaires. Dans les modalités, l'initiation à la démarche de recherche est souvent associée

au travail de mémoire professionnel de fin d'études demandé en troisième année de formation initiale dans les établissements d'enseignement du Tchad : les écoles régionales de santé et des affaires sociales (ERSAS) et la Faculté des Sciences de la santé (FSSH). De plus, le contexte réglementaire lié au travail de fin d'études a changé au Tchad.

En France par exemple, le mémoire de fin d'études devient, avec l'Arrêté du 6 septembre 2001 et le programme de formation actuel, un travail individuel pris en compte dans la validation pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. Nous avons voulu débattre sur la professionnalisation par la Recherche avec les formateurs pour le compte des étudiants en fin d'année, ainsi qu'avec des professionnels de différents terrains de soins pour les 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>ème</sup> année. Nous nous sommes alors questionnés sur la définition de la professionnalisation par la recherche en santé, son histoire, ses finalités et buts, sur les modalités de l'initiation, sur la théorie en l'explicitant et l'identification du chercheur. Tout au long de la formation, les étudiants sont amenés à vivre différentes situations qui entrent en jeu dans la construction théorique du processus de production de mémoires en fin de formation. La professionnalisation par la Recherche est considérée comme un outil de cette construction. Mais, comment y participe-t-elle? Quelles sont les finalités, les objectifs et les modalités de la Recherche dans la formation initiale en santé?

L'Universitarisation des études qui conduit aujourd'hui au Diplôme d'Etat d'infirmier dans plusieurs pays européens avec la reconnaissance du système Licence-Master-Doctorat (LMD) officialise la recherche en soins de santé, ouvrant une voie inédite et valorisante à de nombreux infirmiers qui pourront poursuivre leurs études jusqu'à l'obtention d'un doctorat en la matière. Les portes d'entrée dans la recherche sont multiples et la recherche se professionnalise également par la création de nouveaux métiers, réservés et/ou accessibles aux infirmiers, des méthodologies applicables dans différents domaines et des processus de plus en plus rigoureux et maîtrisés dans le processus de production de l'écriture scientifique, une réglementation plus prégnante, la conscience plus aiguë des acteurs de la recherche de leur rôle dans le processus et des enjeux éthiques, des possibilités de financement des projets.

L'hypothèse se déclinerait ainsi à cela: les facteurs qui influencent le processus de construction de l'identité professionnelle de l'étudiant, lors du travail d'initiation à la recherche en formation initiale sont directement engendrés par les écarts entre le sens donné par les étudiants à la recherche, le sens donné par les professionnels de terrain et les finalités de la théorie et la réalité des attentes, qui pourrait se faire dans des études ultérieures.



Le corpus de données est élaboré à partir de documents textuels (programmes) centrés sur la Recherche en formation initiale en santé et d'enquêtes par :

- passation de questionnaires auprès des étudiants de différentes Ecoles et auprès de professionnels de différents terrains de soins ;
- entretiens auprès de personnes ayant le statut de chercheurs au Tchad.

L'échantillon global représentatif de la population est constitué par trois sous échantillons: étudiants en formation initiale en santé, les professionnels formateurs et les chercheurs universitaires.

Le traitement et l'analyse des données sont réalisés à l'aide d'outils informatiques dédiés aux traitements statistiques, en particulier analyse des données textuelles. La recherche en formation initiale en santé est un objet complexe et évoluant avec la profession. La question du sens et de la signification de la Recherche se pose de manière récurrente.

### **1.10.2. La recherche: le lien entre la théorie et la pratique en formation**

La recherche dépend de la théorie (Fortin, 1996, n°47, ARSI, p.19). En ce sens elle apporte une signification aux concepts utilisés dans une situation donnée. La théorie guide la conceptualisation des problèmes de recherche. La pratique interroge (Kerouac et al. 1994, p.109), suggère des hypothèses. « La recherche est le lien entre notre pratique professionnelle et nos connaissances qui permettront la validation de la scientificité de notre profession, par des démarches d'observation, de raisonnement de rigueur et de créativité», Champault (1995). Dans la relation théorie/pratique, la théorie se définit en référence et en opposition à la pratique et se trouve souvent et maladroitement assimilée à toute réflexion et à tout discours sur les idées. La pratique, elle, est souvent réduite à sa seule composante technique.

Bachelard (1971) souligne que la différence de démarche, qui oppose théorie et pratique n'existe pas pour le scientifique, elle n'est réelle que pour le profane. Le mot profane est pris dans son sens étymologique «Hors de temple». Pour l'auteur, il s'agit du temple de la pensée scientifique. On ne peut passer: « de la pratique à la théorie dans une démarche scientifique qui en fait, n'est rien d'autre qu'un questionnement intelligent qui permet une lecture du réel où s'exerce la pratique; de la théorie à la pratique sans une démarche scientifique d'adaptation à la réalité.» (Bachelard, 1971).

Les entretiens conduits auprès des professionnels de terrain, mettent en avant le lien entre la recherche et la qualité des soins : « *nous sommes une profession de praticiens, on veut à la fois améliorer la connaissance, les connaissances infirmières, mais pour qu'elles servent à*

*améliorer les pratiques de soins, la connaissance doit avoir un lien avec les pratiques, bien sûr pas uniquement mais il doit y avoir un lien, dans ce que je disais, il y a vraiment un travail à initier* ». Certaines équipes y travaillent mais ce n'est pas reconnu et leur travail n'est pas utilisé. Pour que la recherche soit reconnue sur le terrain des pratiques professionnelles, la politique institutionnelle est fondamentale. Le contexte actuel n'est pas spécialement favorable au développement de la recherche en sciences infirmières puisque pour l'instant les institutions n'ont aucune obligation :

«La recherche doit faire partie d'un projet d'établissement c'est un levier, un facteur de l'évolution des soins, car contrairement à bien des fondations, elle ne reste jamais au stade des idées, elle est toujours exprimée dans une pratique à partir de situations qui se présentent dans leur complexité car la recherche s'apprend en se pratiquant. La recherche ainsi inscrite dans la pratique est surdéterminée par un ensemble de priorités et de contraintes qui oblige l'infirmière à restructurer ses connaissances théoriques en fonction de paramètres dont parfois elle ne soupçonnait même pas l'utilité de (économique, démographie, anthropologie, physiologique, etc.)», (Formarier, 1989, ARSI n°18, p.9).

### **1.10.3. Les finalités de la formation par la recherche**

La recherche doit permettre: «de développer des connaissances scientifiques professionnelles et leur application pratique, à savoir le soin des personnes malades ou en bonne santé, de rationaliser et d'évaluer la pratique professionnelle» (Fournels, 1999, p. 30), de rationaliser les connaissances infirmières mais aussi de les rendre peut-être plus visibles, plus reconnaissables par les autres professions dans une sorte de productions scientifiques.

L'existence de la recherche infirmière montrerait ainsi que la profession est autonome et affranchie de la tutelle d'autres sciences, médicales en particulier parce qu'elle peut construire elle-même ses propres savoirs. Pour le Comité européen: elle contribue donc à valoriser la profession (Ibid. p. 30), à définir les paramètres d'une profession. Aucune profession ne saurait connaître un développement continu sans l'utilisation de la recherche. «D'entraîner un processus de professionnalisation qui ferait passer la profession d'une conception de métier à une conception de profession», (Ibid. p.30).

Les finalités de la recherche en soins infirmiers semblent être les mêmes que celles de toute recherche scientifique, à savoir l'acquisition de savoir en santé : élargir les connaissances (de les formaliser), contribuer à améliorer les prestations sanitaires, « établir les connaissances infirmières sur des fondements scientifiques», (Chater, 1975, p.3). La recherche permet « de guider les pratiques pour que les infirmières, dans leur champ d'exercice, puissent utiliser des données qui existent ». (Jovic et al. ARSI, n°47, p.42).

Nous nous référons et nous concevons des théories de soins, dans la conceptualisation les soins infirmiers et qui nous engage dans la recherche. Le niveau de développement de la culture infirmière témoigne de la synergie au sein de groupe professionnel; il ne peut y avoir culture professionnelle qu'à partir de l'élaboration et de la transmission d'un savoir. La culture professionnelle infirmière est constituée d'un ensemble de données notamment: les connaissances, les règles, les techniques, les pratiques, les valeurs, la déontologie, les codes et la terminologie. La réglementation légitime cette évolution. La culture infirmière comme structure et filiation se concrétise parfaitement au travers de l'organisation professionnelle, la prestation des soins, l'enseignement, l'encadrement et la direction. Elle est bien « un ensemble de faits appartenant au même groupe réuni autour d'une même pratique, pour la même finalité de soins infirmiers de qualité en réponse aux attentes des usagers», (Duboys, 1999, p.99).

Le mot (initiation) signifie « introduction à la connaissance des choses secrètes, cachées, difficiles. C'est l'action de donner ou de recevoir les premiers éléments d'une science, d'un art, d'un jeu, d'une pratique, d'un mode de vie » (Dictionnaire Le Petit Robert). Ceci étant, le mot « initiation » s'apparente à l'apprentissage ou à l'instruction par transmission des savoirs. Pour initier, les fonctions d'accompagnement, de suivi et de guidance du formateur prennent toute leur importance. Pour transmettre, nous pensons qu'il faut connaître et au mieux avoir déjà fait soi-même une ou plusieurs recherches validées.

A ce sens général du mot « initiation », nous pouvons rajouter le sens suivant qu'a donné (Graziano, 1994, n°25, p.66), «action d'initier, d'amorcer, de déclencher un processus, par une interprétation, une formulation en écho, une acceptation inconditionnelle, une écoute attentive ».

Le sens donné à l'initiation à la recherche dans les Instituts de Formation en santé s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins dispensés. Pour un établissement de formation, la recherche en soins infirmiers s'inscrit dans le cadre de la construction d'un savoir infirmier dans la participation à une reconnaissance identitaire. Un établissement précise que : « *l'apport méthodologique de la recherche permet cette élaboration des conceptions de soins infirmiers* ».

La démarche de recherche en sciences infirmières est une démarche scientifique qui, validée, améliore les soins infirmiers et participe à l'élaboration des sciences infirmières, à la reconnaissance d'une profession. Les autres réponses sont davantage en lien avec des finalités pour l'étudiant lui-même par la recherche. Former à la recherche apparaît, alors plus, dans les

objectifs par le fait d'apprendre une méthodologie particulière. Pour revenir à la finalité, ou plutôt finalement aux finalités de la recherche, nous allons retranscrire des propos relevés lors des entretiens: une finalité de la recherche serait d'enrichir la culture d'un secteur.

Il faut différencier les rapports de la recherche pratique. Il y a deux fonctions différentes de la pratique; une fonction de corps de recherche: constitue un corps de connaissances avec différentes sources, la seconde est de servir à la recherche pour résoudre un problème précis. Une finalité de la recherche est de produire des connaissances qui permettent de donner les contours de ce qui pourrait être les sciences infirmières. Une recherche pour enrichir le domaine des soins infirmiers doit être validée scientifiquement, reconnue scientifiquement, être publiée ou diffusée. Avoir enrichi ses connaissances, ses propres connaissances apparaît en 1ère position dans le choix des étudiants. Ils ont pu rencontrer et échanger avec des professionnels, en 2ème position. Puis les propositions choisies avec une majorité est de tout à fait d'accord, sont:

- « avoir pris du recul ;
- avoir développé des éléments d'aide pour la vie (futur) professionnel;
- avoir développé un esprit critique ;
- avoir développé une ouverture d'esprit ».

Ils (étudiants) sont plutôt mitigés sur le fait d'avoir participé à un travail d'équipe avec un terrain professionnel. Les propositions sur le fait de résoudre un problème et d'intégrer une ou plusieurs nouvelles techniques de soins apparaissent en dernier. Ils se rendent compte que leur travail de recherche leur amène surtout des éléments pour eux, qui leur serviront ensuite dans le sens d'apports de connaissances, mais aussi d'une évolution, dans la construction de leur identité professionnelle, et du professionnel qu'ils vont devenir.

Pour les professionnels, les deux premières réponses sont les mêmes: l'enrichissement de ses propres connaissances, et le fait de rencontrer et d'échanger avec d'autres professionnels. Le fait de participer à un travail d'équipe apparaît ensuite car pour les recherches menées sur le terrain, elles se font en équipe ou du moins par plusieurs membres de celles-ci, ce n'est plus un travail d'étudiants qu'il soit individuel ou en groupe. Il semble que même si les professionnels pensent que la recherche permet une résolution de problème (idée vue précédemment), pour celles qui ont réalisé des recherches, cela n'en a pas toujours apporté.

Quant à la finalité première de la recherche: enrichir le domaine des soins infirmiers et de la formation, la majorité des formateurs semble plutôt indécis avec cela.

Pour les étudiants, la question de l'identité semble se poser. L'étudiant se construit et pour cela la recherche en soins infirmiers l'aide à devenir le professionnel dans le processus de production des écritures professionnelles (mémoires) qu'il sera demain. Il doit se positionner et réfléchir sur ses actes. Nous avons vu dans l'enquête exploratoire que plusieurs d'entre eux notent une finalité de la recherche dans sa réalisation par ce qu'elle leur apporte à eux-mêmes. La finalité en lien avec les travaux d'initiation à la recherche en formation sont à relever : obtenir les conditions pour présenter le diplôme d'état, en lien avec des étapes méthodologiques fixées par l'école.

Pour d'autres étudiants, les finalités d'une recherche se confondent avec celles du travail d'initiation lui-même. Pour certains étudiants, les (finalités de la recherche et finalités) du travail d'initiation fait en 3<sup>ème</sup> année d'études se confondent. Il semble tout de même qu'une partie de ceux-ci perçoivent la différence: l'apport d'une recherche est d'améliorer les soins infirmiers, mais le travail qu'ils font leur apporte à eux d'enrichir leurs connaissances, d'autant plus qu'ils ont choisi leur thème et que cela leur permet aussi de saisir une posture, celle du chercheur.

Faire de la recherche en soins infirmiers implique une certaine posture et d'être initié à une démarche, à une méthodologie d'écriture de production du type de mémoires de recherche en fin d'études et aussi à une posture. « La notion de posture implique l'idée d'équilibre instable, d'effort, de travail en cours, dans la durée », (Ardoino, 1990, pp. 22 - 34). A la différence de la posture que le modèle du peintre a, par exemple, peut tenir et reprendre pratiquement à l'identique, la posture ne renvoie pas à une figure précise qu'on pourrait dessiner hors le temps. La posture n'est pas une position choisie et qu'on voudrait conserver, c'est bien davantage une façon d'être, une attitude c'est-à-dire une façon d'aborder la chose, dans tel ou tel état d'esprit et qui va donner lieu à une série de variantes, de figures possibles, de variations dans les aléas de la temporalité.

L'éclairage de Vial, (1997) sur la posture remplace la notion d'état dans l'essentialisme, de fonction dans le fonctionnalisme. « La pose renvoie à une mécanique de la duplication, la position renvoie à un choix cru irrémédiable, dans la résolution de problèmes et la computation. La posture renvoie au projet », (Ibid. 1997).

Le projet professionnel que chacun a tout au long de sa carrière, dépend donc de cette posture. Nous retrouvons des éléments identiques dans les projets décrits par les quatre écoles qui nous ont répondu. Une finalité est de développer chez l'étudiant la capacité à se positionner dans une posture de recherche, notamment en termes de questionnement, de rupture avec les

certitudes pré établies. Nous retrouvons le propos que tiennent deux personnes sur le droit et/ou le risque de se tromper dans ce que l'on recherche. « *Il faut se laisser guider par le fil de la recherche* ». « *C'est vraiment une posture particulière* ». D'autres finalités sont de:

- « *susciter l'écriture professionnelle et la collaboration à des travaux de recherche pour la future professionnelle* » ;
- « *approfondir des savoirs en permettant un cheminement professionnel* » ;
- « *amener une analyse de la pratique et une réflexion professionnelle* » ;
- « *favoriser et encourager les interrogations, le questionnement* ».

L'accent est porté par certains sur la nécessité d'encourager les étudiants à utiliser les travaux précédemment effectués (pour cela, ils doivent lire (...) et produire. Les finalités diffèrent selon les écoles. Le lien est surtout par rapport à l'apprentissage d'une méthodologie et des objectifs sur l'interrogation professionnelle, le fait d'analyser, de « *développer un sens critique* » et par là de se positionner, puis de réaliser un travail écrit et de le soutenir à l'écrit. Les objectifs de la professionnalisation par la recherche sont cohérents et pertinents avec la ou les finalités citées et sont plus ou moins détaillées selon les Ecoles Régionales de Santé et Affaires Sociales (ERSAS). Il est tout de même à préciser la finalité suivante : « *participer (pour l'étudiant) à la construction d'un savoir infirmier* ».

La recherche va pouvoir donner des bases transférables et utilisables mais sur du moyen terme. Au niveau d'une initiation, c'est partir sur une maladresse que d'attendre que les mémoires des étudiants produisent des savoirs académiques et enrichissent le patrimoine infirmier. Il y a confusion entre recherche et initiation à la recherche. Quand on est en initiation définit (Benner, 1995, 256 p.), «on est novice, je me réfère au modèle d'apprentissage qu'a d'ailleurs adapté un auteur au niveau des soins infirmiers qui a écrit le livre de novice à experts ».

Le novice n'a aucune expérience de la recherche. Pour pouvoir produire, il lui faut déjà s'initier aux méthodes. Pour une autre personne interrogée, ayant le statut de cadre de santé, la finalité de l'initiation à la recherche en soins infirmiers est d'amener l'étudiant en tant que professionnel à «*pouvoir s'inscrire dans une recherche quand cela se présente; de participer à un groupe de recherche qui se forme* ». En formation initiale des agents sanitaires, il y a apprentissage d'une méthodologie, d'une rigueur, d'une posture, un apport de connaissances pour eux propre, ce n'est pas forcément découvrir de nouvelles connaissances, en formation initiale en santé cela paraît limité, en temps, juste une initiation.

Nous pointons ici la notion de temps. Mener une recherche sur un temps d'école en formation initiale, en plus de tous les autres enseignements à valider, semble difficile, très difficile. Au-delà de la finalité dans le comportement professionnel, l'initiation à la recherche en soins infirmiers a aussi des objectifs. L'un d'eux serait de découvrir, d'apprendre une méthodologie de la recherche et ce qui s'y rattache. Pour définir des objectifs, « nous allons reprendre les raisons de l'initiation des étudiants à la recherche », citées par (Morand *et al.*, ARSI, n°68, pp. 93 - 109). C'est la formulation d'objectifs de l'initiation à la recherche, que je trouve le mieux correspondre à la réalité. Ainsi, cette dernière existe selon (Bruggen, 1980, p.117), « afin que les étudiants apprennent à argumenter, critiquer, se poser des questions, de les encourager à initier des recherches personnelles, de leur donner les outils nécessaires pour faire de la recherche en tant que professionnels et ainsi participer au développement de la profession, qu'ils prennent conscience de l'importance de la recherche dans les soins infirmiers ».

Ainsi, l'initiation à la recherche en soins infirmiers intègre un projet pédagogique propre à chaque Institut de Formation en Soins Infirmiers. Les formulations des projets sont différentes. Des points sont communs. Tous visent à former par la recherche et à participer à la construction de l'identité professionnelle mais aussi à la recherche au niveau de la méthodologie et de ses outils. Nous allons maintenant voir les différentes modalités que peut revêtir une initiation à la recherche en soins infirmiers.

#### **1.10.4. Les modalités formatives de la recherche**

L'initiation à la recherche revêt son importance en 3<sup>ème</sup> année de par la réalisation du travail de fin d'étude ; Cependant, elle débute bien avant. Dès la 1<sup>ère</sup> année, les étudiants acquièrent différents outils et savoirs transférables à la recherche. La plupart des écoles tiennent compte de ces éléments acquis avant la 3<sup>ème</sup> année et utilisables par l'étudiant lors du travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Par exemple, la réponse d'un formateur d'une Ecole de formation des agents sanitaires et sociaux développe ce qui est fait dans son établissement: en 1<sup>ère</sup> année.

Les travaux de recherche permettent un approfondissement des modules transverses aux cours d'un module fixe (cette année module de gynécologie-obstétrique associé à celui de pédiatrie pédopsychiatrie), travaux de groupe sur des thèmes d'actualités en lien avec les modules précités. Puis la réalisation d'un exposé est orale au reste de la promotion (oral évalué et donc noté). En 2<sup>ème</sup> année, la même chose se dégage mais avec le module autre. En 3<sup>ème</sup> année, elle prend la forme du travail de fin d'études: élaboration d'un mémoire évalué à l'écrit et à l'oral par le biais d'un temps de soutenance face à un jury de 2 personnes: un formateur et un

professionnel de terrain en lien avec le sujet. Actuellement, la grande majorité des écoles associe le travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers avec le travail de fin d'études.

Dans l'école où nous avons eu à exercer, plusieurs travaux concourent à préparer l'initiation à la recherche et à donner aux étudiants des outils transférables lors de leur travail en 3<sup>ème</sup> année. Nous faisons, par exemple, en 2<sup>ème</sup> année un travail sur une situation vécue en stage. Chaque étudiant doit prendre une situation de soin, la décrire de façon précise par écrit, mettre en lien avec les différents éléments de la situation afin de rendre évident la ou les problématiques, préciser les actions mises en œuvre, expliciter l'évaluation qui en a été faite dans l'équipe, puis faire une analyse critique en identifiant les ressources mobilisées pour analyser la situation (connaissances éthiques, méthodes de recueil de données), en portant un regard personnel sur cette situation de soins.

Les objectifs de ce travail sont formulés ainsi de manière à renforcer la dynamique de formation, confronter et mettre en lien théorie et pratique, développer la capacité à se questionner, à évaluer, à s'auto évaluer, analyser des situations de soins vécues pour poser les bases de la recherche en soins infirmiers. Les liens avec la recherche en soins infirmiers considérés comme un acte professionnel paraît évident, le transfert ne le lui est pas toujours. Les étudiants ne voient pas toujours l'intérêt de ce travail car la recherche de professionnalisation par la recherche en soin, « c'est en 3<sup>ème</sup> année ». Si le travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers débute avant la 2<sup>ème</sup> année, il est surtout réalisé en 3<sup>ème</sup> année. Au niveau des modalités, les formateurs n'ayant décrit le projet de l'école où ils sont, par rapport à l'initiation à la recherche rapportent soit un travail individuel, soit en groupe (de 1 à 2, de 2 à 5). Là où les étudiants partent d'un questionnement sur un sujet choisi, mais partant d'une (situation proche de leur domaine de soins vécus). Les formateurs forment et la guidance ou l'accompagnement se fait soit en individuel soit en collectif.

Des temps semblent imposés selon les Ecoles de Formation en Santé; les autres moments de rencontre avec un formateur référent ou non sont alors à la demande. Un formateur précise que l'exigence va jusqu'à la formulation d'une hypothèse et pas au-delà, même si cela est possible. Pour ce qui est des projets de ce travail d'initiation, les équipes pédagogiques des écoles d'infirmiers les préparent et les présentent aux étudiants avant qu'ils démarrent ce travail. Tous les projets répondent aux exigences des textes et à un consensus pédagogique d'équipe. Ils diffèrent dans la forme et les formulations mais pas dans le fond. Il est essentiel que les modalités soient en cohérence avec les objectifs formulés découlant d'un consensus pédagogique. Dans le corpus de données obtenu par les questionnaires, nous pouvons définir



la conception d'une initiation à la recherche en soins infirmiers par les professionnels et les étudiants. Pour les deux groupes, l'apprenti chercheur «part d'une observation de terrain» («situation-proche de soins vécue») notée plus haut.

De même, les deux groupes se retrouvent quant à la nécessité de communiquer sur le travail réalisé dans l'initiation à la recherche et donc d'un écrit, et d'une soutenance orale. Les professionnels soulignent l'intérêt de la participation à une action sur le terrain alors que les étudiants sont plutôt partagés quant à cette réponse; ce n'est pas ce qu'ils vivent actuellement. Un autre écart est observé : les professionnels déclarent que ce travail fait partie de l'expérience professionnelle alors que pour les étudiants il s'agit de la réflexion du chercheur. L'initiation à la recherche devrait relever des deux en ramenant à l'idée de posture et de lien théories/pratiques.

Il est à noter que dans les commandes institutionnelles des écoles, la totalité de la méthodologie de la recherche n'est pas exigée dans ces travaux au regard du temps imparti-mieux vaut-il faire bien les premières étapes, jusqu'aux hypothèses, déclarent certains formateurs, que de valider celles-ci très vite, trop vite? La majorité des étudiants interviewés voient pourtant dans l'initiation à la recherche le fait de répondre aux hypothèses. Lors de la recherche, il s'agit de mettre à l'épreuve l'hypothèse. Nous pouvons revenir sur les propos tenus lors d'un des entretiens, sur les objectifs en rapport avec le niveau d'initiation: *«quand dans certains instituts on veut que les étudiants réussissent à aller vérifier leurs hypothèses, on n'est pas à ce niveau ou alors il faut repartir d'un travail démarré; on est dans un niveau d'initiation à la recherche, on ne peut pas demander de la production de connaissances, on va leur demander de découvrir ce qu'est la méthodologie, de savoir adapter leurs questionnements. Dans les conceptions des modalités, sur le fait (d'expérimenter) tout ou partie de la recherche, les deux groupes ont une majorité de personnes qui sont «indécises».*

Nous pouvons noter une préférence dans le groupe des professionnels pour une exploration de la totalité de la méthodologie de la recherche avec finalement presque autant «d'indécis» que de «tout à fait d'accord». Sur le terrain, plusieurs types de recherche se retrouvent comme la recherche clinique aussi, et les résultats comptent; ainsi, pour les professionnels, faudrait-il mieux que les travaux d'initiation soient menés avec les équipes de terrains et jusqu'au bout? L'initiation à la recherche doit-elle se faire individuellement ou en groupe? Associée au travail de fin d'études, elle devient un travail individuel. Pour l'instant, la conception des étudiants et des professionnels est plutôt par groupe.

La conception de l'initiation à la recherche, par un travail de recherche individuel, est envisagée dans les deux groupes avec une majorité de personnes déclarant être plutôt d'accord avec cette proposition. Les travaux en petit groupe semblent avoir la préférence car ils permettent les échanges avec plus de facilité que dans un grand groupe; ils permettent de respecter les réflexions de chacun et d'en tenir compte. Nous avons vu ce qui était du collectif et de l'individualité. Il est à noter d'après (Raynal et Rieuner, 1997, p.143) que « la notion de groupe est particulière dans la pédagogie et qu'elle est (indissociable du «travail en petit groupe) et du groupe tel que l'envisage la psychologie sociale».

« Si le travail de petit groupe est efficace, c'est parce qu'il favorise la mise en œuvre de deux grands principes de l'apprentissage: le premier, issu du perspectif constructiviste piagétienne, c'est par l'intermédiaire des actions sur les objets que se modifient les schèmes (assimilation/accommodation/équilibre, conflit cognitif) », (Ibid, 1997, p.143). Le second, issu de la psychologie sociale du développement, c'est par la confrontation des points de vue que peut s'opérer la transformation des représentations (conflit sociocognitif et restructuration cognitive). « Le formateur peut ainsi décliner une infinie variété de groupements d'élèves « correspondant à la panoplie des actes intellectuels ou comportements recherchés», (Ibid., 1997). Lorsque le travail d'initiation à la recherche est individuel, il semble que des temps en groupe lors de guidance soient toujours mis en place et induisent différents apprentissages.

#### **1.10.5 L'identification du chercheur**

Dans le dispositif de formation en alternance, les étudiants ont des temps d'école et des temps de stage. Pour se construire une identité professionnelle, nous avons vu que l'identification faisait partie du processus. Lors des entretiens exploratoires, il ressort notamment, le peu de modèle identificatoire pour les personnes qui se forment. Le travail de recherche se fait surtout en formation pour les infirmières, nous en retrouvons peu sur les terrains, ce n'est pas une priorité, pour les individus.

Comment les étudiants peuvent-ils avoir une idée de quelque chose qui n'existe pas ou peu? La recherche dans la formation, c'est une ligne de programme, non pas une conception pour faire. Il n'y a pas de laboratoire de recherche, peu de professionnels au niveau de la thèse qui deviennent chercheurs, par voie de l'université il y a des médecins finissant à la (FSSH et IUSTA) qui contribuent à promouvoir la recherche en soins infirmiers en permettant des diffusions. Ces diplômés (DEA etc., aujourd'hui Master 2 Recherche) s'acquièrent dans

d'autres sciences qu'infirmières car ici elles n'ont pas de légitimité puisque méconnues. Elles existent au Canada, en Belgique, en France, mais pas dans notre pays en particulier.

Il est important de montrer qu'il semble que ce soit difficile pour les étudiants de s'identifier. A cette question : comment se rendre compte de l'importance de quelque chose qui est un élément de l'exercice de la profession infirmière lorsque ce n'est pas fait sur les terrains? En ont-ils déjà rencontré?

Dans les résultats des entretiens de l'enquête préliminaire, les formateurs et des étudiants, déclarent que la recherche infirmière existe sur les terrains extrahospitaliers pour les premiers et pour les seconds, cela se passe sur les terrains hospitaliers.

Les étudiants citent les mémoires de 3<sup>ème</sup> année. Les recherches réalisées (mémoires) par les formateurs sont peu repérées. Cependant, peu de formateurs font des études universitaires dans le domaine de la recherche, et peu font référence à leurs travaux. Ils citent des travaux extérieurs (recherche sur l'hygiène,...). Certains étudiants font référence à l'existence de certains travaux à travers des publications.

Si certains formateurs déclarent avoir rencontré des chercheurs ou des infirmiers chercheurs, il n'en n'est pas de même pour les professionnels qui opposent un non en majorité, de même que pour les étudiants.

Les professionnels chercheurs ont leur rôle dans le développement de la recherche et la validation de travaux. Les étudiants, au regard neuf et à l'esprit contestataire, sont capables de désigner les problèmes en soins infirmiers qui nécessitent des travaux recherches.

#### **1.10.6. La contribution à la professionnalisation par la recherche**

La visée d'une formation par la recherche en formation initiale est de contribuer au processus de professionnalisation et donc de développer la compétence à porter « une attention, une application envers quelqu'un ou quelque chose. Le mot soin prend alors le sens de (moyens) par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade »<sup>65</sup>.

Tels que définis par le Conseil international des infirmières, les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux

---

<sup>65</sup>"En 2002, la prévention représente, au total, 6,4 % de la dépense courante de santé en France." Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, Etudes et Résultats, N° 504 • juillet 2006. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er504/er504.pdf> (archive).

familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants quel que soit le cadre. Ils se focalisent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Ils englobent également la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation en formation initiale. Les soins infirmiers sont traditionnellement dispensés par les infirmiers et infirmières.

Les soins de santé quant à eux relèvent des sciences appliquées et des sciences biomédicales. Ils se centrent sur la santé de l'Homme ou de l'animal. Ils impliquent non seulement la recherche, l'étude et la connaissance de la santé, mais également l'application de cette connaissance aux fins d'améliorer la santé, de guérir des maladies, et d'améliorer le fonctionnement du corps. Les soins de santé se fondent sur la médecine, la pharmacologie, la biologie, la chimie et la physique ainsi que les sciences sociales (par exemple la sociologie). Les soins de santé sont contemporains des mœurs et tiennent compte des thématiques d'éthique et de bioéthique, tels que la vie privée, l'avortement, l'euthanasie, le clonage ou encore les manipulations génétiques. Le secteur des soins de santé comprend une large gamme de disciplines dont le cadre relève de définition et de détermination du Conseil international des infirmiers et infirmières.

Le Conseil international des infirmières (CII), fondé en 1899, est une ONG fédérant des associations nationales d'infirmiers et infirmières. Il représente le personnel infirmier de plus de 128 pays. Son siège est basé à Genève en Suisse. Il est géré par des infirmiers et infirmières, et œuvre dans différents buts : promouvoir et garantir des soins infirmiers de qualité pour tous, garantir de solides politiques de santé, œuvrer pour l'amélioration de la formation des infirmiers et infirmières, afin qu'ils soient compétents et satisfaits, œuvrer pour une profession reconnue et respectée. La profession infirmière protégée par le conseil international des infirmiers est légiférée à différents niveaux dans les pays où cela s'organise mieux par un observatoire parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS).

- *Le cadre stratégique*

Plusieurs pistes de réflexion sont pointées. La première est celle du « lire » et de l' « écrire » pour l'acquisition de savoirs académiques. Il semble que les infirmiers et infirmières lisent peu et écrivent peu réellement. Alors peut-être faudrait-il accompagner à la lecture et à l'écriture en cours de Formation et faire que ce qui apparaît comme une obligation scolaire deviennent une ressource du quotidien en tant que professionnel.

Il est alors important de comprendre ce qui est de l'ordre de l'entrée dans l'apprentissage de la lecture et de l'écrit. Il faut un espace-temps particulier pour cela. L'espace-temps est primordial dans la recherche (temps imparti) mais aussi l'espace géographique et la reconnaissance de celui-ci comme terrain de recherche. S'il y a encore peu de recherches infirmières publiées, les travaux doivent se multiplier dans les établissements de formation initiale et aussi sur les terrains hospitaliers, extrahospitaliers sur les mémoires, les travaux d'équipe; quelques postes d'infirmiers chercheurs malheureusement ils n'en existent et cela ne se développent presque pas. Cela dépend encore beaucoup de la volonté institutionnelle.

Les associations nationales sont fortement liées à la vie universitaire et ne décident rien sans concertation, (Jacques, 1990, ARSI, n°23, p.92). Il y a de l'ordre des agents socio-sanitaires au Tchad, des spécificités à la recherche en soins infirmiers (toujours connues des professionnels) mais rien ne ressent un consensus national, rien n'est en place pour tout répertorier, pour créer une unité. S'en rendre compte est déjà un premier pas. Si la recherche en soins infirmiers n'est pas encore un axe prioritaire de la profession, elle se développe. La profession évolue et les sciences infirmières seront peut-être reconnues un jour comme une discipline à part entière avec leur propre filière au Tchad. La profession évolue en lien avec l'évolution des programmes de formation.

Ce qui semble se dessiner dans l'avenir est un passage par l'université du moins pour la première année des études. Les questions du contenu de la formation, de leur pertinence aux besoins en santé de la population se posent actuellement de manière forte. Nous n'avons nullement la prétention d'y répondre, mais nous les énonçons pour rendre compte du contexte d'évolution. De nombreux travaux de recherches, de la documentation offerte par l'OMS dans nos écoles sont diffusés en anglais, alors que notre pays à un niveau très faible en langue anglaise. Il serait important pour tous les étudiants et futurs professionnels de connaître l'anglais. Des cours pourraient être proposés lors des années de formation et aussi par la suite dans les différentes structures de soins.

Une autre proposition est de renforcer les liens entre les écoles et les terrains. Les thèmes des travaux d'initiation à la recherche sont choisis par les étudiants. Ils sont souvent en lien avec leurs préoccupations et non celles du terrain qu'ils sollicitent lors des recherches en utilisant différentes outils méthodologiques: questionnaires, entretiens. Les professionnels de terrain sont parfois sollicités pour les guidances des mémoires. Ils le sont toujours pour les jurys aux soutenances des mémoires. Certaines écoles proposent (ou commencent à proposer) à des

étudiants de participer à une recherche en soins infirmiers, soit sur un projet de l'école, soit sur un projet d'un terrain.

Nous proposons aussi de développer des séances d'analyse de la pratique professionnelle lors des études, puis sur le terrain. Certains lieux en ont mis en place mais encore si peu. Pourtant ce travail permet un recul sur sa pratique professionnelle. Ce recul est essentiel dans la posture du chercheur. Selon Auguste Comte, « la compréhension de notre monde passe désormais par la science ». La science répond à une fonction sociale et ne peut se soustraire aux influences de son environnement, qu'elles soient de nature idéologique, politique ou économique. Depuis longtemps, les infirmiers et infirmières sont associés dans les différents programmes de recherche (médicaux, sociaux...). Co-auteurs, collaborateurs (...), le défi à relever aujourd'hui est celui d'initiateur, d'acteur, de maître d'œuvre, de chercheur qui pourra imposer le choc des idées de leur pensée. Alors, quelle est l'utilité sociale de la recherche en soins infirmiers ? A quoi sert la recherche ? Quelles en sont les exigences ? Quelle méthodologie utiliser ?...

- ***Le contexte législatif***

Le Code de la santé publique sur l'exercice de la profession en France : Article R.4311-15 selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants: (...) recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. La méthodologie de recherche s'inscrit dans la formation initiale (arrêté modifié du 31 juillet 2009) relatif au diplôme d'état d'infirmier, exprimée par des unités d'enseignement (UE) réparties en semestres.

Par exemple, en France:

- Les UE 3.4 enseignées en Semestre 4 : « Initiation à la démarche de recherche » ;
- Les UE 3.4 enseignées en Semestre 6 : « Initiation à la démarche de recherche » ;
- Les UE 5.6 se poursuivent en Semestre 6 : «Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles».

En lien avec les compétences professionnelles (annexe II) : l'UE 7 : «analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle» et l'UE 8 : «rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques », avec l'activité 9 : «veille professionnelle et recherche », (annexe I) de l'arrêté cité ci-dessus. Ainsi, les compétences professionnelles à développer,

concernant les thématiques comme : « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle » ; « rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques », et avec l'activité de « veille professionnelle et recherche » sont clairement développés.

Le Circulaire DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010, (site [santé.gouv.fr](http://santé.gouv.fr) : consulté, le 17 mars 2013), en France, a très bien explicité. Inspiré de la loi Hôpital Patients Santé Territoires, elle a pour objet de lancer un programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), pluriannuel (3ans) destiné à promouvoir la recherche en soins infirmiers dans les établissements de santé focalisée sur:

- Qualité et sécurité des soins ;
- Dépendance des personnes et maintien de leur autonomie ;
- Soins à visée palliative ;
- Maladie d'Alzheimer et troubles associés ;
- Prévention et dépistage de la maltraitance ;
- Information du patient et de son entourage.

La recherche et/ou l'Initiation à la Recherche par définition d'après (Ripoche et al. n° 90 septembre 2007) est « un ensemble d'actions qui a pour but d'améliorer et d'augmenter l'état des connaissances dans un domaine scientifique. » (Ibid, 2007). La recherche en soins infirmiers, selon le CII (1978), comprend l'étude de tous les aspects, activités et phénomènes relatifs à la santé et pouvant être intéressants, d'une manière ou une autre, pour la fonction infirmière. La recherche est « un chemin qu'on ouvre dans le partiellement connu, le mal connu ou l'inconnu, pour en savoir plus à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'action », (Shirley Chater, OMS, 1975 p.4). C'est donc la quête systématique d'une réponse à des questions, sur des faits concrets et sur les relations entre ces faits.

Fixé comme objectif, le professionnel (infirmiers, agents socio-sanitaires) remarque, observe, constate, et a des intuitions. Le but de la recherche est de mobiliser tout ce « matériel » infirmier dans une démarche rigoureuse qui écarte au maximum la subjectivité et l'interprétation. C'est se forger une culture et acquérir une démarche scientifique dont la finalité est la suivante :

- produire des savoirs fiables, utiles et utilisables ;
- confirmer les connaissances actuelles sur les soins infirmiers ;
- améliorer la qualité des prestations de soins ;

- développer des théories de soins ;
- baser les connaissances infirmières sur des fondements scientifiques ;
- évaluer les pratiques professionnelles (EPP) ;
- communiquer les résultats de ses recherches pour enrichir la science infirmière.

C'est un moyen d'aider à l'avancement des sciences infirmières, d'asseoir une discipline, mais aussi d'apporter des solutions novatrices pour la pratique suivant les différents types de recherches, d'après (Shirley Chater, OMS, 1975 p. 4.)

## LES DIFFERENTS TYPES DE RECHERCHE

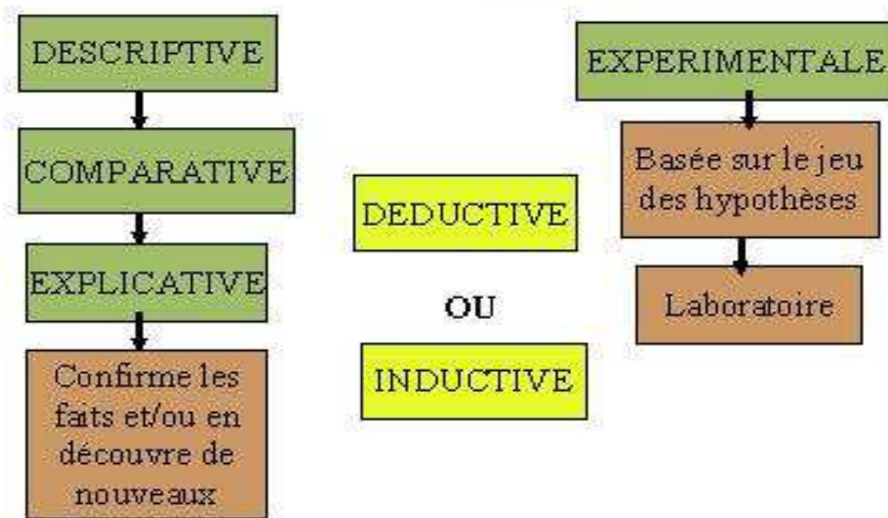


Image 14 : illustration des « différents types de démarche recherche, (Shirley Chater, OMS, 1975 p. 4.)».

**Démarche hypothético-déductive** : elle cherche à vérifier l'utilisation possible d'une théorie, d'un postulat ou d'un concept comme interprétation du phénomène étudié. Part d'une question de recherche, explore les concepts associés et pose une hypothèse que l'on cherche à vérifier. C'est partir du général vers le particulier.

**Démarche hypothético-inductive** : elle part de l'observation (situation particulière), explore une question de recherche grâce aux concepts associés, pose et vérifie une ou plusieurs hypothèses selon un modèle d'analyse. C'est partir d'une situation particulière pour tenter de la généraliser.

**La recherche peut être qualitative** : recueil des informations de façon narrative : entretiens, méthodes d'observation. Elle permet de recueillir un discours, sur les pratiques, les opinions, les attitudes, les comportements au regard d'un objet de recherche.



**La recherche peut être quantitative** : recueil des informations de façon quantifiée ou chiffrée : sondages, questionnaires, statistiques sur une grande échelle pour la validité et fiabilité des résultats. La présentation des résultats sous forme de tableaux, schémas, graphiques, pourcentage, tout en observant et appliquant la méthodologie adaptée à la thématique et la démarche.

### 1.10.7. Quelle méthodologie, quelle démarche de recherche scientifique

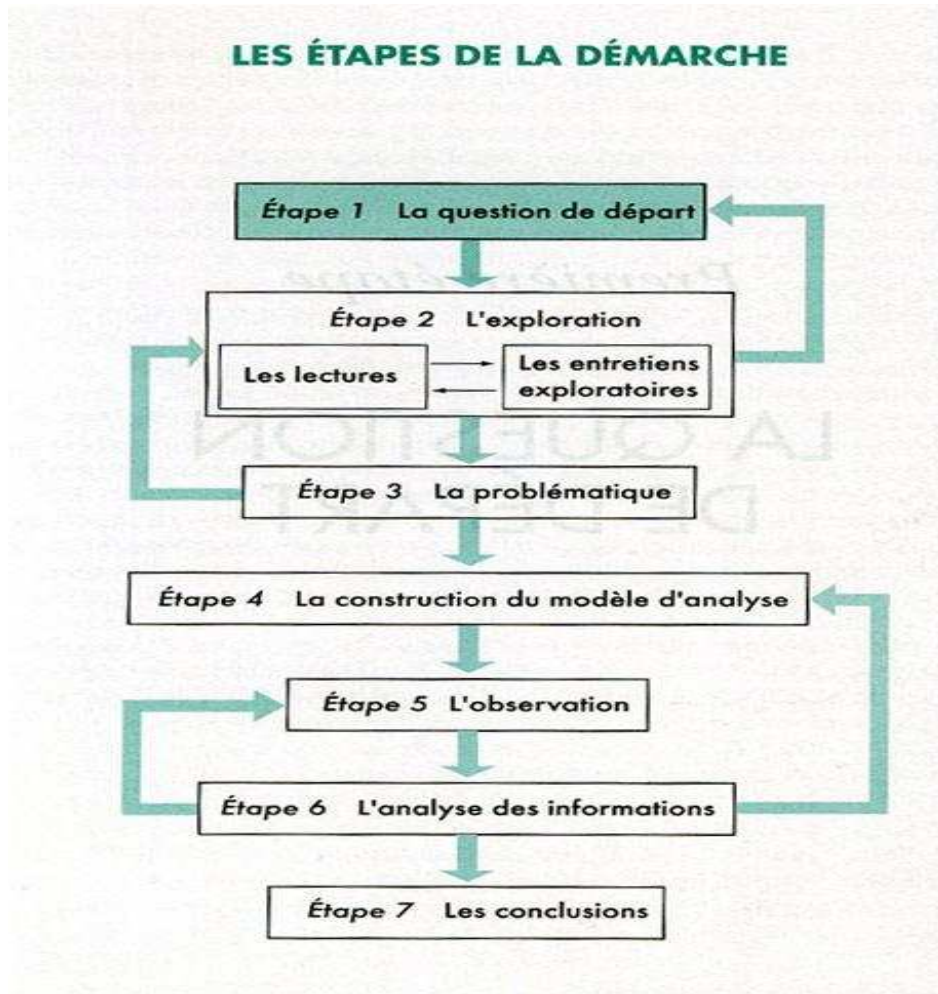


Image 15 : illustration « des étapes de la démarche de recherche » (Ibid.1975 p. 4.).

Toute recherche doit faire preuve de sa légitimité scientifique par :

- la pertinence de l'objet de recherche ;
- sa justification ;
- sa construction rigoureuse ;
- une méthodologie adaptée ;
- sa mise en œuvre.

Si elle repose sur une méthodologie rigoureuse et précise, elle n'en est pas moins créativité et ouverture. Chaque méthode de recherche a une histoire : quelqu'un se pose une question à partir d'une difficulté, de faits répétés, d'une idée originale, d'accidents critiques. Pour conclure ce paragraphe, et si la recherche était cet état d'esprit qui nous invite à douter, à essayer de comprendre, à en savoir plus, à essayer de montrer que des événements qui nous paraissent évidents ou incontrôlables deviennent insupportables quand on sait qu'ils peuvent trouver, par la recherche, une solution, nous développons les méthodes dans les pages suivantes.

#### **1.10.8. L'épistémologie des méthodes de la recherche en pédagogie**

Dans la figure 15 ci-dessus, nous posons les étapes de la démarche de recherche. Nous décrivons quelques-unes des méthodes qui sont utilisées et servent de référence de recherche en pédagogie. Il y a deux grandes traditions scientifiques qui différencient la recherche en pédagogie. La tradition positiviste (Eymard, 2005) adhère aux principes fondamentaux des sciences exactes dans une approche aprioriste et quantitative des phénomènes. Elle se propose d'expliquer les faits éducatifs à partir de la recherche de leurs causes ou de leurs déterminants. La tradition herméneutique privilégie l'interprétation qualitative des phénomènes en tant que signes. Elle vise la connaissance des phénomènes éducatifs ou pédagogiques qui se caractérisent par leur intentionnalité, c'est à dire les actions avec leurs buts, les signes linguistiques, les symboles, les rites sociaux et religieux, et elle cherche à en comprendre les significations.

L'évolution de la science et le débat épistémologique ont permis de dépasser le caractère absolu, d'une vérité scientifique par rapport à ces deux dimensions traditionnelles, et d'une méthode unique pour valider les faits sociaux et scientifiques. Quelle que soit la méthode empruntée, aucune recherche ne peut saisir le phénomène étudié dans sa totalité, encore moins en sciences humaines et sociales où l'éthique ne permet pas de le réduire à l'état d'objet aux contours nettement délimités. Il est nécessaire d'assumer le fait de travailler avec un point de vue particulier, qui permet de regarder seulement une partie de la réalité. « Chaque méthode (invente) son objet de recherche, et le traite ensuite comme un Tout, alors qu'il ne s'agit que d'un fragment », (Eymard, Thuilier & Vial, 2004, p.31).

L'objet de recherche ne préexiste pas en tant que tel, il se construit dans le regard du chercheur, l'attention qu'il lui porte, la manière dont il l'aborde et l'intentionnalité qui conduit son projet de connaissance (Genthon, 1997). « Quand il s'agit explicitement d'objets, tout à

l'opposé, reconnus simultanément en tant que sujets, auteurs (et non seulement acteurs), porteurs de projets et de ce fait, inscrits dans une temporalité-durée, au regard d'une visée de production de connaissances nouvelles, toutefois finalisée à partir d'un souci praxéologique (optimisation de l'action, aide à la décision), l'ordre du témoignage prend délibérément le pas sur celui de la preuve ; en d'autres termes, l'expérience de l'affecté, celle de l'éprouvé, plus encore que celle de la preuve, vont revêtir une réelle consistance dans le cadre de ces formes de recherches qui iront jusqu'à prendre à la limite pour objet le travail d'exister », (Ardoino & Berger, 1997, p. 26).

Il ne s'agit pas, pour autant d'exclure une méthode, un paradigme scientifique pour se fondre dans un autre qui serait considéré comme meilleur. A l'écoute de « la pluralité des mondes » (Eymard, 2005, P. 41-42), la recherche en formation par la recherche se construit dans un regard pluriel et multi référentiel des phénomènes qu'elle étudie. L'approche méthodologique privilégiée dans nos travaux de recherche soutient l'idée que chaque méthode de recherche offre un éclairage particulier de l'objet étudié. L'étude critique des méthodes pour construire des savoirs se construit et se structure à partir des caractéristiques des différentes méthodes de recherche que nous développerons aux pages suivantes.

#### ❖ **La méthode expérimentale**

Elle est issue de la psychopédagogie expérimentale, selon Eymard (2005). Les sciences de l'éducation ont initié leurs travaux de recherche en science expérimentale, fortement influencée par le courant béhavioriste et le positivisme. « Il s'agissait d'enrichir la pédagogie humaniste par une recherche expérimentale scientifique. [...] La tendance empirique s'est élevée constamment contre la naïveté méthodologique de la pédagogie humaniste » (Wulf, 1995, cité par Eymard, 2005).

##### • **Les orientations historiques**

La science expérimentale s'est développée dans le courant de la révolution épistémologique galiléenne. A l'opposé du monde des croyances, de l'obscurantisme et du holisme, elle « doit exclusivement faire appel à l'observation directe, à la constatation, à l'expérience. La connaissance ne peut donc être trouvée que dans l'analyse des faits réels. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une description la plus neutre, la plus objective et la plus complète possible », (Pourtois & Desmet, 1988, p. 20).

Au XVII<sup>e</sup> siècle, René Descartes donne à la méthode expérimentale une orientation causaliste et énonce les principes qu'elle conserve aujourd'hui. Il prône l'intérêt de la distinction et de la généralisation. Il s'agit « d'éviter soigneusement la précipitation et la prévention, et de ne comprendre rien de plus en mes jugements que ce qui se présenterait si clairement et si distinctement à mon esprit, que je n'eusse aucune occasion de le mettre en doute » (Descartes, 1936 p.14). Il propose aussi de simplifier le phénomène en le divisant en sous-éléments pour mieux l'observer et en ordonnant l'observation du plus facile à connaître au plus compliqué (regroupant plusieurs éléments). Selon ces principes, Claude Bernard (1865), définit une médecine expérimentale sur le schéma « observation, hypothèse, confirmation/infirmation ». La science devient l'art de la démonstration méthodique.

Les Sciences Humaines et Sociales, par souci d'acquérir une légitimité scientifique, ont emprunté aux sciences de la nature leur méthode. L'observation en laboratoire a laissé place à l'observation en situation naturelle, les « recherches de laboratoires » aux « recherches contextualisées », l'expérimental au quasi-expérimental (Eymard, 2005).

Même si les plans expérimentaux et l'administration de la preuve se sont complexifiés (Mialaret, 1996), la recherche expérimentale s'inscrit dans l'ordonnement des phénomènes, l'établissement de liens de causalité, le contrôle de la posture du chercheur, du dispositif de recherche et de la signification statistique des résultats.

#### ❖ **La méthode différentielle**

La méthode différentielle s'est construite dans le champ de la psychologie. Elle a donné lieu à un axe de recherche : la psychologie différentielle. Les visées et les principes de cette méthode ont été renommés à partir de la science expérimentale. Cependant, son souci d'étudier la variabilité des comportements des individus l'en démarque.

##### • ***Les orientations historiques***

Le contexte de développement de la méthode différentielle s'est fait à partir du XIX<sup>e</sup> siècle, « bien que, de tout temps, l'homme se soit intéressé à catégoriser et/ou à différencier les individus » (Eymard, 2003, p.38). Platon (427-347) considère les trois facettes de l'âme humaine ses « appétits », la « raison » et la « passion ». Aristote (384-322) s'intéresse aux caractéristiques individuelles dans l'exercice des métiers. Hippocrate (460-370 cités par Eymard, 2005, p. 45) distingue quatre types de tempéraments chez les sujets : le colérique, le

mélancolique, le flegmatique et le sanguin, qui semble reprise dans des typologies de la personnalité. Cependant, il est consensuel, d'attribuer à la théorie évolutionniste l'origine de cette méthode.

Charles Darwin (1876) s'est intéressé à la variabilité des espèces et a initié les fondamentaux de la théorie de l'évolution. Cette théorie bouleverse « les idées de l'époque sur l'origine de l'homme. En mettant l'accent sur la variabilité entre les individus et sur les enjeux théoriques, elle a aussi contribué à la naissance de la psychologie différentielle » (Gilles, 1999, p. 22).

Sir Francis Galton (1869), cousin de Darwin, systématise les observations sur la variabilité des comportements. Il pose les bases d'une psychologie différentielle. Persuadé de l'importance des facteurs héréditaires dans la détermination des différences individuelles, il est à l'origine des tests mentaux. Il a esquissé les principes de la mesure du coefficient de corrélation, et les bases de l'analyse factorielle.

De nombreux auteurs ont perfectionné les instruments de mesures des différences individuelles, et notamment la construction de tests mentaux (mémoire, intelligence) et le développement des statistiques corrélationnelles (Binet & Henry, 1896 ; Cattell, 1890 ; Spearman, 1927, cités par Eymard, 2005).

Les limites déontologiques et l'incompatibilité de certaines recherches avec les droits de l'Homme ont été dénoncées : la valorisation du facteur héréditaire, la différenciation génétique des sujets, leur catégorisation en fonction de leur niveau d'intelligence, la détermination d'une typologie humaine peut conduire au développement d'une pensée et de comportements eugénistes. Actuellement, la psychologie différentielle ne porte plus beaucoup sur l'estimation des poids respectifs de l'hérédité et du milieu, mais bien davantage sur l'élucidation des mécanismes des influences du milieu, en interaction ou non avec des facteurs héréditaires. Les travaux de Reuchlin (1964, 1972, 1973, 1990, 1991, 1999), et ceux de Lautrey, (1986, cités par Eymard, 2005) étayent cette méthode d'un point de vue théorique et valident l'intérêt de l'étude des caractéristiques différentielles pour la recherche en sciences humaines. La variabilité des comportements y est considérée comme une condition essentielle de l'adaptation.

Cependant, le statut des différences individuelles varie selon les travaux de recherche. Jacques Lautrey (1980) différencie les recherches qui y accordent un statut périphérique (il s'agit alors de compléter la loi générale) de celles, plus actuelles, pour lesquelles la variabilité est au

centre de la recherche et des préoccupations du chercheur. Si les travaux des pionniers de la méthode différentielle se situaient en psychologie générale, la spécialisation a scindé la méthodologie expérimentale et la méthodologie différentielle : « aux expérimentalistes la recherche des lois générales, un objectif pour lequel les différences individuelles constituent un bruit à neutraliser par l'affectation aléatoire des individus aux groupes expérimentaux, aux différentialistes la recherche des différences individuelles stables, un objectif pour lequel les variations de la situation constituent un bruit parasite à neutraliser pour la standardisation » (Gilles, 1999, p. 35).

Leur réunification s'est construite à partir du positionnement du développement de la recherche en psychologie cognitive et des travaux de Reuchlin (1978, 1997, cité par Eymard, 2005) notamment sur la vicariance. « En affirmant que les différences individuelles doivent être expliquées par les théories générales de la psychologie, la psychologie différentielle actuelle cherche à peser sur la conception même de ce que doit être une théorie générale en psychologie. Elle rappelle que l'objet d'étude de la psychologie n'est pas le comportement d'un sujet moyen, théorique, que personne ne rencontre dans les classes, les hôpitaux, mais la conduite d'individus tous humains et néanmoins tous différents » (Gilles, 1999, p. 39). Une forte valeur heuristique est attribuée aux travaux sur les vicariances, de par leur souci d'intégrer les lois générales et différentielles dans la mise en concordance des variabilités interindividuelles et intra-individuelles.

#### ❖ **la méthode clinique**

La méthode clinique souffre de la polysémie qui a affecté la notion même de clinique. Les qualités signifiantes de l'adjectif clinique semblent quelque peu différer suivant le contexte, la discipline, l'objet auquel la clinique se rapporte. A regarder les travaux de recherche en anthropologie, ethnologie, linguistique, psychologie, santé, sociologie, éducation, c'est plutôt le pluriel qui conviendrait pour décrire une approche clinique, que ce soit dans le champ de la pratique ou de la recherche (Eymard, 1999). Force est de constater qu'en sciences de l'éducation, il n'y a pas de consensus sur une méthode clinique qui permet aux étudiants de s'y référer pour réaliser leurs travaux. Ils se retrouvent bien souvent confrontés à des débats méthodologiques d'experts, voire à des querelles de laboratoire de recherche qui ont encore tendance à opposer méthode expérimentale et méthode clinique, au lieu de les questionner dans un rapport épistémologique.

Ce constat a engagé les auteurs tels que Eymard et Vial, (2000) dans l'ouverture d'un chantier. Leur projet était d'œuvrer pour une intelligibilité de la clinique, en tant que méthode de recherche en sciences de l'éducation. Un dispositif de formation pour les étudiants en troisième cycle au département des Sciences de l'Éducation de l'Université de Provence, le chantier constitue un lieu et un temps où ils se mettent au travail avec les étudiants pour explorer et développer de la connaissance sur un phénomène ou un objet. Ils impulsent la production de traces, dans la rédaction d'articles par les étudiants et eux-mêmes.

Conduit de 1998 à 2001, le chantier clinique a donné lieu à la publication de quatre cahiers édités par le département des sciences de l'éducation de l'université de Provence Aix-Marseille 1. Le premier et le deuxième cahier (Eymard & Vial, 1999, 2000a et b) éclairent les variations, les glissements sémantiques selon que la notion de clinique caractérise une pratique ou une recherche dans les champs de la psychologie, de la psychanalyse, de la santé ou du travail social. Ils recueillent les positions d'autres participants du chantier, et les réactions de onze praticiens de la clinique (universitaires ou non, mais hors sciences de l'éducation). Ils souhaitent repérer autant les éléments de consensus sur la notion de clinique que les points d'achoppements entre disciplines, voire à l'intérieur d'une même discipline. Le troisième et le quatrième cahier (Eymard & Vial, 2000c, 2001) offrent une réflexion sur les caractéristiques d'une méthode de recherche clinique lorsqu'elle est utilisée en Sciences de l'Éducation.

- *Les orientations historiques*

L'origine historique grecque du mot clinique, est dérivée de « *kliné* » « lit ». Les mots de la racine « *klin* » acceptent, entre autres, un substantif masculin « *Klinikos* », « le médecin qui examine le malade au lit », et un substantif féminin « *Kliniké* », « la médecine exercée au chevet du patient ». La clinique serait donc réservée à ce qui se voit et s'interprète depuis le lit du malade.

Elle renvoie à l'idée d'une observation, d'une analyse, d'un repérage de signes chez un sujet malade, souffrant (Eymard-Simonian, 1998). Le propos sur la méthode clinique, ne peut se poursuivre qu'à partir de la distinction entre recherche clinique et méthode clinique. Le terme de « recherche clinique » regroupe, notamment en science médicale, les recherches qui se réalisent auprès du malade ou demandeur de soins. Ces recherches utilisent l'ensemble des

méthodes des sciences humaines et sociales : méthode expérimentale, différentielle, ethnographique, ethnologique, ou clinique.

Cependant, si la notion de clinique a pris sa source dans la médecine, elle n'est plus aujourd'hui réservée à ce champ disciplinaire, ni même aux professionnels de la santé. Son champ d'application est très vaste. De nos jours, l'utilisation de ce mot concernant à la fois l'humain et la matière inorganique peut laisser craindre l'indifférenciation du sujet et de l'objet. Nous avons là deux approches différentes de la clinique : la clinique du sujet et la clinique de l'objet, dont les glissements laissent supposer une clinique du sujet/objet comme possible. La notion de clinique prend « un sens différent d'une utilisation à l'autre, entraînant peut-être un enrichissement dans la pluralité des modèles auxquels elle renvoie, mais aussi des confusions chez le public non initié. Il semble alors difficile d'identifier un point commun à ces différentes utilisations, si ce n'est celui de réduire la clinique au fait d'être à côté de la chose » (Eymard, 2003, p.50).

#### ❖ **La méthode de l'ethnos**

La notion d'ethnie considère l'appartenance à un groupe social, un peuple, une tribu, qui existe à part entière, avec ses spécificités et sa réalité sociale. La recherche en ethnos produit des connaissances à partir des signes qui communiquent cette appartenance. Ces signes sont autant de marquages qui veulent différencier ce groupe d'un autre. Le réel est donc ici considéré comme un construit : « une réalité (commune) à des acteurs dans un groupe auto-marqué, à des membres d'une tribu, qui se différencient par des signes et des rites d'autres groupes » (Vial, 2001a, p.142).

#### • **Les orientations historiques**

Nous regroupons sous la notion de méthode de l'ethnos les principes méthodologiques de l'anthropologie de (Laplantine, 1995 ; Rivière, 1999 ; Copans, 2002), l'ethnologie (Erny, 1991, 2002 ; Copans, 2002), l'ethnographie (Mauss, 1989 ; Lapassade, 1990, Laplantine, 2000) et de l'ethnométhodologie de (Coulon, 1987, cité par Eymard, 2005).

L'anthropologie a été réduite pendant longtemps à l'anthropologie physique, à travers l'étude des caractères biologiques de l'être humain. Son ambition actuelle est de réunir l'ensemble des disciplines qui s'intéressent à l'Homme afin de développer une connaissance de l'être humain dans sa globalité. L'anthropologie structurale (Lévi-Strauss, 1972) s'oppose à la



sociologie causaliste, et à la sociologie finaliste. La démarche anthropologique donne la primauté au système sur les éléments ainsi qu'à la permanence des significations ; l'élément à comprendre est à resituer dans une totalité structurelle. Elle met en relation plusieurs domaines d'étude ethnologique pour identifier et valider scientifiquement des lois générales sur la vie sociale.

L'ethnologie s'intéresse à l'étude des peuples, des ethnies et des groupes sociaux, se différenciant notamment selon des critères culturels et linguistiques. (Eymard, 2003). Elle consiste en un travail réflexif sur le matériel réuni par l'ethnographie, en l'ordonnant, en le systématisant, en introduisant la comparaison, en tentant une synthèse et une présentation globale de l'ethnos ou de l'aire culturelle envisagée. Son champ d'étude s'est considérablement élargi. Le caractère « lointain » de l'objet d'étude n'est plus un critère fondamental. Le critère, d'approche des objets d'étude dans leur totalité, est toujours fort.

L'ethnographie décrit et classe les aspects d'un groupe social observé (habitudes, croyances, coutumes, outils, langages, production, etc.), sous une forme monographique, après avoir mené une observation directe. Elle consiste à collecter l'information par enquête directe et à simplement décrire la vie du groupe que l'on prend pour objet d'investigation. Ecriture de ce qui est observé, « la perception ethnographique n'est pas [...] de l'ordre de l'immédiateté de la vue, de la connaissance fulgurante de l'intuition, mais de la vision (et par conséquent de la connaissance) médiatisée, distanciée, différée, réévaluée, instrumentée (stylo, magnétophone, appareil photographique, caméra...) et, dans tous les cas, retravaillée dans l'écriture » (Laplantine, 2000, p. 15).

L'ethnométhodologie est « la recherche empirique des méthodes que les individus utilisent pour donner sens et en même temps accomplir leurs actions de tous les jours » (Coulon, 1987, p. 26). Les faits sociaux ne sont pas considérés comme des objets stables qui conduiraient à une réalité objective généralisable. Ils sont davantage en eux-mêmes une réalité en tant qu'accomplissement continu des activités concertées de la vie quotidienne des membres, qui les utilisent, en le considérant comme connus et allant de soi, des procédés ordinaires et ingénieux pour cet accomplissement.

C'est un autre regard « sociologique qui s'oppose à la pensée déductive classique en sociologie, au déterminisme, à l'adaptation darwinienne de l'Homme à son environnement, à sa conformisation à des faits prédictifs, inéluctables et généralisables. Elle se donne pour objet

l'étude de petits groupes sociaux et est à la recherche de leur logique de fonctionnement. Elle travaille sur le sens commun ordinaire et met l'accent sur les éléments d'élaboration de l'identité d'un groupe social. L'information récoltée et resituée dans un contexte, prend le pas sur une interprétation théorique du chercheur » (Eymard, 2003, p. 61). Le chercheur s'intéresse aux marquages sociaux, et donc avant tout aux activités pratiques banales de tous les jours, inscrites dans un environnement, et au raisonnement des membres du groupe en activité.

### ❖ **La méthode systémique**

Il est difficile aujourd'hui, de donner des éléments qui caractérisent une méthode systémique de recherche en éducation ou en pédagogie. Dans le chantier de réflexion pédagogique sur l'enseignement des méthodologies de la recherche en sciences de l'éducation, le modèle, « présenté, est suffisamment généraliste pour permettre l'inscription de nombreux auteurs qui se réclament, d'une méthode, d'une approche, d'une intervention systémique » ( Eymard, 2005, p. 64). Le débat, sur la pertinence d'orientations en faveur d'une méthode systémique de recherche en éducation, demeure. Nous avons initié un chantier sur ce thème. Peut-être nous faudra t-il le reprendre un jour ? Pour l'heure, nous nous sommes réduits à donner les principes de l'approche systémique, en tant que manière de considérer un phénomène, ainsi que ses liens avec la recherche-action.

#### • *Les orientations historiques*

L'histoire de la pensée systémique peut s'inscrire dans une conception du monde globaliste à partir d'Héraclite. Elle s'est développée dans les années cinquante aux Etats Unis. A la croisée de la cybernétique (Wiener, 1971, cité par Eymard 2005, p. 66) et du structuralisme, elle se différencie de la Théorie générale des systèmes « dont le but ultime consiste à décrire et à englober, dans un formalisme mathématique, l'ensemble des systèmes rencontrés dans la nature » (De Rosnay, 1975, p.93). En sciences de l'éducation, c'est à Piaget que nous nous référons pour définir le concept de structure qui inclut les caractères « de totalité, de transformation et d'autoréglage » (Piaget 1967, p.7).

Fondée dans le paradigme de la pensée complexe, l'approche systémique tente de se situer « d'emblée au-delà du réductionnisme et du (holisme), tout en appelant un principe d'intelligibilité qui intègre la part de vérité incluse dans l'un et l'autre : il ne doit pas y avoir d'anéantissement du tout par les parties, des parties par le tout » (Morin, 1977, p.125).

Considérant l'absence de linéarité des phénomènes, elle récuse l'exclusivité des relations de cause à effet et se propose de composer avec la complexité des phénomènes sans les isoler de leur environnement. Contrairement à la pensée simplifiant, « la pensée complexe s'oppose au principe de dualité qui amène à concevoir séparément et à disjoindre par exemple : le rationalisme et l'empirisme, l'erreur et la vérité, le biologique et le sociologique, les neurones et l'esprit, l'ordre et le hasard, le cognitif et l'émotionnel, le sujet et le monde, ce qui amène finalement à des exclusions figeantes pour la pensée et dangereuses pour notre survie », (Favre, 1997, p.126). La systémique s'inscrit dans un projet méthodologique général qui laisse la place au chercheur et au système pour construire leur méthode dans l'originalité et les particularités de leur rencontre.

En Sciences de l'Éducation, l'approche systémique des phénomènes œuvre pour la construction de savoirs pratiques à partir de la modélisation du fonctionnement d'une organisation éducative. Les travaux de Georges Lerbet (1993, 1994 ; 1997) et ceux de Frédérique Lerbet Sérénin (1997, in Eymard, 2005) s'inscrivent dans ce paradigme méthodologique.

Valorisant une approche globale des phénomènes, l'approche systémique donne priorité aux interactions. Occupant un statut intermédiaire entre l'objet réel et la théorie », elle propose une représentation spatiale et graphique des éléments essentiels d'un système, ainsi que de leurs interrelations. Trois postulats appuient l'intérêt de cette approche (Lemoigne, 1984) :

- un phénomène modélisable est perçu comme action intelligible ;
- un phénomène modélisable est saisi en tant que transformation, formant un projet au fil du temps (son action est irréversible) ;
- le sujet connaissant est constitutif de la connaissance. Système observé et système observant sont inséparables.

La méthode est ici conçue comme le cheminement d'un observateur/descripteur/concepteur qui ne prend forme que « pendant la recherche ; elle ne peut se dégager et se formuler qu'après, au moment où le terme redevient un nouveau point de départ, cette fois doté de méthode », (Morin, 1977, p.22).

## ❖ La méthode historique

L'approche historique des phénomènes socio-éducatifs est devenue incontournable avec (Eymard, 2005, p. 70) pour qui la connaissance de l'Homme ne peut s'affirmer qu'à travers l'interprétation de l'histoire. L'histoire participe au développement de la connaissance dans l'ensemble des champs disciplinaires des sciences humaines et sociales. Le champ du scolaire et de l'éducation des enfants intéresse l'historien ; les recherches questionnent autant la dimension politique et administrative, que celle des techniques d'écritures. Fortement marquée par le conflit dans l'approche de la connaissance des faits historiques, la recherche en histoire de l'éducation s'inscrit dans le débat épistémologique des sciences de l'éducation.

### • *Les orientations historiques*

L'histoire a intéressé l'Homme de tous temps. Le plus ancien ouvrage d'histoire « *Historiae apodeixis* », (Hérodote vers 484–420, cité par Eymard, 2005) expose une enquête et son approche est autant historique que géographique. Hérodote relate l'histoire des guerres médiques. Il s'intéresse à tout, raconte les mœurs et les coutumes des êtres humains. Il se propose de faire en sorte que les faits ne s'effacent pas de la mémoire des Hommes avec le temps. Nous pouvons repérer dans son approche des faits une tendance ethnographique. S'il est convenu d'attribuer à Hérodote la paternité de l'histoire, plusieurs courants de pensée ont participé à l'élaboration, d'une méthode en Histoire (Eymard, 2003).

L'ouvrage de Eymard (2005) fait savoir que le positivisme a marqué l'école méthodique qui domine dans les années 1880 à 1940. Les historiens positivistes (Ranke, 18186; Thierry, 181995 ; Mignet, 181842 ; Langlois & Seignobos, 1912 ; Halphen, 1948) revendiquent une production de connaissances, la plus exacte possible, en étant au plus près des traces, a-t-il relevé. Ces historiens décrivent, une succession de faits qui doivent être prouvés; et pour ce faire, élaborent la « méthode historique », qui consiste principalement à la critique des sources. L'exposé des faits, aussi limités et disgracieux puisse-t-il être, est sans aucun doute la loi suprême (Ranke, 18186, cité par Eymard, 2005, p.71). C'est l'histoire de la recherche des canons de véracité, par souci d'inscription dans le scientisme ambiant du XIXe siècle. La recherche en histoire rompt avec le récit, et introduit la philologie. Elle se fonde avant tout sur des documents rigoureusement étudiés et sur la chronologie. La formule de Charles-Victor Langlois et Charles Seignobos, en témoigne : « l'histoire n'est que la mise en œuvre de documents » (Eymard, 2005).

L'accent est porté, sur les moyens d'établir la preuve, afin de garantir la scientificité de la discipline. « Pour faire la critique d'un texte, on aura soin de s'informer des manuscrits qui l'ont transmis, de manière à n'avoir d'abord aucun doute sur l'authenticité et la constitution de la phrase même. Puis il convient de définir chacune des expressions dont elle se compose et d'en arrêter le sens, non pas d'une manière générale, mais à l'époque précise où ces textes ont été écrits. Enfin, on ne se séparera jamais du contexte, c'est-à-dire de ce qui précède et de ce qui suit : on le replacera dans la pensée de l'auteur, et on ne lui fera dire que ce que l'auteur a exactement voulu lui faire dire » (cité par Thuillier & Tulard, 1986, p.9-10).

Avec l'école des Annales, on entre dans un modèle sociologique de l'histoire. Marc Bloch (1993) critique l'usage « du bon sens » en histoire. « De même la critique de simple bon sens, qui a été longtemps la seule pratiquée, qui, d'aventure, séduit certains esprits, ne pouvait mener bien loin. Qu'est-ce, en effet, le plus souvent, que ce prétendu bon sens ? Rien d'autre qu'un composé de postulats irraisonnés et d'expériences hâtivement généralisées » (Bloch, 1993, p.120, cité par Eymard, 2005, p. 72). La recherche passe d'une histoire-récit, à une histoire problème. L'histoire entre dans le débat des sciences de l'homme et dans le champ des sciences sociales. Un impératif apparaît alors : l'histoire est traversée par les autres disciplines. Il y a nécessité d'une interdisciplinarité pour étudier les faits sociaux, d'une confrontation de points de vue disciplinaires. « L'école des Annales s'élève contre l'histoire bataille, l'histoire événementielle. La description de l'humeur des grands s'efface devant l'étude des fluctuations des courbes du fromage et des autres céréales, mises en relation avec les aléas des courbes démographiques. On assiste en fait au rejet du politique comme déterminant primordial en histoire » (Nouschi, 1993, p. 87).

Cependant, alors même que les historiens qui se réclament de cette école critiquent vivement l'histoire positiviste, la critique des sources, demeure un élément méthodologique incontournable. Les sources sont étudiées, au regard d'une hypothèse théorique. Une des conséquences de la rupture avec l'histoire méthodique est « l'abandon de la chronologie au profit d'une histoire thématique, de la biographie, de la monographie. C'est la victoire de la longue durée, des masses et des océans » (Thuillier & Tulard, 1986, p.16).

L'histoire quantitative a été postulée, comme la seule voie possible scientifiquement. Dans une phase qualifiée de « *reconstruction* », la recherche en histoire participe aux conflits épistémologiques. Elle fonde sa scientificité, sur l'étude de récurrence de faits analogues ou comparables. La démarche est hypothético-déductive, et la formalisation statistique. Pourtant,

le fait historique est considéré comme temporel, et instable. Il ne peut être reproduit. Cependant, la tendance actuelle s'inscrit, dans le retour du politique et de l'intérêt pour le récit. L'histoire met l'accent sur l'interdisciplinarité, et l'approche holistique des faits sociaux. Lorsqu'il est conçu de manière dialectique, le projet de la recherche en histoire est d'appréhender le réel dans la complexité de la construction des faits historiques.

L'histoire dialectique implique nécessairement, l'étude des relations entre les différents éléments de la problématique, que ceux-ci s'inscrivent dans une longue durée ou dans une conjoncture courte. Toute analyse considérée comme partielle est située dans une perspective globale. La micro histoire a mis en évidence, que le fait de changer l'échelle d'observation modifie les résultats. Elle réintroduit la biographie. « L'étude d'un personnage qui vit et meurt n'est pas linéaire. L'être humain est observé dans une approche par la complexité. Il tient plusieurs personnages en même temps ; il vit et évolue dans plusieurs mondes qui le construisent et qu'il se construit. Il est agent/acteur/auteur dans un espace temps sociétal, et en même temps à l'intérieur de plusieurs champs » (Eymard, 2004, p. 80-81).

#### **1.10.9. L'intérêt du débat épistémologique pour l'étude des faits pédagogiques**

En sciences humaines, l'objet de recherche n'existe pas de la même manière que peut exister une substance. Le chercheur doit faire le deuil de la Totalité, « ce qu'il dira ne sera valable que dans l'enceinte de sa méthode, à partir de la conception de l'être humain et des théories convoquées », (Eymard, Thuilier & Vial, 2004, p.31).

Reprenons la comparaison d'Einstein (1983, 1er édit. 1934, cité par Eymard, 2005). Le chercheur, désireux d'appréhender le monde par la connaissance, ressemble à cet individu qui s'efforce de comprendre le mécanisme d'une montre fermée ; « il voit le cadran, les aiguilles en mouvement, il entend le tic tac, mais il n'a aucun moyen pour ouvrir le boîtier. S'il est ingénieux, il pourra se former quelque image du mécanisme, qu'il rendra responsable de tout ce qu'il observe. Cependant, il ne pourra jamais être sûr que son image soit la seule capable d'expliquer ses observations », (Einstein, 1983, p. 52). La science nous avertit de la contingence de ses théories, de leur soumission aux jeux du hasard. Elle ne peut engager ce qu'elle avance, en tant que certitude. Le principe d'autonomie-dépendance de la science est posé (Morin, 1997). Les théories se construisent et se régulent dans un contexte historique, politique, économique et social. La science n'est plus le lieu de la vérité universelle, mais celui « de conflit de vérités : sa vérité est de permettre aux vérités de s'affronter. Ce système a sa propre vitalité : il est régulé par le consensus et vitalisé par le conflit » (Morin, 1997, p.9).

Si la «voie expérimentale n'est pas par elle-même scientifique mais technique (mise au service de la démarche scientifique) » (Ardoino & Berger, 1997, p.21), la scientificité d'une démarche de recherche ne peut plus se mesurer seulement au moyen des critères de la méthode expérimentale.

La rigueur scientifique n'est plus à rechercher dans l'omnipotence du prévisionnel, mais dans le retour réflexif que le chercheur peut faire sur sa recherche, et dans son renoncement au « tout observé », au « tout saisir ». La réflexivité est ici conçue, elle renvoie au travail sur le sens, à la personne du chercheur, et au contexte de la recherche. Dans cette approche différente de la connaissance, « l'intersubjectivité, des interactions humaines, des implications, et de la production de sens à travers le jeu des échanges de significations » (Ardoino & Berger, 1997, p. 27), revêt un caractère inéluctable.

Il ne s'agit pas pour autant, de prôner l'absence de méthode, ni le mixage des méthodes et des paradigmes de recherche. Les limites épistémologiques des différentes méthodes ne peuvent pas se réduire dans une combinaison, ni dans une juxtaposition méthodologique ou méthodique. Vouloir éliminer ces limites participerait d'une position scientiste et donnerait à croire en l'existence possible d'une science pure et objective pour l'étude de l'Homme et des faits sociaux. Nous préférons avec Mireille Cifali (1994), accepter que la science ne fournisse pas de certitudes, mais qu'elle nous permette de mesurer notre ignorance ; « plus on s'aventure dans le savoir, plus nos préjugés, nos croyances se font jour et plus nous avons, selon la formule de Michel de Certeau, à déplacer nos questions (1979) » (Cifali, 1994, p. 275). Si chaque méthode de recherche est restrictive pour l'étude d'un phénomène éducatif, chacune en propose une approche particulière.

Le chercheur en éducation travaille avec des sujets, en situation éducative, « dotés d'un psychisme pesant sur leur comportement, des sujets agis à leur insu par leurs propres scénarios fantasmatiques, ceux qui sont réveillés, actualisés, mobilisés par la dynamique transférentielle spécifique qui se déploie dans l'espace crée par cette situation» (Blanchard Laville, 1992, p.79). La question éthique revêt alors une place centrale, dans l'interpellation des choix méthodologiques du chercheur, de son désir et de sa parole sur les phénomènes étudiés. L'analyse critique méthodologique de toute production de recherche devient un critère majeur de la rigueur scientifique. De fait, former à la recherche ne peut se concevoir sans une formation au questionnement éthique et épistémologique, et ce questionnement diffère suivant le positionnement méthodologique plus ou moins multi référentiel de

l'enseignant chercheur. Nous soutenons qu'une formation par la recherche développe des compétences professionnelles en relation éducative, différentes en fonction du caractère mono référentiel ou multi référentiel des méthodes de recherche privilégiées.



### **1.11. REFERENTIEL DE FORMATION AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER**

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en France, (BO Santé-Protection Sociale-Solidarité n°2009/7 du 15 août 2009, p. 246), vise notamment l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de production des écrits professionnels (mémoires) et des besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité.

Le référentiel de formation par la recherche des agents socio-sanitaires au Tchad a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition du savoir et savoir-faire, des attitudes et comportements. L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle.

Il développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel. L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement. L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction. Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

#### **1.11.1. Les principes pédagogiques**

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier. Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles. La formation est structurée autour des principes pédagogiques de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

- « comprendre » : l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations ;
- « agir » : l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action ;
- « transférer » : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio, (cf. BO Santé-Protection Sociale-Solidarité n°2009/7 du 15 août 2009, p. 246). Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant, qui construit son cheminement vers la professionnalisation par la recherche. Les contenus de formation tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement des sciences et des techniques professionnelles.

### **1.11.2. La posture réflexive**

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

### **1.11.3. Le référentiel de compétences**

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation

institutionnelle que nous pouvons le retrouver dans le code de la santé publique de la France, (CSP cf. BO Santé n° 2009/7 du 15 août 2009, P. 266). La description des compétences induirait nécessairement l'évaluation d'une situation clinique et établirait un diagnostic dans le domaine soignant, c'est-à-dire, le référentiel de formation amènerait l'étudiant et/ou le formateur à évaluer une situation clinique, à rechercher et à sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...).

- ***L'identification du référentiel de compétences et d'activités***

Un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels en cours d'emploi et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat à la fin de leur formation. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant dans le code de la santé publique « CSP ». (cf. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009, P. 266).

Les compétences que pouvait acquérir un étudiant ne peuvent s'obtenir qu'à partir de l'analyse d'une situation donnée, tant théorique que pratique. Elles peuvent être identifiées de différentes manières dans la maîtrise de la théorie : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ces compétences détaillées dans la notion de soin sont entendues ici comme action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives relèvent de la posture réflexive de l'apprenant. L'élaboration d'un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et l'identification des interventions infirmières nécessitent de déterminer les mesures prioritaires des critères d'évaluations pour s'assurer que la compétence est maîtrisée au regard de certains indicateurs.

## **1.12. PROBLEMATIQUE ET SYNTHÈSE**

L'étude exploratoire a permis de situer les capacités des institutions de formation existantes. Le développement de l'enseignement du secteur privé nécessite une prise en main rapide. La vision commerciale de cet enseignement, des moyens de recrutement et de certification des lauréats pour, d'une part tirer le plus possible parti des investissements privés, et d'autre part assurer la qualité de l'enseignement par la revitalisation des moyens de recrutement et de certification ne doivent pas être perdus de vue.

L'intervention de l'Etat est nécessaire pour établir les normes, garantir la sécurité des patients et assurer le maintien de la qualité de la formation par la communication, l'information, par les mesures d'incitation financière et par le contrôle du respect de la réglementation. Il s'agit d'avoir de bonnes institutions de formation par la recherche qui intègrent l'éthique dans la dimension de la perception de l'être malade et dans la recherche de leur mode de fonctionnement.

La fixation par voie réglementaire du niveau d'études de base requis est nécessaire dans les écoles de formation initiale. Le niveau de recrutement requis devra être attesté par un document authentique qui prouve que le candidat a effectivement ce niveau. L'organisation au niveau national des divers concours de recrutement pour toutes les écoles de formation où l'accès devra être conditionné par la participation à un concours organisé au plan national. Les épreuves seront de fait les mêmes pour une même filière. Les corrections des copies qui seront rendues anonymes, seront encadrées par des jurys indépendants qui proclameront en toute indépendance les résultats et les rendront publics par voie d'affichage et par communiqué radiodiffusé.

Des réformes ont été entreprises pour doter les institutions de formation des cadres moyens, d'un cadre institutionnel adapté dans les différentes filières. Pour disposer de tels services, il faut une formation par la recherche de qualité qui confère les compétences requises tant au cours de formation initiale que la formation en cours d'emploi. C'est pourquoi, la professionnalisation par la recherche du personnel et sa gestion rationnelle doivent constituer un des axes prioritaires des actions retenues dans le PNDS du Tchad. Un accent est mis sur l'actualisation de formation initiale par la recherche et en particulier, la révision du cadre juridique de l'ENASS (pour former les cadres supérieurs enseignants en santé) et celui des écoles régionales (pour former des cadres moyens de la santé qualifiés) dans le cadre d'une réforme initiée depuis 2007 et qui est en cours de réalisation dans le pays.

Il y a carence des enseignants qualifiés dans ce domaine de la formation par la recherche. Il y a absence aussi de textes officiels. L'absence d'un cadre juridique d'accréditation, de coordination ou tout simplement d'organisation est à scruter. Malheureusement, il n'y a pas de niveau homogène bien défini et concrètement retrouvable. Il n'y pas de modèles théoriques du processus d'apprentissage comme mode de travail pédagogique pour pouvoir dire, écouter et analyser ses pratiques.

En conclusion, l'enseignement est disparate, suivant les écoles. Le développement de la formation à et par la recherche peut être un levier de la professionnalisation des agents de santé. L'enseignement doit être pratique, ancré dans une dimension réelle de terrain par rapport à l'identification des problèmes.

Evoluant dans le domaine de la santé, et étant formateur des futurs cadres de la santé, il est important d'évoquer les modèles de santé au regard de ce qui se fait et se pratique pour le compte de la démarche en formation par la recherche dans les établissements d'enseignement professionnel en santé au Tchad.

Selon Bury et al. (1988), il existe quatre approches du concept de santé :

- l'approche perceptuelle de la santé qui s'accorde avec la notion de bien-être ;
- l'approche fonctionnelle de la santé, ou approche biomédicale qui définit la santé comme la capacité de l'individu à fonctionner. Il s'agit d'un point de vue statique de la santé ;
- une approche qui conjugue les deux précédentes où les notions biomédicales et psychologiques de bien-être s'entrecroisent et
- l'approche adaptative dite approche « socio-écologique », qui développe la santé à partir de la capacité pour un individu de s'adapter dans son environnement et à ses déficiences.

La maladie affecte l'individu, sa famille et son environnement. Elle demande une approche continue qui tient compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux avec des professionnels de la santé travaillant en collaboration avec d'autres catégories professionnelles, notamment sociaux et éducatifs. Sous l'effet des progrès de la biologie, c'est le modèle biomédical qui s'est imposé. La médecine a cru pouvoir à elle seule, traiter la maladie en ne traitant que l'organe malade, sur des critères presque exclusivement biomédicaux. Cependant, selon (Deccache 1997), « la santé n'est pas le normal, ni le seul bien-être, ni l'opposée de la maladie ». C'est probablement aujourd'hui une sensation de

pleine capacité de s'adapter à de nouveaux besoins du corps et de l'âme. C'est la possibilité de faire des choix. Non pas l'invulnérabilité, mais l'aptitude à faire face victorieusement à ce qui peut poser un défi, à affronter, voire à surmonter pleinement un obstacle de la vie. En ce sens, la santé n'est pas la norme physiologique, ou l'état muet, passif et finalement inconscient de non-malade.

En 1978 l'OMS à Alma Ata définit un objectif : « la santé pour tous en l'an 2000 ». Ce slogan n'est plus aujourd'hui une utopie mobilisatrice que : « la santé est non seulement l'absence de la maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1978). L'Organisation mondiale de la santé définit la santé dans la charte d'Ottawa du 21 novembre 1986: « comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. C'est le droit fondamental de l'être humain. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques [...]. La promotion pour la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Ils doivent pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu » (OMS, 1986, n°30).

La conférence Internationale demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies de recherche et des programmes de promotion de la santé, (Billon, 2000, p. 28). Les participants sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette charte, « la santé pour tous d'ici à l'an 2000 » deviendra réalité. En ce sens, tous les pays épris de paix et soucieux du bien-être physique et mental de leur population doivent adhérer à ce postulat, développer les dispositifs de formation par la recherche chacun à son niveau.

Au Tchad, la mise sur pied de la politique nationale de formation initiale par la recherche est à saluer. Cependant, la traduction et les réalisations des faits sur le terrain tardent à se concrétiser. Par exemple, l'érection de l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux en Instituts d'Enseignement Supérieur pour former les enseignants en vue d'une professionnalisation par la recherche, est attendue.

La formation initiale des professionnels de santé, principalement centré sur l'acquisition du savoir biomédical, va devoir s'adapter à ces nouvelles dispositions. Selon l'Organisation

Mondiale de la Santé), « la formation initiale de la plupart des soignants, en particulier les médecins, est principalement fondée sur l'établissement d'un diagnostic et le choix d'un traitement thérapeutique », (OMS, 1998).

Au regard de cet éclairage pratique, quelle analyse peut-on faire de la situation actuelle dans les Institutions et Entreprises en lien avec la professionnalisation par la recherche en formation initiale ? Comment ces établissements répondent-ils à la question de l'apprentissage et de la profession en santé? Comment s'appliquent-ils à entrer dans une formation par la recherche vers une approche d'analyse de l'agir professionnel?

Une démarche professionnalisant la formation par la recherche pour une Institution exige d'intégrer dans sa dynamique des procédures normatives, mais aussi une démarche d'organisation apprenante (processus) et accorde une place stratégique incontournable aux modèles de santé, de formation, d'apprentissage et à tous les niveaux des acteurs que nous aurons à développer dans les paragraphes qui suivent. Vivre et faire vivre le processus de professionnalisation par la recherche en formation initiale entraîne parfois la difficulté de se replacer dans chaque fonction ; celle de formateur, celle d'étudiant avec un mémoire professionnel (écriture scientifique) de recherche à effectuer.

Cependant, dans l'utilisation des outils de collecte des données, nous pensons qu'ils soient en adéquation avec la mise à l'épreuve de l'hypothèse principale posée.

La professionnalisation par la Recherche est bien un objet complexe, en particulier de par son lien avec l'évolution de la profession et les changements qui s'opèrent dans les écoles de santé. Au regard de tout ce qui a été dit, nous confirmons bien que les étudiants et les professionnels ne donnent pas le même sens à la recherche en soins (définitions, attentes). Tandis que les premiers pensent enrichir leurs propres connaissances et approfondir un thème, les formateurs attendent plutôt une résolution des problèmes issus du quotidien.

Dans une formation en alternance, il est inconcevable que ce genre de recherche, tels que les travaux d'initiation à la recherche des étudiants se passe sans avoir un lien avec le terrain de la pratique. Les enseignants sont donc placés, la majorité d'entre eux pour la première fois, dans des conditions de pratiques professionnelles du métier d'enseignants. Ils ne sont pas assistés par: un tuteur/praticien doit être présent pour les conseiller, les épauler. Un formateur du centre de formation doit les visiter, les évaluer. Des regroupements en centre de formation ne sont pas aussi prévus pour parler de ce qui se passe au niveau de cette pratique. Dans

beaucoup des écoles, il n'est pas installé des groupes d'analyse de pratiques professionnelles dont la forme doit être multiple.

Le mémoire professionnel part d'une question de la pratique : soit un obstacle rencontré, soit une curiosité surgie. Cette question relève du langage commun et est généraliste comme : (comment motiver les élèves à la lecture) ? Cette question, quoique posée en des termes généralistes, est directement reliée à la pratique, par exemple : (c'est parce que je n'arrive pas à faire apprendre à lire ce que je considère comme correctement, les apprenants que j'ai présentement en face de moi, que je vais étudier cette question de manière à y remédier par une pratique différente). Au départ, la pratique est première et à l'arrivée également. Il n'est pas question de dégager une théorie nouvelle sur les apprentissages en lecture mais plutôt de rendre plus efficace la pratique propre de ce stagiaire qui sera toujours différente de celle d'un autre stagiaire. Aucune prétention universaliste n'est à l'œuvre. Le terrain est donc pris comme point de départ, point central et point d'arrivée. Il est omniprésent puisque le stagiaire y fait référence et s'appuie sur lui quand il en parle et quand il le découvre au fur et à mesure du déploiement de son interrogation.

Plus qu'une formation en alternance (centre de formation/terrain professionnel), c'est la recherche d'un équilibre entre ce qui est écrit sur la question dans les ouvrages scientifiques et professionnels, dans les modèles théoriques et ce qui se passe sur le terrain des pratiques professionnelles. Ce va et vient devient parfois une trahison dans les deux sens : ne pas se noyer dans les théories ou dans la pratique.

La jouissance de compréhension risque de primer sur l'exécution des tâches professionnelles. L'alternance conçue initialement comme une ressource devient une gestion impossible, une injonction paradoxale contraignant le futur cadre professionnel à s'éloigner de la découverte d'une pratique en cours d'élaboration pour plonger dans un univers livresque et méthodologique. Aucune routine n'est installée que déjà, il faut construire un monde d'interrogation critique : comment poser une « bonne » question quand on a à peine quelques jours d'expérience professionnelle? La responsabilité du terrain envahit le formé sans qu'il ait les compétences pour le mettre à distance dans un jeu des possibles innombrables que possède toute situation. Ces deux dernières remarques ont été récurrentes dans le témoignage des détracteurs du mémoire.

Cependant, il semble que le dispositif de formation, incluant le mémoire, qui prend en compte ces observations et les intègre dans ses modalités d'accompagnement, peut conduire à une formation professionnelle inscrite dans une perspective de professionnalisation à plus long



terme que l'on pourrait qualifier de formation tout au long de la vie. Les habitudes d'interrogation de la pratique s'installent dès le démarrage de la formation professionnelle ; et apprendre un processus d'apprentissage de mise à distance, de détour et d'interrogation développe une structure psychique en rapport avec cette pratique.

Du côté des formateurs, les constats précédents illustrent la multiplicité négative des formateurs qui n'ont pas la compétence pour cette professionnalisation en initiation à la recherche et pour le mémoire professionnel. Le futur enseignant est un animateur d'analyse de pratiques dont la résonance au niveau du mémoire aura lieu à l'évidence même de la formalisation des pratiques en majorité autour des difficultés rencontrées, un tuteur/praticien dans l'école dont les compétences relèvent de l'efficacité de la pratique, un formateur/visiteur de stage qui évalue de manière formative, et enfin, un tuteur, choisi en général pour ses connaissances sur le sujet concernant le mémoire professionnel du stagiaire.

Le tuteur suit le trajet du stagiaire du début à la fin du mémoire et tente de l'aider à lier cet ensemble d'apports et de personnes aux représentations diverses. Ce fil rouge est un support autant qu'un guide : ses compétences de fédérateur sont sollicitées. L'expérience montre que le tuteur possède une identité encore mal définie, selon son statut, sa formation. Il tâtonne dans l'indécision, sans peu d'accompagnement pour lui-même.

Lorsque des formations de formateurs sont organisées, la mise en commun consiste à regrouper les questions et les expériences. Comment articuler les diverses sources de réflexion et d'apports de connaissances que reçoit le futur enseignant ? La question centrale repose sur la formation des formateurs à l'accompagnement à un processus d'apprentissage ou de recherche qui a pour finalité la professionnalisation dans un champ professionnel particulier. Est-ce dire que les formateurs doivent être avant tout des praticiens qui ont eux-mêmes été formés par la recherche ? L'homomorphie d'une telle formation est-elle nécessaire ? Peu de recherches menées jusque-là sur le mémoire professionnel soulèvent ce point.

Si la professionnalisation par la recherche est considérée comme particulière, avec ses composantes, comment former des formateurs qui auront à accompagner de futurs professionnels ? Ou doit-on considérer que la richesse des formateurs dans leur diversité, dans leurs représentations différentes de la recherche voire épistémologiquement opposées, est un atout pour le formé qui prendra de chacun, ce que bon lui semble, sans pour autant sacrifier à l'autel de l'évaluation du mémoire extrêmement normative ? De quelle recherche s'agit-il alors ? Il y a maintenant une quinzaine d'années que la question de la recherche ou de formation du système LMD, lorsqu'elle intéresse les praticiens à des fins de formation et de

développement de compétences professionnelles, est au cœur des débats, sans que l'on ne sache toutefois la quiddité d'une telle recherche.

Un article, publié par Jean Marie Barbier (1985) faisait état de deux grandes façons d'envisager la recherche. D'une part, une démarche de recherche classique présente quatre caractéristiques produisant le savoir : transformation de la demande sociale initiale, émission d'hypothèses, constitution d'informations et fonction de la démarche de recherche . D'autre part, une démarche de recherche étroitement liée à l'action professionnelle de celui qui mène la recherche ou qui y participe de façon indirecte. Cette recherche qui se caractérise par un processus d'identification de l'objet sur lequel va porter la recherche, par l'élaboration d'hypothèses d'action avec constitution d'informations «congruentes » et par le produit non de la recherche proprement dite, mais de son processus d'apprentissage qui autorise un changement possible dans les pratiques de celui qui a mené ou participé à la recherche. Barbier concluait en distinguant les « deux types de recherches, sachant que toute typologie est caricaturale et imaginant, bien sûr, un continuum entre ces deux pôles », (Ibid., 1985).

En conséquence, nous pouvons aussi conclure qu'il existe un écart significatif entre le sens donné à la recherche en santé par les étudiants et celui donné par les formateurs. Les études s'effectuent en alternance : des temps consacrés aux écoles et des temps consacrés aux stages. Les étudiants doivent se situer dans cet écart et essayer de construire leur identité professionnelle en comprenant le sens actuel réel de la recherche en cours de formation en santé, en s'appuyant sur les cadres théoriques issus de la modélisation des différentes références des modèles évoqués plus haut.

Par ailleurs, les étudiants rencontrent peu de personnes ayant un statut de chercheur ou d'infirmier chercheur pouvant leur donner un sens à la professionnalisation par la recherche, toutefois certains repèrent des professionnels qui font de la recherche sur le terrain des pratiques ou de la formation. Le processus d'identification des références théoriques pouvant induire une certaine professionnalisation par la recherche en formation, peut s'opérer même s'il ne se produit pas pour tous.

Avec, l'initiation d'une formation à/par la recherche, le statut d'apprenti chercheur permet de s'essayer à une posture de chercheur par la prise de recul et de questionnement construit. Une finalité serait de permettre aux futurs professionnels en formation initiale de s'approprier cette posture, l'adopter de façon systématique dans leurs pratiques de professionnalisation future. La formation par la recherche, lors de la 3<sup>ème</sup> année d'études professionnelle en santé, prend

sens par la finalité de la recherche elle-même qui est l'enrichissement des savoirs dans le domaine des soins de santé et donc des sciences de la santé.

## **DEUXIEME PARTIE**

---

### **2. THEORISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SANTÉ A LA PROFESSIONNALISATION PAR LA RECHERCHE**

#### **2.1. INTRODUCTION**

Cette partie de la thèse développe l'approche théorique des pratiques professionnelles et de l'encadrement pédagogique en formation professionnelle. Une analyse critique des modèles de santé est faite pour développer une approche complexe de la santé. Une approche des soins, de l'éducation et de la pédagogie émergeant de chacun des modèles est également présentée.

Dans le domaine de la santé, comme dans tout autre secteur, être professionnel, c'est exercer selon les normes prescrites, une pratique sociale donnée. Tout praticien est appelé à être confronté aux incertitudes des diverses situations professionnelles. Pour ce faire, il ne peut pas se limiter aux tâches prescrites. La complexité des situations exige du professionnel de santé et des étudiants en formation initiale, qu'ils s'autorisent à agir autrement, qu'en simple agent exécutant. Les pratiques sont sous-tendues par deux grands paradigmes qui orientent les différentes conceptions des soins ainsi que leur problématisation.

Le paradigme de la raison (Barbier, 2000) privilégie l'ordre, le rationnel, la certitude, la maîtrise et le contrôle. Il donne la primauté aux normes et règles à respecter par tous. Sa filiation est positiviste et déterministe. Le modèle « biomédical » de la santé s'inscrit dans ce paradigme.

Le paradigme de complexité (Morin, 1990, p. 137) s'attache à l'irréductible, l'irrationnel, l'incertitude, le désordre et l'ouverture à d'autres possibles. Il reconnaît la différence entre l'hétérogénéité de l'objet de la formation et de la problématisation de l'agir professionnel. Alors que le premier paradigme affirme la fermeture du système, le second pour sa part, prône son ouverture. Nous postulons donc que, ces dominantes paradigmatiques impactent la problématisation des pratiques professionnelles et des situations en santé. Pour caractériser l'enseignement des pratiques professionnelles dans le processus de problématisation d'une situation en santé, il nous paraît fondamental d'explorer deux modèles théoriques de santé existants, ainsi que les conceptions de soins qui en découlent. Ce préalable permettra de mettre en évidence les liens qui existent entre modèles de santé et conception des soins d'une part, et modèles de santé et de formation d'autre part.

## **2.2. MODELES THEORIQUES DE LA SANTE REGISSANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Le futur professionnel en formation initiale dans les établissements d'enseignement en santé, doit nécessairement maîtriser ces notions de base en cours de formation théorique, afin de s'en servir pour problématiser une situation pratique, en vue d'activer son processus de production scientifique. Le « modèle » désigne généralement une certaine formalisation des structures d'un phénomène donné ou des pratiques sociales. Dans le cadre du structuralisme, le « modèle » est l'affichage d'une structure qui produit une fonction et qui réalise une transformation donnée, déclarent (Bonniol et Vial, 1997). Le modèle serait alors assimilé à un ensemble de principes de modélisation, d'axiomes et de postulats rendant lisibles les discours et les pratiques qui en découlent. Deux modèles théoriques ont été identifiés en santé : « le modèle biomédical et le modèle global désigné encore sous l'appellation bio-psycho social » (Bury, 1988).

### **2.2.1. Le modèle biomédical de santé**

Le modèle biomédical est d'essence positiviste et déterministe (Bury, 1988). Il est ancré dans l'imaginaire populaire depuis la plus haute antiquité Grecque où les Grecs représentaient déjà la santé sous les traits de la Déesse appelée Hygie, fille d'Esculape et de Lampétie, autrement dit, fille de la médecine curative. Cette déesse possédait le pouvoir de dominer ou de combattre la maladie. Par cette métaphore qui révèle du rôle de la médecine curative, on peut lire l'antagonisme santé et maladie, donnant ainsi naissance à la définition dite « négative » de la santé par (Bury, 1988). La santé est perçue comme l'absence de la maladie, c'est-à-dire toute absence de problème organique d'ordre biophysique. L'époque positiviste semble ainsi avoir accentué la dimension curative de la médecine, galvanisée sans nul doute par les progrès réalisés dans le domaine des connaissances et des technologies médicales, des progrès qui ont suscité des espoirs certains et parfois démesurés, en l'éradication totale de la souffrance causée par la maladie.

Dans une telle ambiance de triomphalisme du pouvoir de la science sur la souffrance, la conception des soins met l'accent sur la guérison à tout prix et donc sur le curatif. La maladie est considérée comme un accident qui viendrait perturber le processus de la vie dans le temps ou dans son potentiel.

La conception « négative » de la santé a été remise en question lorsqu'il a fallu prendre en compte tous les facteurs en jeu dans la dynamique de la santé. L'approche complexe de ces

facteurs a amené à réviser cette conception linéaire. Dès lors, il apparaît qu'il n'est pas aisé de trouver une définition satisfaisante pour tous, car le concept de santé est une entité complexe, mouvante et polymorphe (Monnier *et al.* 1980). Il s'avère donc que ce n'est pas tant un consensus qui importe autour d'une définition définitive du concept de santé, mais plus, la prise en compte de la dimension paradigmatique et épistémologique. La santé considérée comme absence de la maladie dans le modèle biomédical s'inscrit dans un système fermé. Cette conception linéaire de la santé semble dominer les pratiques sociales de nos jours.

### **2.2.2. Le modèle global ou bio-psycho-social de santé**

Le modèle global de la santé se développe depuis la période qui suit la deuxième guerre mondiale (article 1<sup>er</sup> de la constitution de l'OMS en 1946). D'où, l'individu est saisi dans ses interactions dynamiques avec son environnement. Les interactions multiples influencent ou peuvent interférer le bien-être de l'individu. Pour préserver sa santé, l'individu doit alors s'adapter continuellement à son environnement. La prise en compte de l'action de l'individu par rapport à son environnement, et corrélativement par rapport à sa santé, constitue la vraie rupture qui caractérise les deux modèles de santé et de maladie. Pour mieux appréhender le concept de la santé dans le modèle global, il est nécessaire de définir tout d'abord l'être humain dans sa dimension physiologique.

En effet, « la personne doit être perçue en termes d'unités, relations, processus, interactions, liberté et créativité » (Blattner, 1981, p.4). L'être humain est décrit comme un tout, dynamique, complexe et est en perpétuelle recherche d'équilibre avec son environnement. C'est de la qualité des relations qu'elle entretient avec son environnement (interne et externe), que dépendra probablement son cheminement vers la réalisation optimale de ses potentiels, (Ibid., 1981). Pour l'auteur, l'homme est un individu qui tend vers l'indépendance, c'est-à-dire ayant la capacité de satisfaire par lui-même les besoins liés à ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Il a en lui toutes les ressources pour accéder à cette indépendance Bordieu (2007). L'indépendance est la capacité d'une personne de choisir les activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins. La dépendance est le non satisfaction d'un ou plusieurs besoins de l'être humain due à des actions inappropriées qu'il accomplit ou a l'impossibilité d'accomplir les actions appropriées en vertu d'une incapacité ou d'un manque de suppléance.

Cette approche globalisante de la personne amène Beck et al. (1984) à s'inspirer de la théorie des systèmes d'autres auteurs comme Bertalanffi, (1973), pour décrire l'être humain comme un système ouvert, constitué de sous-systèmes ou composantes, et qui est en interaction constante avec l'environnement, ou réciproquement, en y puisant et retournant

l'information, l'énergie et la « matière ». Toutes ces composantes sont interdépendantes sur le plan énergétique. En d'autres termes, chacune de ses dimensions (biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles) est en même temps source et bénéficiaire d'informations ou d'énergies. Il s'agit d'une constante interaction entre les différentes composantes de la personne en tant que système ouvert.

**Tableau 11:** « description de l'être humain dans une approche systémique », d'après ( Beck et al, 1984).

<b>LA PERSONNE (ETRE HUMAIN)</b>	
Le système ouvert	Ayant des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles (liées à son hérité et son développement) ;
	Ayant diverses expériences de vie ;
	Ayant un projet de vie ;
	Possède une tendance à l'adaptation, actualisation ou réalisation de soi ;
En interaction dynamique avec l'environnement (interne et/ou externe)	Exposé aux diverses influences de son environnement ;
	Source et bénéficiaire d'information, d'énergie et de (matière) ;
	Existence de tentions pouvant susciter des besoins d'aide et des attentes plus ou moins définies.

En effet, la conception linéaire de la santé se révèle en arrière-fond dans la lecture du concept moderne de santé proposé par l'OMS en 1946 comme « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Le « bien-être » ne serait rien d'autre qu'une certaine position sur le continuum santé maladie (excellente santé, bonne santé, mauvaise santé, très mauvaise santé, mort) qui ne connaîtrait aucune démarcation rigoureuse.

Selon l'approche de l'OMS (article 1<sup>er</sup> de la constitution 1946), le concept de santé a été appréhendé comme « le paradigme de l'utopie d'un bien-être complet assuré aux individus ». Il est assez difficile d'avoir un consensus sur la nature même de ce que constitue véritablement le « bien-être », puisqu'il s'agit à tous les égards de quelque chose d'éminemment subjectif, et donc insaisissable. Bien que la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé soit idéaliste et utopique, Maslow (1970) reconnaît la nécessité de poursuivre l'inaccessible, car à ses yeux, cette poursuite est inséparable de l'actualisation de soi qui est inhérente à la nature humaine.

En effet, ses travaux indiquent que tout organisme humain a tendance à l'actualisation ou à la réalisation de soi, c'est-à-dire, ayant cette capacité à mobiliser ses potentiels en vue de se libérer de certaines entraves et pesanteurs qui perturbent l'orientation de son développement.

C'est à cette approche de l'actualisation de soi que semble adhérer l'idée selon laquelle, « l'actualisation consiste à privilégier le comportement qui correspond le mieux aux exigences de chaque personne, celui qui fait l'objet d'un choix personnel », (Arnaud, 1983, p. 53). Pour pouvoir satisfaire le besoin d'actualisation ou de réalisation de soi, quatre autres besoins ont été proposés par Maslow (1970), à partir de la théorie motivationnelle qu'il qualifie d'holistique-humaniste, et doivent être préalablement satisfaits.

Il s'agit entre autres : des besoins physiologiques, des besoins de sécurité physique, psychologique, des besoins d'amour et d'appartenance, et des besoins d'estime de soi. L'auteur observe cependant que chez les personnes, cette hiérarchisation des besoins ne se manifeste pas toujours en respectant cet ordre.

### **2.3. THEORISATION DU MODELE D'ABRAHAM MASLOW**

La définition théorique de différents concepts de soins mise au point par Jean Watson dans les années 70, est en lien avec le « Caring » qui pourrait être développée pour la compréhension de la conception humaniste du soin infirmier. En d'autres termes, ces concepts accordent une très grande place aux rapports humains entre le malade et son infirmier.

Parmi les nombreux points abordés dans le Caring, citons la mise en place d'une relation de confiance et de partage infirmier/malade, la nécessité d'encourager le patient, celle d'entretenir son moral et de satisfaire ses besoins que décrit Henderson, celui de prévenir et guérir de l'hygiéniste et pionnière Britannique Florence Nightingale dans leurs différents concepts.

La pratique de la préservation de la dignité du malade est également très importante dans l'une comme dans l'autre des concepts et ont été explicitées tour à tour par les images, l'analyse de la théorie dans les chapitres précédents ainsi que la théorie d'Abraham Maslow qui suit.

La pyramide des besoins est une représentation pyramidale de la hiérarchie des besoins, une théorie de la motivation élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue, Abraham Maslow. Elle constitue l'étayage théorique du modèle conceptuel de Virginia Henderson. L'article où Maslow expose la théorie de la motivation, (Théorie de la Motivation humaine) ne représente pas cette hiérarchie sous la forme d'une pyramide, mais cette représentation s'est imposée dans le domaine de la psychologie du travail, pour sa commodité.

La pyramide ci-dessous est constituée de cinq niveaux principaux. Selon Maslow, nous recherchons d'abord à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de penser aux besoins



situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide. Par exemple, (nous recherchons à satisfaire les besoins physiologiques avant les besoins de sécurité : c'est pour cela que, dans une situation où notre survie serait en jeu, nous serions prêts à prendre des risques).

- **La représentation dynamique de la hiérarchie des besoins d'Abraham Maslow**

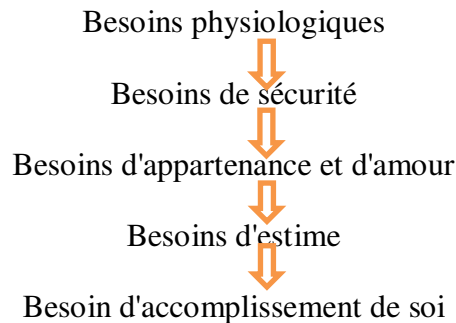


Figure 16 : « illustration des cinq niveaux de « la hiérarchie décroissante des besoins, selon Abraham Maslow (1940) ».

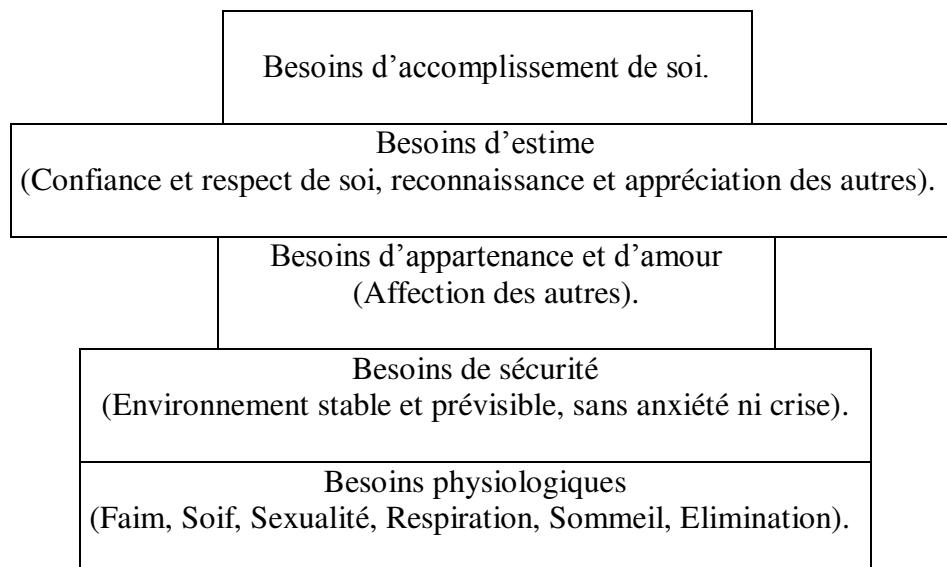


Figure 17 : illustration de « la Pyramide des besoins, (Ibid., 1943) ».

Ce modèle possède l'avantage d'être immédiatement compréhensible et frappant, mais il possède de nombreuses limites qui ont conduit à sa réfutation pratiquement totale<sup>66</sup>. Abraham Maslow n'a étudié qu'une population occidentale<sup>67</sup>, instruite pour aboutir à ce résultat. Dans d'autres modèles de sociétés, ce modèle peut ne pas être valide. Il s'agit de se questionner sur la légitimité du modèle en prenant en compte le contexte social de la population ou de l'individu.

<sup>66</sup> Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002, à propos des missions des Soins infirmiers in The Nursing and Midwifery programme at WHO.

<sup>67</sup> In Notes on nursing, NIGHTINGALE, Florence,

- ***Les classifications voisines***

Une autre classification, réduite à trois niveaux, plus simple, est opérée en sociologie. Besoin primaire ou besoin vital, physiologique. Quelle que soit la société étudiée, il est impossible de s'en passer. Besoin secondaire ou besoin social. Il est impossible de se passer de ces besoins pour avoir une vie normale en société. Ces besoins sont : se laver, posséder une adresse, porter des vêtements en bon état, savoir lire, etc. (voir annexe 4, P. 75).

Besoin tertiaire ou besoin personnel. Il sert à se sentir bien, à être en bonne santé mentale ou simplement de bonne humeur. Donc, avoir des passe-temps, acheter une certaine marque de vêtement etc. Epicure classait quant à lui, les besoins et aspirations en quatre catégories:

- Besoins naturels indispensables à la vie (boire, manger, dormir), au bien-être (maison, hygiène, diététique, affection), et au bonheur (philosophie, amitié, sagesse) ;
- Aspirations naturelles dont on peut à la rigueur se passer (le sexe, l'amour, jeux, arts, sciences, etc.) ;
- Aspirations de création humaine et donc artificielles (richesse, gloire, etc.) ;
- Aspirations mystiques et non réalisables (désirs d'immortalité, etc.).

- ***La distinction entre « besoin » et « désir »***

Le besoin est exprimé par le cerveau inconscient sous forme d'une émotion qui en signale la présence et la satisfaction ou le non satisfaction.

Le désir peut s'exprimer et se définir, c'est en ce sens qu'il est conscient, mais son origine est inconsciente, un peu plus élaborée que le besoin. Le désir serait une sorte de sublimation d'un besoin précisé, imagé, que l'on peut voir, imaginer, on en rêve, et c'est ce qui fait sa force. Par exemple, tout individu a besoin de survivre en cas d'attaque, par la contre-attaque ou la fuite (actions inconscientes ou instinctives). En revanche, vouloir posséder une moto est un désir. C'est une vision béhavioriste du besoin et du désir.

La libido (le désir chez Freud) est non seulement l'expression du désir sexuel mais également la sensation de bien-être, en rapport avec la satisfaction de ce désir. C'est un processus largement inconscient; la vision freudienne du désir a largement inspiré la publicité. La vente utilise le désir, la libido, pour combler le besoin et le désir. Le besoin est un sentiment de manque ou de privation accompagné d'un désir de le voir disparaître. L'acte inconscient d'achat est largement inspiré par le désir compulsif. Certain auteur tel que Henderson (cf. La

nature des soins infirmiers, p.67) préconise donc une nouvelle hiérarchie, non pas basée sur le besoin mais sur le désir, et donc parler de demande.<sup>68</sup>

- ***Les aspects psychologiques et processus mentaux***

Les besoins vitaux sont issus du système sympathique (gère la vie, la survie, la reproduction) tandis que les autres besoins sont issus du système parasympathique (gère les besoins en état de sécurité), Wikipédia (mars, 2013).

Quand le système sympathique entre en action, il utilise un réseau nerveux différent du système parasympathique et l'action sur les sujets est différente en fonction du système réellement en action. Par exemple, quand une personne est sur le sympathique (c'est-à-dire en situation de se protéger de ce qui est perçu comme une attaque grave), les ressources allouées à l'estomac sont minimales par rapport aux ressources allouées à l'autodéfense. La digestion se fait donc mal en situation d'insécurité et de stress. Par contre, quand la personne se sent en sécurité, le système parasympathique gère la digestion qui se fait normalement et agréablement. La satisfaction d'un besoin produit une émotion positive tandis que le non-satisfaction du besoin produit une émotion négative. L'analyse minutieuse des émotions permet d'identifier correctement le besoin signalé.

L'actualisation ou la réalisation de soi suggère que l'individu devienne ce qu'il est intrinsèquement et manifeste aussi sa singularité, sa différence par rapport à l'autre. Ce besoin s'exprimera chez les uns comme chez les autres par une volonté avérée de concrétiser leurs différents projets de vie. Cette santé dite « positive » mérite d'être poursuivie, même si celle-ci paraît inaccessible, une vraie invective, animée probablement par un sentiment corporatiste et une approche déterministe de la réalité, vient fustiger cette notion de « bien-être » ainsi que la nouvelle conception « positive » de la santé. C'est en ce sens, Bury (1988, p. 17), prétend qu'une « définition moins pratique (de la santé) serait difficile à imaginer.

#### **2.4. LES MODELES CONCEPTUELS DE LA SANTE**

Jusqu'ici ce penchant pour les concepts idéalistes de la santé, largement éloignés de l'expérience du médecin du terrain, a été responsable de la plupart des aberrations de la société occidentale depuis les 25 dernières années et de nombre d'idées confuses sur la médecine ». Ce positionnement s'inscrit fortement dans la logique biomédicale.

---

<sup>68</sup> La nature des soins infirmiers, V. HENDERSON, p.67,

Pour l'organisation Mondiale de la santé (OMS, 1983), la santé est la capacité de l'individu à s'adapter aux agressions dont il est l'objet de la part de son environnement, sans pour autant altérer ses capacités vitales. L'adaptation de l'être à son environnement, qui « consiste à privilégier un comportement correspond aux normes du milieu, comportement qui sera considéré comme adéquat dans le cadre d'une sous-culture », (Arnaud, 1983, p. 53). Ce qui implique que l'individu ait des capacités à saisir et reconnaître des faits et des informations provenant de son environnement, qu'il soit capable de les interpréter et de les comprendre, en vue d'harmoniser ses comportements aux sollicitations de son milieu. Ainsi, « le comportement d'une personne à un instant donné est fonction de la perception que cette personne a d'elle-même et de son environnement, à cet instant donné », (Arnaud, 1983, p. 109).

#### **2.4.1. Le modèle bio psycho social**

Le modèle bio-psycho-social de la santé positive par adaptation individuelle et ajustement social aux normes scientifiques en formation est définie comme : un bien suprême sans cesse susceptible d'être attaqué, mais aussi un processus maintenu par divers moyens, le résultat d'un équilibre entre les différentes humeurs composant l'être humain. L'équilibre précaire à mi- pente entre deux extrêmes. Un bien dans une dynamique consciente (Hippocrate), l'approche globale de la santé (Holisme) « la santé est un état complet de bien-être physique mental et social et pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité », (OMS, Art.1 de la constitution de 1946) un équilibre entre le physique, le mental et le social. La prédominance normative et la quête de la santé absolue sont d'après (Berthet, 1983) expansionniste et individualiste, scientiste. L'hétéronomie du sujet résume l'auteur est la soumission de l'Homme aux normes scientifiques (extérieures), l'asservissement de l'Homme par la science médicale.

Lorsque ce modèle est centré sur la qualité de vie et l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde (Eymard, 2004, 2010), il poste l'accent sur la capacité d'un sujet à s'affirmer dans un milieu donné (Illich, 1975), le sens de la vie plutôt que sa durée.

Le concept de santé et qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » selon l'OMS (1993).

Les caractéristiques de santé sont une expérience de vie individuelle et collective dont la maladie fait partie; le mode de la présence à soi-même et au monde dans l'expérience de la limite, de la souffrance, mais aussi du handicap, de la maladie et du mourir. La subjectivité de la qualité de vie interpelle la décision des politiques de santé avant toute action sociale. Le patient est lui-même décideur, il peut devenir expert en développant la reconnaissance des savoirs expérientiels et la notion de partenariat est mise en avant.

Il est important de tenir compte « du contexte où évolue l'individu dans l'analyse du processus pathogène, que de la pathologie elle-même », (Bury, 1988). Reconnue ou approchée sous cet angle, la maladie ne relève pas de la seule compétence des médecins, mais d'un ensemble d'acteurs en fonction des facteurs contributifs intrinsèques et extrinsèques qui entravent les systèmes des défenses. C'est sur cette base que l'OMS (1983), appréhende la santé sous son aspect perceptuel, fonctionnel et adaptatif. Dans son aspect « perceptuel », la santé est considérée dans sa vision du « bien-être », selon (OMS) ; sous l'angle « fonctionnel », la santé est une capacité de fonctionnalité optimale de l'individu dans l'accomplissement de ses rôles sociaux ; voir du côté de l'adaptation, la santé est la capacité d'ajustement réussi et constant d'un individu à son environnement.

Selon l'approche holistique de la santé, la maladie est un déséquilibre de l'un ou de l'ensemble des dimensions de la personne. La maladie peut aussi être saisie comme un défaut de cet ajustement permanent d'un organisme à son environnement, (Bury, 1988). Le processus de guérison nécessite alors une remise en question de soi-même, de ses valeurs, de ses relations avec l'environnement, de ses comportements. La maladie peut aussi être considérée comme un moment privilégié où l'individu s'interroge sur le sens de sa vie, (Ibid.). L'auteur entrevoit trois directions à l'extension du concept de santé et du modèle biomédical en amont : celle qui va du biologique vers le psychologique et social ; celle qui tient compte de l'individu et de son environnement, le tout rattaché à sa dimension bio-psycho-social et enfin, celle de continuité.

La présentation ci-dessous de la synthèse des deux modèles dans un système de santé, à partir du tableau proposé par, (Ibid.1988), nous avons répertorié les aspects ci-après : la définition de l'être humain et de la santé, la conception des soins selon les modèles. Le paradigme dans lequel s'inscrit chaque modèle de la santé a été explicité.

**Tableau 12** : les deux modèles dans un système de santé ( Bury, 1988).

<b>Modèle biomédical de santé</b>	<b>Modèle global de santé</b>
Modèle fermé inscrit dans le paradigme de la raison.	Modèle ouvert inscrit dans le paradigme humaniste.
Approche organiste, atomiste (être considéré comme un ensemble d'organes. Corps humain considéré comme une machine en bonne ou mauvaise santé.	Approche holiste. Être humain considéré dans sa globalité (biologique, psychologique, sociale, spirituelle).
La santé considérée comme absence de la maladie (définition négative).	La santé basée sur un bien-être physique, mental, et social (définition positive).
Maladie perçue comme un phénomène éminemment biologique (signe et symptômes) Doit être diagnostiquée et traitée par le médecin.	Maladie perçue comme un défaut d'ajustement constant de l'organisme à son environnement/Maladie perçue comme un phénomène de causes multifactorielles (facteurs complexes, organiques, psychologiques, humains, sociaux).
Priorité au traitement des signes et symptômes Traitement médical ou chirurgical (approche éminemment curative).	Priorité à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, (approche continue, réadaptation).
Système centré sur le personnel de santé (médecin) en tant qu'autorité disposant seul des connaissances sur la santé, personnel de santé vu comme agent de normalisation.	Personnel de santé considéré comme partenaire thérapeutique du patient ou du groupe, collaboration avec d'autres secteurs et acteurs de la santé, interdépendance avec la communauté.
Patient complètement dépendant et passif donc objet de la santé. Patient considéré comme objet de soins.	Participation du patient. Interdépendance avec la communauté.

Selon la théorie des systèmes, il est très difficile de privilégier tel ou tel modèle au détriment de l'autre. Les deux modèles comportent dans une certaine mesure, des fonctions d'interdépendance dans le système complexe.

En parcourant les différentes définitions du système proposées par (Morin, 1977), il se dégage enfin que « la complexité » est caractérisée par la diversité, le nombre et les caractéristiques des éléments, et surtout, la variété des liaisons qui constituent le système. Cette complexité génère des incertitudes et des aléas propres à l'environnement du système. Bien qu'étant différents les uns des autres, chaque élément du système a un rôle particulier à jouer dans la vie et l'existence de celui-ci. Les deux modèles de santé se doivent d'être articulés, pour une rationalité productrice de sens dans les actions de santé.

#### **2.4.2. L'approche complexe de santé**

Pour élaborer cette approche, nous nous inspirons des travaux de Morin (1990) et du paradigme de l'équilibration de Piaget (1969 et 1974). Une analyse des deux modèles de

santé nous a semblé indispensable pour plus d'intelligibilité dans l'action de santé. Elle vise la prise en compte des réalités qui déterminent les interventions. Il s'agit d'établir une zone transitoire qui prenne en compte les deux modèles de santé. Cette zone transitoire ou (articulatoire) sera inscrite dans ce que nous avons nommé l'« approche complexe de la santé ». Cette approche a pour champ opératoire « le système d'action concret », (Crozier et Freiberg, 1977). Ce phénomène est empirique, mais contingent, « le système d'action concret » est non figé, il s'adapte aux contextes et aux situations en cours. Sa constitution ainsi que son utilisation obéissent à l'articulation des deux formes de raisonnement : « stratégique et systématique ».

L'approche stratégique suggère une attitude de lucidité et de prudence de la part de l'acteur social : « le mot stratégie ne désigne pas un programme prédéterminé qu'il suffit d'appliquer (absolument) dans le temps » (Morin, 1990, p. 106). Dans le raisonnement stratégique, l'acteur envisage plusieurs possibilités, un certain nombre de scénarios pour l'action. Ces scénarios peuvent être modifiés en cours d'action, en fonction des informations reçues ou des aléas rencontrés. Il s'agit de l'adaptation de l'action en contexte, selon les situations qui se présentent. En ce sens, « la stratégie lutte contre le hasard et cherche l'information. (...) elle ne se borne pas à lutter contre le hasard, elle essaie aussi de l'utiliser », (Ibid., 1990, p. 106).

L'intégration de l'approche stratégique dans les interventions en santé souligne la nécessité pour le professionnel d'adapter régulièrement une attitude réflexive et d'ouverture chaque fois qu'il entreprend une action. Il est question de toujours garder présent à l'esprit que certains aléas peuvent survenir au cours de l'action. Le raisonnement stratégique est une démarche heuristique qui permet au personnel de santé de rester éveillé chaque fois qu'il est appelé à entreprendre une action de soin ; qu'il soit toujours prêt à accueillir du nouveau ou de l'inattendu en vue de l'intégrer, pour modifier ou enrichir son action, selon les situations rencontrées (Ibid., 1990).

Le raisonnement systématique pour sa part, se rattache au fonctionnement par programme. Il intègre la rationalisation et la cohérence de l'action. C'est une démarche qui définit une planification et une programmation établies à l'avance. Le programme est prédéterminé et exige une application telle qu'il a été établi au départ, en suivant rigoureusement toutes les étapes et procédures préalablement fixées. « Un programme est une séquence d'actions prédéterminées qui doit fonctionner dans les circonstances pouvant permettre l'accomplissement » (Ibid., 1990 p. 119). Les deux formes de raisonnement sont antagonistes mais complémentaires. Leur articulation permet de conjuguer rationalité et rationalisation.

Les modèles biomédical et global de santé se positionnent aux deux extrêmes. L'un réductionniste ne considère que les parties cités ci-dessus, l'autre globalisant holistique, ne privilégie que le « tout » ou l'ensemble ignorant les parties.

La santé holistique est une approche globale à la santé (ou à la maladie) qui prend soin de l'être humain sous toutes ses facettes. L'analyse des situations de santé prend en compte l'aspect physique, psychologique, nutritionnel et environnemental.

Cette approche globale intègre de ce point de vue la pensée systémique d'analyse de l'action. L'holisme s'oppose de facto à la vision atomiste d'un phénomène qui met plutôt en exergue les éléments constitutifs du phénomène que l'ensemble. L'idée globalisante ne voit que l'ensemble ou le tout par rapport aux parties. Cette façon d'appréhender les phénomènes ne permet pas de saisir toute la valeur synthétique de l'ensemble, car les parties sont appréhendées par leurs interactions. Qu'il s'agisse de l'idée atomiste ou réductionniste qui survalorise les éléments, les parties, ou alors l'idée de l'holisme qui privilégie le tout, l'ensemble aux parties, il apparaît que l'être humain est face aux deux extrêmes qui se prennent chacun pour l'unique et seule vérité.

Or, « je ne peux concevoir le tout sans concevoir les parties et je ne peux concevoir les parties sans concevoir le tout » (Morin, 1990, p. 100). L'idée de l'hologramme suggère que la connaissance de l'élément ou de la partie permet d'appréhender l'ensemble ou tout. La partie contient donc la quasi-totalité de l'information contenue dans l'ensemble ou tout. C'est le cas par exemple de chaque cellule de notre organisme qui contient la quasi-totalité des données génétiques de l'ensemble de l'organisme. Cela signifie que « la partie est dans le tout, et le tout est à l'intérieur de la partie qui est à l'intérieur du tout », (Ibid., 1990 p. 117). Cette réalité conduit à revisiter l'idée de la complexité qui évoque, non pas la complétude comme peut le suggérer l'holisme, mais la nécessité d'une prise de conscience sur le fait que « nous ne pouvons jamais échapper à l'incertitude et que nous ne pourrions jamais avoir un savoir total : « la totalité, c'est la non-vérité » (Ibid., 1990, p. 93).

L'approche complexe permet d'explorer les choses dans leur profondeur, tout en gardant présent à l'esprit qu'il est impossible d'atteindre le « méga-système ». Ce que confirme et soutient le théorème de (Morin, 1990), de l'indécidabilité ou l'incomplétude qui postule qu'on ne peut connaître un système en restant à l'intérieur de ses frontières. Tout système de pensée est toujours incomplet. Qu'il s'agisse du courant de pensée qui régit le modèle biomédical ou celui qui sous-tend le modèle global de la santé. Ainsi, tout système de pensée comporte une lacune à une sorte d'ouverture. Le principe de la complexité permet de distinguer sans



disjoindre, de favoriser la conjonction ou l'association sans identifier ni réduire. Loin d'unifier, la complexité revêt l'idée même d'impossibilité à l'unification, une impossibilité d'achèvement. Elle rappelle ainsi, « une part d'incertitude, une part d'indécidabilité et la reconnaissance du tête-à-tête final avec l'indicible » (Morin, 1990, p. 127).

Intégrer la pensée complexe dans le processus d'intervention en santé, dans la posture épistémologique, c'est tenter d'échapper tant à cette vision réductrice de la santé qui ne voit que le fonctionnement des organes et leur réparation en cas de défaillance, qu'à la vision globaliste qui ne verrait que le tout (biopsychosocial, spirituel (Ibid., 1990)). La pensée holiste ou globalisante qui prône la primauté du tout sur les parties, met en exergue l'idée d'ensemble et de composition qui ne permet pas de saisir cette globalité dans sa valeur de synthèse, car le « tout est à la fois plus ou moins que la somme des parties » (Ibid., année ? p. 114). En intégrant la complexité, nous convoquons la dialogique « ordre-désordre-organisation » (Ibid., 1990 p. 137), avec prise de conscience de la cohabitation de ces trois principes en tant que processus dynamique de la vie et l'existence.

La complexité peut être considérée comme un régulateur qui prend en compte le contexte dans lequel se produit un phénomène donné. « Le réel est énorme, il est hors norme, il échappe à nos concepts régulateurs à son point ultime, mais nous pouvons essayer de manier au maximum cette régulation » (Morin, 1990, p. 138). Ce que semble proposer la complexité dans le domaine de la santé, c'est la sensibilisation et la conscientisation des différents acteurs et intervenants, sur l'inaccessibilité du réel et l'impossibilité de tout saisir. Elle rappelle par ailleurs qu'il existe du certain et l'incertain, du hasard et du déterminé, et que les dualités coexistent au sein d'une même unité. Tenter de tout saisir à travers des dispositifs de transparence implacable procède de l'absurdité, car il est difficile de maintenir l'unité recherchée en séparant les deux entités opposées, contradictoires, mais pourtant complémentaires. La réalité est dynamique, changeante, toujours en mouvement. L'« approche complexe de la santé suggère la nécessité de se préparer à l'inattendu, à l'incertain ; elle incite à se référer à une démarche stratégique lors des interventions en santé », (Nkoum, 2009, p. 54).

La perspective constructiviste piagétienne reconnaît deux aspects fondamentaux, contradictoires, mais complémentaires. Pour faire face aux nouvelles situations rencontrées dans son environnement, un individu doit constamment réajuster ses structures de connaissances. Cette adaptation est indispensable à l'équilibre du système. Nous pourrions associer le principe de stabilité à la recherche de transparence et de certitude du modèle

biomédical, et celui de plasticité à la recherche d'ouverture, à la possibilité de changement, à la connaissance de l'incertain et de l'imprévu du modèle global de la santé.

L'équilibre consiste alors à l'articulation entre stabilité et plasticité pour un maintien du système. Le paradigme de l'équilibration rejoint ici dans son approche théorique et conceptuelle les principes dialogiques et « hologrammique » de Morin (1990), qui articulent en une unité, deux entités opposées et contradictoires, mais complémentaires. Il s'agit en quelque sorte de maintenir la dualité au sein de l'unité. Si un personnel de santé s'inscrit exclusivement dans l'un ou l'autre modèle de santé, le risque encouru, c'est celui de voir ses actions parcellisée et mutilées ou globalisées.

Pour essayer de contourner cet embarras, il serait opportun de favoriser une posture épistémologique qui articule les modèles biomédical et global de la santé. Cette attitude paraît plus porteuse et productrice de sens, d'un point de vue praxéologique. Nous ne percevons pas cette proposition en tant que troisième modèle, mais plutôt en terme d'une posture articulatoire vivifiante des deux modèles antagonistes mais complémentaires dans une perspective complexe (Ibid., 1990). Il s'agit là d'une approche dialogique qui laisse voir la nécessité d'une démarche dialectique et paradoxale. « L'approche complexe de la santé » suggère de prendre en compte cohérence et pertinence par rapport au contexte social dans lequel évoluent le patient et le personnel de santé. Le souci d'articulation des modèles biomédical et global de la santé est de faire jouer ensemble, de comprendre, en conservant une hétérogénéité féconde à chacun des deux modèles de santé. Dans « l'approche complexe de la santé », le patient est considéré comme un partenaire actif, auteur et décideur par rapport aux orientations concernant sa santé.

L'approche complexe de la santé (Nkoum, 2009) est une posture dans « l'entre-deux des modèles biomédical et global de la santé ». Il s'agit ici d'articuler les deux modèles de la santé, en considérant en même temps les expériences personnelles du professionnel et le vécu du patient, d'un point de vue psychologique, familial et social ; C'est reconnaître à l'individu, la liberté de choix en rapport avec sa santé, (Illich, 1975).

Il est fondamental de prendre en compte le fait que la santé est aussi « l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde » (Eymard, 2004, p. 16). Appréhendée sous cet angle, la santé est perçue comme une expérience de vie individuelle ou collective, expérience qui intègre autant la réalité de la maladie que celle de la mort. L'effort porte désormais sur la promotion de l'ouverture et l'adaptation des actions de santé au contexte, selon les opportunités, les valeurs et les expériences vécues mutuellement par le soignant et le soigné. L'individu n'est

pas seulement reconnu comme acteur de sa santé, mais en tant que « sujet autonome », il peut prendre ses propres décisions concernant sa santé. L'individu « en prenant en compte autant son équilibre interne que l'aspect communautaire de santé » (Eymard, 2004, p. 21), devient alors partenaire des soins de santé. Le lien qui lie soignant et soigné devient celui d'une interaction dynamique où les partenaires de santé confrontent leurs histoires respectives, leurs projets, en vue d'un enrichissement mutuel. Il s'agit d'aller dans le sens du développement d'une relation à l'autre. Dans cette perspective de devenir, il apparaît que ce c'est chaque personne qui détermine la direction de son changement et non l'autre pour lui. Même si, du fait de sa maladie, son état peut nécessiter une assistance par le soignant, ceci n'implique pas forcément qu'il faille occulter sa volonté de devenir, de vivre, c'est-à-dire ses désirs, ses demandes. Il s'agit dès lors d'une prise en compte du projet du patient dans le sens de ce qu'il voudrait advenir. On met ainsi en mouvement une démarche qui considère le projet dans ses visées et dans son contenu en mettant en perspective les incertitudes en tant que possibilité de changement pour soi et pour l'autre. Le patient n'est plus perçu comme un objet de soins, mais comme acteur et dans une certaine mesure auteur, susceptible d'opérer des choix libres et responsables par rapport à sa santé ; en d'autres termes, capable de réaliser des demandes. Il peut alors manifester sa singularité dans sa relation à l'autre. L'éducation appliquée à la santé vise à promouvoir l'émancipation et l'autonomie du sujet afin qu'il assume ses responsabilités vis-à-vis de sa santé et celle de sa communauté. La promotion de la santé n'est plus ici une finalité ou un but à atteindre comme c'est le cas dans les deux modèles (biomédical et global), mais elle devient davantage une approche de la santé ; une philosophie de vie.

L'approche complexe de la santé (tableau 13 ci-dessous), favorise d'une certaine manière, la construction d'une « zone de professionnalisme et de création » (Ardoino, 1993b), dans laquelle se manifeste (la négativité). Il s'agit d'un espace de mise en tension des potentialités des professionnels de la santé et les éléments du référentiel métier, espace de création, où ils s'autorisent à faire autrement que de s'enfermer dans un canon établi. C'est le lieu de liberté et d'émancipation, qui suggère alors une forme d'ouverture et de développement des potentiels et de leur mobilisation dans l'action. Il s'agit enfin, de cette zone où le personnel de santé construit sa propre identité professionnelle. C'est la zone de transfert des apprentissages et des expériences acquises, où le professionnel cesse de s'identifier aux autres, mais s'efforce plutôt d'affirmer sa propre identité professionnelle. Tout en développant la professionnalité, il

s'ouvre également à la perspective du dépassement qui intègre la dimension du professionnalisme en tant que source de développement de soi.

**Tableau 13** : la caractérisation de l'approche complexe de santé.

<b>CONCEPTIONS</b>	<b>PARADIGME DE LA COMPLEXITE</b>
L'être humain	Il est appréhendé comme un système ouvert, ayant un projet de vie, et de diverses expériences de vie.
	Il possède une tendance à l'adaptation, actualisation ou réalisation de soi, il est autonome et libre de sa vie.
La santé	Une approche dialectique entre la santé absence de maladie, selon le contexte de soins, les opportunités, la nature du problème de santé, l'intervention suscitée par le problème de santé.
	Elle est considérée comme une expérience de vie individuelle ou collective (Eymard, 2004, 2010), intégrant autant la réalité de la maladie que celle de la mort.
Le patient (le malade)	Le patient considéré non seulement comme partenaire actif, libre de ses choix par rapport à sa santé (Illich, 1975), mais également en tant qu'auteur et décideur ( Ardoino, 1993b), par rapport aux différentes options concernant sa santé.
La maladie	La maladie est saisie dans la dialectique entre les deux modèles précédents, en fonction de la réalité rencontrée.
	La maladie est définie comme une expérience plus ou moins difficile, singulière et spécifique que vit un individu ou groupe à un moment donné de la vie, nécessitant une mobilisation d'énergie supplémentaire.
Le soin	La priorité est accordée à l'adaptation du curatif et du promotionnel au contexte et au vécu expérimentiel du soigné et du soignant.
	La prise en compte par le personnel de santé, des incertitudes et des contingences liées au contexte, à la nature du problème de santé, au choix libre du patient ou du groupe.
Le soignant	Le personnel de santé adopte une posture d'accompagnateur, à l'écoute, selon les aspirations et les commandes du patient ou du groupe.
L'éducation	La prise en compte dans l'éducation à la santé de la culture, l'environnement, l'histoire du sujet ou du groupe, ses représentations, ses systèmes de valeurs, dans le respect de ses choix personnels.
	L'éducation appliquée à la santé visant la promotion de l'émancipation et l'autonomie du sujet ou du groupe.
	L'articulation de la logique d'information et de celle de la communication ( Vial, 2004).

## **2.5 CONCEPTS THEORIQUES DE SOINS DANS LES MODELES DE SANTE**

En matière de prévention, le dépistage et la vaccination contre certaines affections sont privilégiés. Le professionnel de santé est perçu comme un agent de normalisation. La personne malade est considérée comme objet de soins, le corps humain étant considéré comme une somme d'organes réparables.

### **2.5.1. Les soins dans le modèle biomédical**

Dans le modèle biomédical, l'effort du professionnel porte essentiellement sur le curatif. La suppression des signes et symptômes de la maladie est prioritaire (Bury, 1988).

La maladie est opposée à la santé et est définie comme un accident intervenu dans le processus de vie (Eymard, 2004). La mort est ainsi perçue comme un échec du traitement (Ibid., 2004). Les interventions visent essentiellement à résoudre les problèmes de santé identifiés par le praticien. Le professionnel de la santé est la seule autorité disposant des connaissances sur la santé et la maladie, donc seule capable d'apporter les réponses adaptées aux problèmes du patient. La prévention est essentiellement basée sur des injonctions adressées à l'individu ou au groupe, par rapport aux comportements et attitudes jugés nocifs, et aux mesures et normes à observer pour éviter la maladie.

Dans ce modèle, la maladie est un phénomène fondamentalement biologique, le patient n'a aucun rôle actif à jouer dans le diagnostic et les traitements. Dans ce cas, généralement les démarches thérapeutiques sont régies par des protocoles préétablis devant être respectés par tous. Le modèle biomédical met l'accent sur la programmation à l'avance des actions, tout en les figeant ; or, il n'est pas toujours certain de contrôler des actions quelques soient les objectifs fixés, car « l'action échappe à nos intentions. Dès qu'un individu entreprend une action quelle qu'elle soit, celle-ci commence à échapper à ses intentions » (Morin, 1990, p. 107).

En effet, une action entre généralement dans un champ d'interactions. Pour cela, le contexte est l'environnement dans lequel se passe cette action peut avoir une influence sur les résultats escomptés. Ainsi, le résultat prévu peut être exactement le contraire des objectifs fixés au départ. Ceci montre l'incertitude qui règne autour de l'action programmée, que privilégie le modèle biomédical. La pensée atomiste suggère la réduction à l'élément simple, à la transparence, au saisi. Si nous reconnaissons le fait que la simplification est nécessaire, elle doit être cependant relativisée, car la rationalisation à outrance peut étouffer la raison ou la rationalité. Le délire de logique et la recherche à tout prix de cohérence et de maîtrise peuvent parfois constituer un élément destructeur de la rationalité. La conception des soins et sa variante préventive découlant du modèle biomédical induisent à penser à une certaine discontinuité entre soins préventifs et soins curatifs. Même dans l'approche éducative, l'idéologie qui sous-tend ce modèle reste toujours en arrière-fond.

Dans ce modèle, l'éducation en santé prend très souvent la forme d'un corpus de savoirs disponibles, devant être mobilisé en cas de nécessité. L'action du professionnel de la santé

privilégie la transmission des connaissances, des normes et valeurs devant être appliquées par tous pour garder ou maintenir la bonne santé. C'est dans cette perspective de prévenir les causes de l'altération de la santé, en modifiant les comportements, que les behavioristes (Watson, 1972 ; Skinner, 1971) ont mis en œuvre une approche éducative qui vise plus particulièrement la prédiction des comportements (une sorte d'anticipation), et par conséquent, leur contrôle possible à travers des renforcements positifs ou négatifs de (B.F. Skinner, 1904 à 1990 cité par Richelle, 1978), que nous verrons un peu plus loin dans les théories de l'apprentissage.

L'éducation ainsi conçue, repose sur une hypothèse selon laquelle une bonne connaissance de la maladie serait suffisante pour que l'individu bénéficie d'une bonne santé. Les théories behavioristes de (Skinner, 1979) reposent sur l'hypothèse selon laquelle les personnes qui perçoivent une information réagissent rationnellement en adoptant des comportements susceptibles de prévenir la maladie. Il s'agit d'un a priori qui reconnaît à tout individu un « bon sens » en matière de santé. Tout se passe comme si les informations fournies par le personnel de santé venaient combler les lacunes de naguère, et que par ailleurs, l'individu intégrerait ces nouvelles connaissances dans une structure qui rétablit l'équilibre antérieur.

L'approche constructiviste de (Piaget, 1979) reconnaît chez l'individu l'existence des représentations en matière de la santé et de la maladie. Pour qu'un changement de conception se réalise chez celui-ci, il doit confronter les informations reçues à ses connaissances antérieures. La démarche éducative consiste alors à créer chez lui de nouvelles connaissances cognitives à partir des connaissances, des motivations et des représentations de la santé dans son histoire de vie.

L'approche éducatrice dans le modèle biomédical est dite « prescriptive », tout se passe comme si les personnes se soumettent aux injonctions de façon spontanée, adoptant ainsi les changements de comportements attendus (Ibid., 2000, pp. 17-30). Dans cette perspective, l'éducation vise l'instruction de l'autre pour qu'il maintienne sa bonne santé, redevienne sain ou pour que sa maladie ne s'aggrave pas.

La maladie constitue la norme par laquelle les informations sont transmises à l'individu ou au groupe. Un lien est établi avec « le modèle statique de la santé conçue dans un modèle cybernétique de conservation d'un état d'équilibre » (Vial, 2004 p. 56). Il s'agit de l'éducation à la santé, désignant une intervention sur l'autre pour éviter la maladie (Ibid., 2004). Les pratiques éducatives ici se caractérisent par les objectifs à atteindre, (recouvrer la santé) en traçant le chemin à suivre au travers des recommandations et autres injonctions de changement. Le

comportement du sujet est souvent fustigé et jugé inapproprié, dangereux, amenant le personnel de santé à proposer des informations qui suscitent sa peur de la maladie et de la mort. Ainsi, les mesures épidémiologiques fondent les contenus à transmettre aux populations cibles. Il s'agit des soirs scientifiques légitimés devant être transmis tels quels. Les résultats de la science sont utilisés pour informer l'individu ou le groupe, sur les éléments nécessaires à la prévention des maladies, (Eymard, 2004, p. 21). Dans le modèle de l'éducation qui intègre le développement du sujet, l'éducation vise à fournir à l'individu ou au groupe, des savoirs lui permettant de se connaître (le fonctionnement de ses organes, ses potentiels) pour mieux lutter contre la maladie.

Dans le modèle de l'éducation se référant à l'interaction sociale, en relation avec le modèle biomédical ou organiciste, l'éducation vise le développement de la conscience individuelle ou collective sur la nécessité d'unir les forces pour lutter contre les maladies. Elle amène également l'individu à s'interroger par lui-même et par le groupe en vue de prévenir les maladies, pour son propre bien et celui des autres (Ibid., 2004). La logique appliquée dans le modèle biomédical, caractérisée par un cloisonnement des actions de soins et l'éducation à la santé, expliquer les pratiques de processus de production ou de problématisation des situations professionnelles de soins au bénéfice des étudiants en formation initiale en cours actuellement dans les différents établissements de santé.

### **2.5.2. Les soins dans le modèle global (bio-psycho-social)**

Dans ce modèle, la prévention de la maladie et la promotion de la santé sont privilégiées. Le modèle est centré sur la santé et non sur la maladie. Il s'agit alors de considérer l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire dans sa culture, son milieu de vie, ses valeurs, ses croyances, ses aspirations etc. L'individu est pris en compte dans sa singularité en tant que différent de l'autre, pour plus d'efficacité dans l'action des soins. Sous cet angle, la santé fait partie des aspirations de tout individu. L'individu n'est donc plus considéré comme devant subir des actions du soignant mais plutôt comme acteur du processus des soins (Bury, 1988). Il lui est reconnu la liberté de choix quant aux actions à mener ainsi que des ressources nécessaires pour promouvoir sa santé. Dans son intervention, le personnel de santé s'occupe non seulement de l'aspect curatif et préventif, mais également des facteurs psychologiques environnementaux et sociaux. L'environnement familial et social occupe une place de choix. Les modèles conceptuels de soins centrés sur le concept de « demande » mettent l'accent sur la participation du patient dans le processus de soins. Le soin devient une démarche singulière privilégiant l'autre dans son historicité, voire même dans son historicité (Heidegger, 1967),

favorisant la rencontre des deux individus qui cheminent ensemble dans le respect de la singularité de chacun. Cette approche rejoint celle qui décrit la relation soignant/soigné comme une expérience d'apprentissage dans laquelle deux personnes sont en interaction. Il n'est plus question de s'enfermer dans le schéma traditionnel édicté par le modèle biomédical, d'une démarche de soins centrée sur les besoins des patients qui vise à poser un diagnostic et de prescrire les soins, c'est-à-dire résoudre le problème, mais d'orienter l'action vers « un processus de devenir pour les deux partenaires » (Revillot, 2001, p. 9).

La prise en compte du projet du patient ou du groupe est fondamentale. La santé met face à face les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités psychologiques et physiques du sujet. (Deccache, 1997). Inspirée de la pensée holistique, la relation d'aide est articulée au courant interactionniste développé dans les soins infirmiers par Beck et al. (1984). Le modèle de la relation s'articule autour des axes suivants : la personne en besoin d'aide ; l'aspect relationnel ; la personne qui apporte de l'aide sollicité (le soignant). En intervention dynamique avec son environnement interne et externe, l'individu est source et bénéficiaire d'information et d'énergie. Il peut ainsi puiser en lui-même et dans son environnement externe, en cas de nécessité, les ressources dont il a besoin. Le besoin d'aide apparaît quand de manière consciente ou non, l'individu ne tient pas compte ou s'éloigne d'une partie de sa vraie nature, empêchant ainsi celle-ci de s'exprimer. En ignorant une partie de lui-même ou en se reniant, l'individu en besoin d'aide devient étranger à sa propre personne. L'intervention du personnel de santé vise à aider la personne à apprendre, à être à l'écoute de son propre être, à prendre conscience de ses ressources internes afin qu'elles puissent s'exprimer pleinement. La personne peut alors mieux s'adapter à son environnement en y puisant les ressources nécessaires, dans le respect des règles qui régissent son milieu de vie.

Ainsi, de la qualité de l'intervention, dépend du résultat escompté dans la relation d'aide. Dans cette perspective, la promotion de la santé est le processus par lequel les individus ou les communautés acquièrent les moyens adaptés pour assurer un large contrôle sur leur propre santé. Elle permet à un individu ou un groupe de s'adapter à son milieu de vie par le biais de l'amélioration de la santé. Elle ne relève plus du seul secteur de la santé, car elle dépasse les modes de vie jugés sains pour viser le bien-être (Bury, 1988). La promotion de la santé vise davantage l'égalité en matière de la santé. Elle se donne pour objectif de procurer à tous les mêmes ressources et les mêmes chances pour la pleine réalisation des potentiels de santé. Comme nous pouvons le constater, elle exige une action concertée et complémentaire des



différents acteurs de la santé (professionnels de la santé, communautés individus, secteurs de développement et de coopération, gouvernements etc.).

La conception des soins dans le mode global de la santé évite toute disjonction entre soins préventifs et soins curatifs. Il va sans dire que la conception des soins dans ce modèle plaide pour une démarche éducative plus ouverte. Ainsi, l'éducation vise à guider l'individu ou le groupe dans la maîtrise de son milieu environnement physique et culturel, en vue de modifier son comportement par adaptation aux normes sociales (Ibid., 1988). Mais dans cette perspective, l'éducation ne vise plus uniquement l'intégration de normes établies, mais surtout l'appropriation d'un savoir qui va accélérer le changement du sujet ou du groupe (Vial, 2004). Et donc, il s'agit du processus qui crée chez l'individu ou le groupe, les conditions susceptibles de développer ses capacités en matière de promotion de la santé, processus qui valorise ses responsabilités en tant qu'acteur de sa propre santé et celle des autres (Jourdan, 2004). Ces rapports aux savoirs des pratiques professionnelles trouveront leur équilibre dans la formation initiale et l'éducation.

Si la protection de la santé des individus peut être appréhendée comme l'ensemble des mesures d'organisation sociale, économique, juridique mise en œuvre pour favoriser l'amélioration ou le maintien de leur santé, l'éducation pour la santé, de son côté, sera ce processus d'apprentissage délibéré, individuel et/ou collectif qui nécessite notamment la communication, la participation des communautés, enfin, leur auto prise en charge. Deux théories de l'éducation pour la santé sont privilégiées dans le modèle global de la santé, à savoir : la théorie socio cognitive et la théorie psycho cognitive.

La théorie sociocognitive s'intéresse à la construction des connaissances du sujet à partir d'une interaction entre différents facteurs culturels et sociaux. La théorie psycho cognitive quant à elle se préoccupe davantage du développement des processus cognitifs de l'individu. Il s'agit de ses processus de raisonnement, d'analyse, de résolution des problèmes, de ses représentations (Billon, 2000).

Pour les théories socio cognitives, les comportements en formation s'inscrivent dans un environnement dans lequel se renforcent des compétences acquises. Les deux théories évoquées permettent de construire une approche éducative en formation qui tient compte des caractéristiques psychologiques et sociales de l'individu. Dans cette perspective l'éducation appliquée à la formation par la recherche en santé mettra davantage l'accent sur la promotion de la santé.

## **2.6. MODELES THEORIQUES DE FORMATION**

Ferry, (2003) décrit trois modèles de formation, le premier est : « centré sur les acquisitions [...] et censé garantir un niveau de compétences défini en terme de connaissances, de comportements, de performances ou d'habiletés [...] la pratique est une application de la théorie », (Ferry, 2003, P.21). C'est celui de l'instruction, focalisé sur les contenus avec un programme stabilisé. La pédagogie par objectif est utilisée à ce niveau-là, et sera développée davantage au paragraphe : les rapports existants entre communication et pédagogie, page 157. Seule la restitution est demandée, la théorie conduit à la pratique. Le formateur est centré sur les savoirs, c'est le modèle charismatique du maître, sous-tendu par la théorie béhavioriste. Il est celui qu'utilisent souvent les établissements de formation, notamment lors des cours magistraux. Il est dans ce cas en adéquation avec une posture d' « Agent exécutant », (cf. Ardoino, 2000, p. 188). Malheureusement, ce modèle ne permet pas de développer l'activité et l'autonomie des apprenants.

Le deuxième modèle est centré sur la démarche. Il privilégie les situations didactiques qui mettent les étudiants en situation de résolution de problèmes professionnels. Les notions d'agent et d'acteur, en référence à Ardoino (2000), aboutissent ainsi à la reconnaissance implicite d'une frontière entre deux ordres de représentations : « celui du système pour lequel l'agent, partie des agencements, défini par ses fonctions, obéissant à un modèle plus mécaniste, surtout référé à l'espace ou à l'étendue, reste essentiel agi par la finalisation ou la détermination de l'ensemble », (Ibid., 2000). Cela sous-tendu par la théorie du constructivisme, ce modèle utilise une pédagogie active. Le formateur est centré sur l'apprenant et sur son développement personnel. La théorie est induite par la pratique. Ce modèle est à rapprocher de la posture d' « Acteur ».

Le troisième modèle « inclut toute évocation, observation ou analyse sur le vif du drame éducatif, par exemple le déroulement d'une leçon dans une classe ou d'une séance de groupe de formation », (Ferry, 2003, p. 23). Ce modèle est sous-tendu par la théorie socioconstructiviste. Il y a une interactivité entre la théorie et la pratique. Il fait appel à la posture d'agent-auteur. « Les modèles de la formation s'articulent avec les modes de travail. Le mode transmissif est à rapprocher de l'instruction », (Lesne, 1977, p. 42). Il est centré sur les savoirs, dont l'acquisition est de court terme. C'est cet exemple, le cours magistral principalement utilisé dans les établissements de formation. Il y a un autre mode non de moindre importance, le mode incitatif à orientation personnelle est à rapprocher du modèle de l'analyse de situation professionnelle. Il est centré sur l'élève celui-ci se trouve confronté à

une résolution de problèmes. Il est appliqué principalement lors des cours de travaux pratiques. Le mode (appropriatif) est centré sur l'insertion sociale de l'individu. La confrontation en groupe permet d'apporter des réponses aux questionnements de l'élève. L'apprenant se situe dans une logique de compréhension qui véhicule l'innovation et donc l'autonomie. A son tour : « la compréhension devra avoir pour conséquence et (comme signal) la capacité d'innover, de traduire sous sa propre responsabilité les connaissances acquises dans des situations nouvelles, de forger et de manifester son (autonomie)» (Joshua, 1999, p. pp. 115-128). «Le pédagogique désigne une action régulatrice et stimulatrice que le psychopédagogue s'autorise à entreprendre auprès des acteurs en situation », (Ferry, 1983, p. 17). Dans les modalités d'une formation, plusieurs formules sont possibles. La formation par l'observation, la formation par l'instruction, par la production, par la simulation. Il semble donc important de prévoir au cours de la formation, un temps de réflexion, de recherche, de documentation et de production de travaux écrits pour développer cette capacité réflexive.

Ainsi, « l'écriture, nous la voyons comme un outil qui va provoquer la pensée et aussi l'aider à se concrétiser, à prendre forme : en ce sens, l'écriture est une matrice de formation », (Signeyrolle, 2004, p. 9-20).

### **2.6.1. Les rapports entre savoirs académiques et pratiques professionnelles**

La professionnalisation par la recherche dans les métiers de la santé, revêt un caractère spécifique du fait de son lien avec la préservation de la vie des êtres humains. L'importance accordée en formation initiale et dans l'agir professionnel des infirmiers à la recherche est liée à l'identité professionnelle de ce corps de métier. Qu'il s'agisse de la formation dans les établissements d'enseignements ou du champ professionnel sur le terrain, la problématisation d'une situation professionnelle permet davantage d'accroître la production des résultats des actions professionnelles. En d'autres termes, la formation en sciences infirmières vise surtout à développer les connaissances et les compétences nécessaires par les étudiants pour exercer leur future profession, et les préparer par la même occasion à la problématisation des pratiques professionnelles. La formation par la recherche s'inscrit principalement dans la lecture critique d'articles scientifiques et la rédaction d'un mémoire de fin d'études d'initiation à la recherche.

Au regard de ce qui se passe dans différentes institutions de formation de certains pays du monde notamment en France, les modèles de la formation diffèrent selon les instituts de formation. Certains étant plus fortement dans la transmission de savoirs (approche behavioriste) ; d'autres privilégiant une approche socio constructiviste. Apprendre, c'est

prendre avec soi, ce qui suppose une appropriation des savoirs se trouvant en dehors de soi. L'apprentissage est considéré comme « un processus par lequel un sujet transforme les savoirs en connaissances » (Donnadieu et al. 1998, p. 20). Pour qu'il y ait apprentissage, les savoirs appris doivent se traduire dans l'action du sujet apprenant et dans la compréhension de son action. Dans le cadre de cette recherche, le savoir sera identifié au travers du processus de production d'un projet professionnel d'institution et son influence qui va avoir sur les apprenants en formation initiale, tant en établissement de formation, qu'en stage sur le terrain d'exercice professionnel. Il s'agit de permettre au futur professionnel de santé de repérer les caractéristiques des diverses situations qu'il sera susceptible de rencontrer, pour décrire, formaliser et théoriser les pratiques des acteurs de terrain. Apprendre dans une formation professionnelle initiale en santé, c'est construire des connaissances, et constituer des compétences, des manières de faire et de prendre des choses qui seront identifiables dans l'analyse des gestes professionnels. Il y a apprentissage « lorsque les savoirs appris sont disponibles en permanence pour agir au monde », sans qu'on ait à refaire le chemin de leur acquisition à chaque fois (Donnadieu *et al.* 1998). Apprendre c'est changer de représentation et de comportement. Les espaces de formation sont des créations sociales, c'est-à-dire les attributions de signification. L'analyse d'une situation professionnelle en santé dépend elle aussi des attributions de significations de la société (les acteurs) et des institutions. Ainsi les stages de terrain ne sont vraiment « formatifs que s'ils sont l'occasion d'une analyse d'une situation pratique et d'une réflexion » (Paquay, 2000, p. 136). Les stages sur le terrain d'exercice professionnel sont des moments de la formation où le futur professionnel de santé confronte ses différents savoirs pratiques et théoriques aux situations professionnelles rencontrées. Il n'en tirera profit dans sa formation que s'il est capable de procéder à une analyse réflexive des situations professionnelles, à une auto évaluation par rapport à ses propres pratiques professionnelles et au référentiel métier pour une prise d'initiative.

### **2.6.2. L'auto-évaluation outil de prise d'initiative de l'apprenant**

L'auto-évaluation est une forme de mécanisme régulateur qui intègre en même temps l'autocontrôle et l'auto-questionnement de Vial (2001). L'autocontrôle vise les procédures et le bilan. Il permet au formé de vérifier ses acquis en mesurant l'écart entre les objectifs fixés et les résultats de formation atteints. Les critères préalablement établis lui permettent de se projeter dans l'analyse de ses pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'auto questionnement vise les processus et permet à l'apprenant de faire une réflexion sur soi, sur ses propres actions. De ce point de vue, il contribue à la recherche de sens dans l'acte évaluation. Dans

cette perspective, l'auto évaluation amène le formé à expliciter ses actions et ses capacités d'apprentissage et à prendre conscience de ses insuffisances en vue d'une activation de production d'amélioration des actions entreprises. Elle « entraîne une confrontation à soi et à autrui, permettant ainsi la décentration nécessaire questionnement sur la pertinence des références en présence » (Campanale, 1997, p. 8). La décentration signe l'aboutissement de l'autoévaluation. Elle « permet à l'apprenant de prendre conscience de ses représentations, de ses interrogations et d'agir lucidement sur ce qui oriente et gouverne son activité » (Ibid., 1997 p. 8). L'autoévaluation en formation favorise le recul qui est « d'observer et de rectifier, en partie, le produit de l'action, en se fondant, notamment sur des critères de réussite préétablis » (Ibid., 1997 p.8). Dans la formation en soins infirmiers, la mise en exergue du processus d'autoévaluation de l'activité de l'étudiant, vise la gestion autonome de ses apprentissages professionnels. L'auto évaluation favorise le développement de la réflexion. Elle participe au transfert des apprentissages, à l'auto régulation et à l'autonomie du formé, à l'analyse des situations professionnelles en soins. Cependant, pour que l'auto évaluation puisse jouer efficacement son rôle d'apprentissage, une vigilance est requise dans sa mise en œuvre par l'étudiant.

La formation professionnelle initiale étant le lieu par excellence où l'étudiant est constamment soumis à une évaluation contrôle des actions et des connaissances, le risque encouru est l'intériorisation par le formé des valeurs des formateurs, au détriment de sa propre réflexivité. Le fait d'amener les étudiants en formation initiale en santé à pratiquer l'auto évaluation de leurs actions d'apprentissage les engage à devenir acteur, voire auteur ou co-auteur de leur apprentissage, partie prenante de leur projet professionnel (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998). L'auto évaluation est ainsi perçue comme un dispositif au service de l'argumentation, de la distanciation, de la réflexivité et du transfert des apprentissages (Ibid.1998). Définie par bon nombre des formateurs des établissements d'enseignement en santé, comme une exigence professionnelle en soins infirmiers, une capacité à acquérir dans la formation une compétence de l'apprenant à se questionner, l'auto évaluation apparaît comme une nécessité dans la formation d'un professionnel réflexif. Elle peut être saisie comme une capacité du futur professionnel encore en formation à l'évaluation des analyses situationnelles de ses actions professionnelles en y portant un regard critique. L'auto évaluation par l'étudiant de ses activités, permet non seulement le recul, mais également une prise de conscience et une remise en question passant nécessairement par l'hétéro évaluation (Eymard, 1993), le miroir du regard de l'autre, en l'occurrence des formateurs et des professionnels

référents dans le cadre des stages. Par l'auto évaluation, l'étudiant en formation initiale en santé acquiert progressivement l'autonomie qui contribue à développer la prise d'initiatives créatrices, nécessitant de la part du formateur une certaine renonciation à son pouvoir. La connaissance de soi constitue un élément déterminant de l'identité professionnelle en sciences infirmières. La singularité de l'identité professionnelle dans le métier des sciences infirmières, se situe au niveau de la priorité accordée à la sécurité du patient. C'est pourquoi le futur professionnel en sciences infirmières doit construire ses propres critères d'analyse de sa pratique professionnelle, dans le respect des normes institutionnelles et législatives. En ce sens, « se former, ne peut pas être un travail sur soi-même, librement imaginé, voulu ou poursuivi grâce à des moyens qui s'offrent ou que l'on se procure. Être assigné à se former, c'est presque une injonction paradoxale » (Ferry, 2003, p. 29). Au cours de leur formation, les cadres de santé sont amenés à produire peu ou de travaux écrits individuels ou en groupe ; ce qui ne favorise pas l'activation des processus de production et d'acquisition d'une posture d'auteur : « en s'autorisant à être créateur, le sujet devient une personne et l'acteur se transforme en auteur » (Ardoino, 2000, p.188-189). En ce sens, les cadres formateurs, récemment formés dans les Centres d'Etudes Supérieures en Soins Infirmiers (CESSI) sont-ils à même d'organiser de tels dispositifs pédagogiques dans les établissements de formation professionnelle, dans l'objectif de favoriser la créativité et l'autonomie des futurs professionnels. Selon Kaes, il est nécessaire : « que le formateur parvienne à accepter [...] que l'être en formation n'est pas sa propre créature, mais un sujet qui, par sa médiation, se forme », (Kaes 1996, p. 2). Il semble donc que le regard et le jugement de valeur portés par le formateur sur l'étudiant soient déterminants dans leur relation et sur le développement de ce dernier.

## **2.7. APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL ET IDENTITE PROFESSIONNELLE DES FORMATEURS**

En référence aux différentes lectures, apprendre et changer n'est pas seulement une question de structure, de normes, d'ordre et d'obéissance à des règles de la hiérarchie et à des conventions. C'est avant tout, une question d'hommes et de femmes. C'est un pari sur leur capacité de formateurs à s'engager et à évoluer. Il n'en demeure pas moins, que relever ce pari, gage de croissance et c'est sur quoi se développe aujourd'hui tout un pan de la problématique du management organisationnel que la démarche qualité de la formation entraîne dans un processus d'apprentissage.

Au début des années 90 en France, une nouvelle notion est apparue dans le monde des ressources humaines et du développement des organisations : celle d'organisation apprenante.

Est-elle une réponse au management de la qualité par les processus. Une question se pose. Quelle forme d'apprentissage va prendre le pari de rendre l'entreprise apprenante ? La proposition faite à ce propos, l'étude de l'apprentissage au service de l'action touche au cœur de la vie sociale. « L'action est notre façon de donner un sens à la vie, de nous révéler aux autres et à nous-mêmes. C'est par l'action, grâce à elle, que nous créons des structures collectives destinées à construire et à préserver l'ordre social sans lequel nous ne saurions gouverner nos vies, nos organisations, nos sociétés », (Argyris, 2000, p. 15).

La dimension groupale, le travail en équipe introduit une efficacité plus grande. Les pédagogies actives l'ont bien répété. Il n'est de meilleur apprentissage que dans l'action au sein de la collectivité. Savoir travailler en équipe c'est un des éléments que l'on rencontre souvent dans des définitions de profil d'emploi. L'apprentissage organisationnel est incontestablement une notion polysémique. Sa définition varie ainsi selon les auteurs : « création et modification de routines, acquisition de connaissances et de compétences individuelles utiles à l'organisation, amélioration de la capacité à réaliser des actions efficaces, détection et correction d'erreurs, capacité collective à interpréter et à donner du sens, etc. » (Moingeon, 1998). L'apprentissage organisationnel s'intéresse plus particulièrement au savoir qui se construit par l'action, et dans l'interaction entre l'environnement et les modes de pensée (cf. Piaget 1935). L'identité professionnelle des cadres formateurs devrait se construire dès la formation initiale, en disant qu'au regard de notre expérience la posture et l'identité des futurs professionnels se construisaient dès la formation initiale. Elles étaient également liées aux méthodes pédagogiques employées, et donc aux formateurs eux-mêmes. De ce fait la formation des formateurs devenait la clé du système par l'influence qu'elle pouvait avoir enfin sur les futurs professionnels.

La formation des formateurs doit s'articuler autour de trois axes selon Moingeon (1998) : l'organisation apprenante, l'encadrement et la pédagogie par objectif. Les capacités attendues sont donc, pour l'essentiel, la gestion d'une équipe de l'enseignement dans les établissements de formation initiale et/ou continue. Nos établissements de formation n'étaient pas dotés de processus, de procédures et de compétences de ce type. Les promotions des cadres en formation étant réduites en nombre, la mise en place d'une pédagogie active systématique, permettant l'interaction et les échanges nombreux entre étudiants et formateurs, en a été facilitée. Nous nous trouvons là dans une approche plutôt socioconstructiviste (cf. Vygotski, 1934), au détriment d'une approche comportementaliste (cf. Skinner, 1938), en grande partie abandonnée.

Cependant, du fait du déficit en formateurs compétents, l'insuffisance des acquis théoriques semble obliger l'ensemble des formateurs comme précédemment à progresser de manière empirique. Ce qui ralentissait l'évolution du dispositif. Les rapports de partenariats avec d'autres écoles de la sous-région ont permis de mettre en place un certain nombre d'expérimentations pédagogiques avec les étudiants de la formation initiale. L'objectif était de mettre en situation réelle l'enseignement des modèles théoriques et d'expérimenter les effets en termes d'activation des processus d'apprentissage en faveur des étudiants en formation initiale. Ces derniers seraient-ils en mesure de conceptualiser une situation de soins en respectant les normes qualité et d'engager une démarche réflexive ? Autrement dit, seraient-ils capables de plus d'autonomie face à une décision thérapeutique sans se référer systématiquement à des procédures préétablies. Ces expériences étaient formatives, non seulement pour les étudiants mais pour l'ensemble des formateurs, car elles mettent en évidence nos propres difficultés.

### **2.7.1. L'approche organisationnelle**

L'apprentissage organisationnel est largement envisagé comme une résolution de problème installé dans l'action professionnelle. « Nous apprenons quand nous détectons une erreur et que nous la corrigeons. Il convient ainsi de détecter l'écart entre ce que nous attendons d'une action et ce qui produit effectivement une fois l'action engagée », (Argyris, 2000, p. 17). Apporter une correction en vue d'un changement, c'est-à-dire l'ensemble des procédures activées et des actions engagées afin de réduire l'écart entre l'intention et le résultat obtenu. L'apprentissage organisationnel se préoccupe d'une forme d'apprentissage qui permet le changement, l'innovation par la mise en perspective des routines et des comportements des acteurs. Il permet de pallier les dysfonctionnements enregistrés dans les pratiques des acteurs.

Pour mettre en place un processus d'apprentissage organisationnel, Argyris, (2000) propose deux démarches qu'il présente comme suit : « la méthode des cas et le diagramme d'action pour la réussite de l'apprentissage et le changement. Il est essentiel que les individus prennent conscience de leur mode de raisonnement et de l'écart entre leur théorie professée et leur théorie d'usage » (Ibid., 2000 p. 27) : la théorie d'usage que les gens utilisent pour élaborer et mettre en œuvre leurs actions ; la théorie professée, dont ils rendent compte ou qu'ils décrivent.

Le discours analysé des acteurs renvoie à deux types de raisonnement (Ibid., 2000) :



- **Le raisonnement défensif** : caractérisé par un discours qui informe à mi-mots. Le discours est réductif, sans soucis d'objectivité. Les données sont insuffisantes, permettant difficilement d'exprimer un avis contraire ;
- **Le raisonnement constructif** : caractérisé par un discours qui fournit tous les éléments possibles permettant de poser un regard critique sur une situation donnée. Ce discours laisse ouvert la discussion, le dialogue et les échanges.

Ces démarches permettent également de mettre en évidence les routines défensives mises en place dans les situations embarrassantes qui font obstacles à l'apprentissage. L'analyse faite, les routines défensives envahissent la vie humaine. Elles sont l'une des causes principales de l'inefficacité de l'apprentissage. «J'appelle routine défensive organisationnelle, toute politique ou action qui évite aux individus, aux groupes, aux intergroupes et aux organisations de connaître l'embarras ou la menace et qui les empêche en temps d'en identifier et d'en atténuer les causes. Les routines défensives font obstacle à l'apprentissage (anti-Learning) et sont surprotectrices », déclare (Agyris, 2000, P. 29).

Les organisations peuvent apprendre sans modifier littéralement leur cadre d'actions et leurs routines organisationnelles. C'est le changement le plus fréquent. Il n'engage pas les individus dans une restructuration fondamentale de leurs théories d'usage. Il est appelé modèle d'apprentissage en simple boucle. Il serait préférable peut-être de parler ici davantage d'une adaptation aux modifications de l'environnement que d'un réel changement. Par contre, l'apprentissage en boucle double agit sur le cadre de référence et exige une rupture avec le cadre préexistant qui peut entraîner une crise culturelle et identitaire au sein de l'organisation. Dans l'introduction de son livre Agyris, (2000), «l'étude de l'apprentissage au service de l'action touche au cœur de la vie sociale. L'action est notre façon de donner un sens à la vie, [...]. C'est par l'action, grâce à elle, que nous créons les structures collectives destinées à construire et à préserver l'ordre social sans lequel nous ne saurions gouverner nos vies, nos organisations, nos sociétés » (Ibid., 2000, p. 15).

En effet, au sein de toutes les organisations, il est à savoir que nul n'échappe aux conflits relationnels et bien souvent nous assistons à des réflexes d'autodéfenses qui limitent l'accès à l'apprentissage de groupe. L'intervention dans des organisations, consiste à faire passer les individus de la boucle simple, le plus fréquemment utilisée, dans laquelle les personnes ont recours à des routines défensives et à un apprentissage en simple boucle. Celui-ci permet l'apprentissage en double boucle par laquelle sont modifiées les représentations et qui constitue le processus conduisant à apprendre, (Fiol et Malyles, 1985).

Dans ce cas de figure, l'accent est porté sur l'écart entre la théorie d'usage et la théorie professée. Cet écart peut être représenté par : « toute politique ou action qui évite aux individus, aux groupes, aux intergroupes et aux organisations de connaître l'embarras ou la menace et qui les empêche en même temps d'en identifier et d'en atténuer les causes » (Argyris, 2000, p. 15). Il s'agit là, de comportements et de démarches qui sont contraires à l'apprentissage.

« L'apprentissage en double boucle est le seul à produire des effets à long terme sur l'organisation et se développe souvent dans les situations de crise [...] les aspects sous-jacents des routines défensives qui freinent l'apprentissage organisationnelle dans les établissements d'enseignement sont analogues à ceux que nous venons d'observer dans l'administration publique » (Ibid., 2000 p. 44).

Cet apprentissage en double boucle qui concerne les modèles et les représentations caractérise l'organisation apprenante. Une entreprise ne devient apprenante que si elle a acquis de façon durable la capacité à réaliser des apprentissages en double boucles » Argyris, (2000). En règle générale, une organisation est guidée naturellement par les routines en évitant de poser trop de questions sauf bien sûr si elle y est contrainte. L'apprentissage en double boucles demande une action managériale sensibilisée à ce phénomène organisationnel. Ainsi, le passage du modèle I au modèle II évoqué ci-dessus sera possible quand les comportements auront été modifiés. Il est à noter aussi que l'apprentissage en boucle simple peut devenir en boucle double s'il y a un changement de perception collective de la situation et une modification des normes organisationnelles. Adhérer à des normes standardisées de fonctionnement, comme celles de la norme iso, (cf. Afnor, 2000), peut s'avérer « un moment propice pour susciter des apprentissages en boucle simple, mais aussi en boucle double ». Le passage alors à la forme d'organisation apprenante et l'apprentissage se fait dans la réflexion et dans l'action.

L'organisation qui souhaite maintenir sa capacité d'apprentissage doit questionner en permanence la pertinence des normes et les paramètres usuels de fonctionnement. L'apprentissage en boucle double (tableau ci-dessous) repose en majeure partie sur l'art de formuler et de reformuler les situations et l'ouverture à des pratiques autocratiques. Ainsi, les membres de l'organisation sont invités à douter de leur façon de voir et de concevoir la réalité. Par les modifications qu'il induit, l'apprentissage organisationnel s'inscrit dans une perspective de changement, voire d'innovation permanente.

**Tableau 14:** « l'apprentissage simple Boucle et Double Boucles » (Fiol et Malyles, 1985).

PROCESSUS	APPRENTISSAGE SIMPLE BOUCLE	APPRENTISSAGE DOUBLE BOUCLES
CARACTERISTIQUE	Fondé sur des routines, à l'intérieur de structures existantes.	Fondé sur des processus cognitifs, en dehors des routines ; Objectifs de changement des règles et des routines.
RESULTATS	Contexte simple ; Changement de niveau de comportement ou de performance ; Capacité de résolution des problèmes.	Contexte complexe ; changement des cadres de référence mentaux ; Développement de nouveaux mythes de nouvelles histoires.

L'organisation est un construit humain, et l'acteur participe à ce construit. « Sans acteur, il n'y a pas d'organisation. L'organisation a besoin de l'acteur pour vivre et exercer son pouvoir », (Crozier et Freiberg, 1977, pp. 194-195). Partant de ce principe, elle doit déployer une stratégie lui permettant de ranger l'acteur de son côté, dans ses rangs. D'un autre point de vue, l'organisation est composée d'acteurs qui sont loin de se laisser manipuler. Elle a affaire à des êtres pensants qui composent et comptent bien utiliser cette qualité dans leurs stratégies d'actions. Même si ces acteurs n'arrivent pas systématiquement à leur fin, ils jouent cependant à un jeu où ils essaient d'exprimer leur choix et à éviter les contraintes. Ce jeu est plus ou moins organisé, plus ou moins construit, plus ou moins conscient. Le fait est que la personne est en acte. Elle ne subit pas la situation dans le silence, l'obligation, l'interdit et la contrainte. Du moins sur de long terme si tel était le cas, le fonctionnement de l'organisation est perturbé.

En d'autres termes, l'organisation est semblable à une scène où se déploient des personnages avec leurs rôles, leurs objectifs, leurs intentions. Chacun avec ses représentations culturelles et sociales, chacun avec ses capacités cognitives et affectives va découvrir son jeu. Ce jeu est inhérent à la situation. Il observe une contingence de lieu, de temps et d'espace. Il n'est jamais définie une bonne fois pour toute. Il est changeant, fluctuant et s'immobilise au gré de l'actualité et de l'instant, de l'ici et maintenant. L'analyse stratégique, qu'a dite Beaujolin, (2000), récuse les théories où les membres de l'organisation se voient assigner des rôles précis à comportement rationnel, donc prévisible. En tout état de cause, l'organisation est tenue en permanence d'appréhender son environnement au plus près de sa réalité afin de décrypter son propre fonctionnement et de dégager sa ligne de conduite. Ainsi, pour bâtir une organisation qui apprend, il va falloir la composer d'individus qui apprennent ensemble. Cela signifie pour

l'acteur qu'il faut rester ouvert aux conséquences de son propre comportement, qu'il est nécessaire de se changer soi-même avant de pouvoir changer les autres.

### **2.7.2. Le changement dans la démarche qualité en formation**

Ce courant de pensée met en lumière qu'entrer dans une démarche qualité en formation professionnelle, Mounou (2006), nécessite forcément un changement organisationnel et de comportement. Il n'y a pas d'adaptation « sans changement, sans transformation des comportements des pratiques professionnelles », (Mounou, 2006, P. 77). Ce processus de changement chez l'individu demande du temps, du désir, de la volonté et de la motivation dans le travail. Le travail sur soi est difficile parce qu'il remet en question la survalorisation ou la sous-estimation de soi. C'est un travail de deuil qui demande bien souvent de quitter son ancien cadre pour construire de nouveaux repères, en alternance des passages de déstructuration, de déconstruction / structuration, et de construction. Mais, c'est aussi à ces prix-là que grandir devient une réalité. Et c'est le sens de la vie qui s'explique par « mourir pour renaître et pour vivre ». Sans trop vouloir attribuer des caractéristiques anthropomorphiques aux institutions, Crozier (1977) apprécie à juste valeur qu'une organisation n'échappe pas à ce modèle. Et tout l'enjeu pour une organisation de se pencher sur son processus de changement si elle veut maintenir le cap et entrer dans une démarche qualité. « Le changement c'est aussi la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités, d'où la nécessité de mettre en place un processus d'apprentissage collectif » (Crozier et Freiberg, 1977, p. 391).

« L'apprentissage collectif est le processus à travers lequel un ensemble d'acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent [...] c'est-à-dire inventent et fixent [...] de nouveaux modèles de jeu avec leurs composantes affectives, cognitives et relationnelles. La question est posée à savoir pourquoi y a-t-il toujours mille bonnes raisons pour ne pas déstabiliser les piliers du fonctionnement actuel ? Le management de l'entreprise apprenante est confronté au système de résistance au changement inhérent à tout individu. C'est parce que le changement n'est pas naturel, mais avant tout une création, une invention, découverte et construction humaines qu'il constitue en fait un problème » (Ibid., 1977, p. 395).

Une action de changement doit passer par des hommes mais aussi par les structures. Il va s'agir de développer une stratégie qui associe acteurs et structures. C'est avant tout, une démarche qui fait appel à la liberté de choix et à la capacité de chacun à défier ses routines quotidiennes. Pourquoi observe-t-on des résistances au changement ? Parce que simplement nous avons vu que l'action de l'acteur réside dans son jeu de pouvoir. Sa liberté et son autonomie sont les fruits de sa zone d'incertitude qu'il a su préserver et négocier. Et c'est ainsi qu'il peut développer un comportement qui va faire obstacle à tout ce qui menacerait son

autonomie et chercher à orienter le changement de telle sorte qu'il puisse se maintenir, sinon renforcer la zone qu'il contrôle.

Le changement est le résultat d'un processus collectif. L'approche systémique est inhérente à toute analyse stratégique de l'organisation et à toute démarche de changement et d'apprentissage collectif. Il s'agit non pas d'avoir une lecture linéaire, mais une lecture transversale qui rende compte des déterminants et de la détermination de chacun des éléments de l'entreprise. La complexité du système a conduit au constat qu'il n'y a pas une meilleure voie, mais qu'il faut s'inscrire dans la contingence de la situation. Une organisation qui a des références culturelles est un projet, « c'est une organisation qui se donne les moyens de se questionner sur son fonctionnement et qui donne du sens à ses orientations » (Donnadieu, 1998). En ce sens, l'organisation est un vivant d'individus en proie à des jeux stratégiques de pouvoir et de domination. Ce qui rend peut-être chaque organisation en prise avec une identité qui lui est propre. Une construction identitaire qui révèle les normes et les valeurs que véhicule l'organisation, qui révèle également les capacités et les processus d'acquisition de ses membres.

La culture organisationnelle est un construit collectif qui va orienter les systèmes d'actions concrets et de son collectif. « La conduite d'un individu face à ses supérieurs hiérarchiques au sein d'une organisation ne correspond absolument pas à un modèle simple d'obéissance et de conformisme, même tempéré par la résistance passive. Elle est le résultat d'une négociation et elle est en même temps un acte de négociation » (Crozier, 1981, p. 43). Par contre, l'analyse culturelle peut permettre de comprendre le fonctionnement stratégique et relationnel des acteurs, et les raisons qui les fondent. De ce fait, un management culturel qui prendrait en compte les individualités dans un respect dynamique des cultures pourrait avoir sa place sur la performance d'un système de management de la qualité. Au-delà de cette simple interprétation, il semble que la culture d'entreprise est un élément incontournable à qui veut comprendre et agir sur les organisations. L'expérience du terrain montre les effets négatifs du manque de la culture organisationnelle de la plupart des professionnels.

### **2.7.3. Les rapports existants entre communication et pédagogie**

Après avoir précisé que la pédagogie n'est pas seulement une qualité, qu'elle est aussi une activité, (Carré & Caspar, 2011), nous proposons d'esquisser quelques réponses aux questions suivantes: comment décrire l'activité pédagogique ? S'agit-il d'un processus régi par des modèles de travail, par des modalités de communication? Quelles modélisations peut-on envisager pour en rendre compte ?

- ***L'activité pédagogique***

L'activité pédagogique peut être décomposée en trois phases :

- **Première phase** : préparer, anticiper, actualiser

A ce stade le formateur conçoit ou aménage des réponses de formation. Il définit ses intentions, ses buts et ses objectifs, il collecte seul ou en équipe du matériel pédagogique de première ou de seconde main, il écrit un scénario plus ou moins formalisé, invente des situations et des activités, réalise des outils, choisit un mode de formation...

- **Deuxième phase** : exercer, ajuster, évaluer

En groupe, en atelier pédagogique personnalisé, à distance (...) avec telle ou telle modalité de communication pédagogique le formateur met en scène un scénario. Mais l'exercice de ce qu'il a préparé, toujours ponctué d'événements heureux ou malheureux, prévus ou imprévus. Le formateur y remédie plus ou moins, exploite éventuellement l'événement l'intègre ou ne l'intègre pas dans son scénario initial. Dans le même temps un processus d'évaluation plus ou moins formel, plus ou moins pensé, le conduit à ajuster ou à renouveler sa réponse formation, à gagner en cohérence (logique et rigueur des enchaînements), en efficacité (capacité à atteindre un but prévu), en pertinence (cela a-t-il du sens et pour qui), en efficience (travailler mieux et plus vite).

- **Troisième phase : transférer**

Il se peut enfin que la réponse formation soit commercialisée, mise à disposition d'autres formateurs ou d'autres structures. Il s'agira alors de la formaliser définitivement et parfois de former d'autres formateurs.

Ce rythme à trois temps : 1. Préparer ; 2. Exercer ; 3. Transférer ; n'étonnera pas les formateurs. Même s'ils ne sont pas toujours maîtres d'œuvre du processus global, ils reconnaîtront là leur champ d'activité potentiel.

Mais on s'accordera pour dire que ce processus est aveugle s'il ignore comment l'activité pédagogique est enchâssée dans une histoire et dans une géographie. Faute de profondeur de champ, la réponse formation risque de se clore sur elle-même. Pour gagner en perspective, le formateur cherchera éventuellement à mieux connaître l'institution dans laquelle il travaille, ses traditions, son histoire, ses idéaux, ses valeurs, ses partenaires... ; à mieux connaître l'organisation dont il dépend, ses modalités de fonctionnement, sa hiérarchie, son management, ses pesanteurs, ses marges de manœuvre, ses potentialités, ses ouvertures... ; à

mieux connaître les dispositifs mis en œuvre, leurs fonctionnements plus ou moins rigides, leur signification économique et politique... ; et enfin à mieux connaître la population accueillie : clients, usagers, stagiaires, publics, élèves, étudiants, adultes, jeunes, apprenants, apprentis..., ses demandes, ses attentes, ses besoins, ses désirs, ses souhaits...

Dans ce jeu de contraintes et de libertés partielles, le formateur et l'exercice de la réponse formation viennent en bout de chaîne. De ce fait, et c'est sans doute une caractéristique structurelle de l'activité pédagogique, le formateur ne sait jamais tout à fait à quoi il répond vraiment et même s'il croit savoir, les multiples attentes forment en général un système flou. Pour cette raison, le pédagogue se trouve en permanence dans l'obligation de trouver, retrouver, inventer, reconstruire, construire... de la signification. Il ne peut pas en faire l'économie et si par mégarde il s'y essaie, le sens refoulé, forclos, occulté, ignoré ou absent ne manque pas de venir perturber son activité (désintérêt, absentéisme, violence ...).

Dans l'exercice de son activité, le moderne pédagogue n'est plus seulement un maître du savoir. C'est aussi un fabricant de réponses formation, un spécialiste de ce qu'on appelle aujourd'hui l'ingénierie de formation (voir la notion d'ingénierie dans les trois premiers chapitres de cette partie) et plus précisément de cette facette spécifique de l'ingénierie de formation qu'est l'ingénierie pédagogique (voir aussi la notion d'ingénierie didactique dans le chapitre 20 du livre. Cette tendance accompagne l'évolution d'un métier qui semble entrer avec beaucoup d'hésitations dans l'économie des services.

Pour autant, le pédagogue, ne saurait se glisser sans risques dans la peau de l'ingénieur. Nous ne savons pas si Francis Imbert (1996), voyait juste quand il mettait en garde contre cette tentation, mais son propos gagne à être médité:

« Tout tend à se passer comme si l'enseignant se trouvait en situation de faire la preuve de sa capacité à manier la théorie et la technique avec pour visée sa parfaite maîtrise des processus. Le discours courant sur les questions pédagogiques est en totalité hanté par le modèle de l'ingénieur et de son faire fabricant instrumental [...] avec l'ingénieur c'est effectivement l'assurance de disposer de techniques, de processus et de procédures « faciles » à l'emploi. Nous nous trouvons dans le monde des activités instrumentales avec leur idéal d'efficacité et de simplicité. Où le risque est alors grand de voir l'enseignant prendre trop à la lettre – trop mécaniquement – ce modèle et en venir à s'identifier comme le dépositaire de compétences qui lui assurent de pouvoir faire l'économie de tout problème autre que technique et, particulièrement, l'économie de toute implication » ( Imbert, 1996, p.67).

Dans le même ordre d'idée, Mireille Cifali (1987), suggère qu'une telle croyance donne le faux espoir d'une maîtrise intellectuelle accessible alors qu'en regard des priorités de leur pratique, les pédagogues n'en auront jamais ni les moyens ni le temps, quelle que soit la formation approfondie qu'ils reçoivent.

Quoi qu'il en soit, le pédagogue ne saurait se contenter d'atteindre un objectif précis. Il lui faut aussi produire de la finalité et pour cela s'essayer à des visées provisoires qu'il pourra éventuellement réorienter. Cette dimension de l'activité s'apprécie en termes de pertinence plutôt que d'efficacité, elle donne lieu à évaluation explicite (Ardoino & Berger, 1989) plutôt qu'à contrôler, à projet plutôt qu'à programme. Nous sommes ici dans l'ordre de l'improvisation et pour employer un terme tout compte fait bien pratique, de la complexité<sup>69</sup>. En clair, si la pédagogie est bien une activité, elle ne saurait se réduire à une activité technique, ce qu'exprime de manière brève Philippe Mérioux (1998) : « la caractéristique de la pédagogie, c'est que les finalités ne portent pas en elles-mêmes les méthodes capables de les incarner ». Sans doute est-ce là une caractéristique fondatrice de ces métiers (soigner, gouverner et former) que Freud (1856-1939) qualifiait d'impossibles (Cifali, (1987, pp. 109-161).

- *L'activité pédagogique comme activité du rapport aux savoirs*

Marcel Lesne (1977-1984, PP. 221-222)<sup>70</sup>, en 1977 a développé « un modèle d'analyse visant à susciter le questionnement, le positionnement des pratiques pédagogiques et à appréhender ce qui les détermine ou les conditionne plus ou moins étroitement » (Hédoux, 1996, p. 90), Il suggère au formateur de situer le sens de son travail pédagogique dans le processus de socialisation en lui proposant une grille de lecture et il développe aussi d'ailleurs la question du rapport aux savoirs suivant les dominantes des modèles. Lesne, (1977) distingue trois modes de travail pédagogique que nous verrons un peu plus tard dans les chapitres qui suivront:

**Le premier mode de travail pédagogique :** (le mode de travail de type transmissif à orientation normative ou MTP1) a une fonction « assignataire et curative: préparer à des rôles donnés ou combler le décalage entre les comportements des individus et les exigences générales et particulières de la société ». Il vise « la formation de produits sociaux par l'imposition d'une qualification professionnelle et sociale ». Il permet « une reproduction du système des rapports économiques et sociaux existants ». Ce mode de travail est assimilable à une activité de formation instrumentale: conditionner des objets sociaux, reproduire le système des rapports économiques et sociaux.

---

<sup>69</sup>À condition toutefois de préciser que la complexité n'est pas une qualité de la réalité, ni une qualité de nos représentations. Elle est, à l'instar de la raison, un principe régulateur qui permet de penser notre relation au monde.

<sup>70</sup>Toutes les citations sont extraites de M. Lesne (1984). Lire les pratiques de formation d'adultes. Paris : Édilig, pp. 221-222.



**Le deuxième mode de travail pédagogique :** (le mode de travail de type incitatif à orientation personnelle ou MTP2) a une fonction « équilibratrice et adaptatrice: préparer les individus à s'adapter de façon active aux exigences nouvelles nées d'événements internes ou externes à la société et aux ajustements consécutifs des statuts et des rôles sociaux ». Il vise « la formation d'acteurs sociaux susceptibles de se resituer dans le cadre de situations sociales qui évoluent sous l'action de changements considérés comme des variables indépendantes ». Il permet « l'adaptation aux exigences de fonctionnement du système des rapports économiques et sociaux existants. » Ce mode de travail est assimilable à une activité de formation qui n'est plus seulement instrumentale. Il ne s'agit plus ici de conditionner, mais de favoriser l'accès à l'autonomie de sujets.

**Le mode de travail pédagogique** de type appropriatif est centré sur l'insertion sociale (MTP3). Il a une fonction « productrice et transformatrice. Il permet de développer chez les individus, à partir de leur position sociale, la capacité de modifier les conditions d'exercice de leurs activités quotidiennes ». Il vise « la formation d'agents sociaux susceptibles d'intervenir sur les orientations d'une société par une action opérée à partir des positions sociales occupées et reliant les activités quotidiennes aux enjeux sociaux globaux ». Il permet « la production de nouvelles formes de rapports économiques et sociaux ». Il ne s'agit plus ici pour le formateur de reproduire des objets sociaux, ni non plus de favoriser l'auto adaptation de sujets sociaux, mais bel et bien d'accompagner des agents sociaux qui modifient leurs conditions de vie et la société dans laquelle ils vivent.

Cette modélisation permet de situer l'implication et la responsabilité du formateur engagé dans un processus de transformation. Il n'en est pas le seul maître et il participe à un processus comparable à tout autre processus de transformation. « La pratique pédagogique peut être analysée comme une action de production, de transformations, selon une perspective théorique qui, respectant sa spécificité d'actions ». On trouvera dans cet ouvrage une synthèse dans les thèses de Lesne (1994, p. 90-96) sur des personnes, permettant « cependant, de ne pas l'isoler des autres actions de transformation réalisées par les hommes vivant en société», (Ibid., 1994, p.91). Dans l'évaluation en formation, Jean-Marie Barbier (1985, p.14) développe l'hypothèse, que les activités de formation font partie plus généralement des activités ou des processus de transformation des individus. L'un et l'autre insistent sur le fait que théoriser judicieusement l'activité pédagogique ne consiste pas à la penser en priorité comme une activité de communication :

« Cette action de production de transformation chez les individus, le travail pédagogique proprement dit, est le plus fréquemment étudié sous l'angle de la théorie de la communication

[...]. Sans nier l'existence fondamentale de l'acte d'une communication dans l'acte pédagogique, l'utilisation de cette théorie, prépondérante dans la réflexion pédagogique, conduit à autonomiser le champ de la pédagogie malgré la possibilité offerte, plus souvent évoquée dans les schémas d'analyse qu'effectivement mise en œuvre, d'étudier les relations concrètes d'un acte spécifique avec son environnement », (Lesne, 1994, p.91) ».

Cette position critique reste sans aucun doute judicieuse. Lesne, (1994) porte à juste titre un regard macro social dans un cadre d'analyse qui est celui de la reproduction et de la production sociale. Il met en garde contre le risque de clôture de la relation pédagogique sur un microcosme relationnel qui ne dit rien de la scène sociale qui le constitue. Dans son analyse, les modes de travail sont autant de types idéaux qui expliquent la répétition sociale, l'adaptation sociale et le changement social; au formateur de se situer !

Le message est clair, mais il n'est pas sûr que le pédagogue puisse se satisfaire dans sa pratique quotidienne de cette seule analyse. L'activité pédagogique est aussi une activité de communication et il reste à envisager une conception de la communication pédagogique qui ne craigne pas la critique de Lesne, (1994).

#### **2.7.4. L'activité pédagogique comme activité de communication**

En complément des travaux de Lesne (1994) qui invitent le formateur à sortir du champ pédagogique pour apprécier les déterminants sociologiques qui pèsent sur son activité, il s'agit ici d'inviter le formateur à se camper fermement dans le champ pédagogique, ce qui le conduira à mieux apprécier les déterminants épistémologiques qui pèsent sur sa pratique et à identifier des théories de la formation qui, peut-être, l'habitent sans qu'il le sache. Il existe trois modalités de communication pédagogique. Les trois modèles cherchent à radicaliser l'agir professionnel en pédagogie en arrivant à énoncer trois formules. Chacune correspond à une Modalité de Communication Pédagogique :

- MCPI : former, c'est expliquer<sup>71</sup> quelque chose à quelqu'un ;
- MCP2 : former, c'est mettre quelqu'un en situation de s'expliquer quelque chose à lui-même;
- MCP3 : former, c'est expliquer quelque chose avec quelqu'un<sup>72</sup>.

Dans un premier temps, et pour que le lecteur puisse se familiariser avec ces expressions, nous allons associer à chacune d'entre elles un formateur idéal typique<sup>73</sup> dans cet exemple:

---

<sup>71</sup>Le mot expliquer est utilisé dans un sens très large, au sens de « déplier » (deplicare) un savoir, un tour de main ou une connaissance... Dans cette perspective, montrer ou « faire voir » peuvent être aussi des manières d'expliquer.

<sup>72</sup>L'expression «expliquer quelque chose avec quelqu'un» est empruntée à Francis Jacques (1985). L'espace logique de l'interlocution. Paris : PUF, p. 41.

<sup>73</sup>Le type idéal est une catégorie centrale de la sociologie de M. Weber (1864-1920). C'est une construction intellectuelle, un repère.

**Le premier formateur (MCP1) :** ressemble à un artisan qui souhaite transformer un « élève ». Il croit que le savoir peut se transmettre. Il pense que former, c'est expliquer quelque chose à quelqu'un.

**Le deuxième (MCP2) :** ressemble à un jardinier qui souhaite favoriser l'auto-transformation d'un « apprenant ». Il croit que chacun construit son propre savoir. Il pense que former, c'est mettre quelqu'un en situation de s'expliquer quelque chose à lui-même.

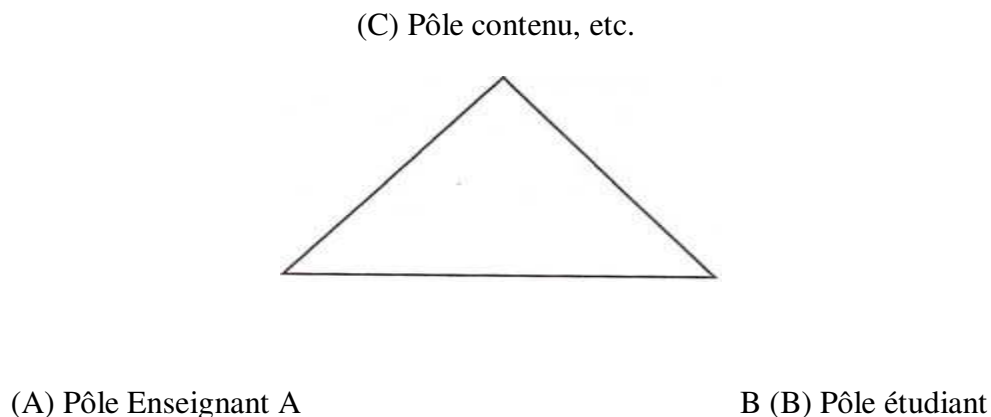
**Le troisième (MCP3) :** ressemble à un médiateur qui souhaite favoriser l'inter-transformation de « s'éduquant ». Il croit que le savoir se construit et se passe dans l'interaction avec d'autres. Il pense aussi que former, c'est expliquer quelque chose avec quelqu'un. Reste à interpréter ces trois formules.

Pour interpréter ces trois modalités de communication pédagogique, nous pouvons exploiter le modèle de « triangle pédagogique » proposé par Houssay, (1996)<sup>74</sup>.

Le premier pôle de ce triangle (que nous appellerons C) représente le contenu, la matière, le programme, bref ce qu'il y a à savoir, savoir-faire, savoir être;

Le second pôle (que nous appellerons A) représente l'enseignant, le formateur, le tuteur, bref, celui qui transmet ou médiatise la connaissance ;

Le troisième pôle (que nous appellerons B) représente le formé, l'apprenant, l'élève, l'étudiant, le stagiaire, bref le destinataire immédiat et apparent du processus éducatif.



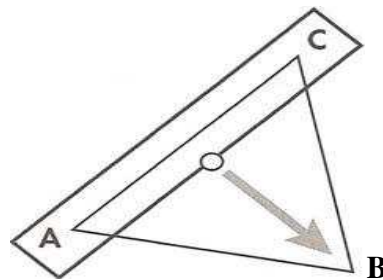
**Figure 18 :** illustration du «triangle pédagogique, d'après (Jean Houssay, 1996) »

---

<sup>74</sup>Houssay, J. (Ed.) (1996). Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique. In La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris : ESF.

Nous allons traduire chaque formule (MCPI, MCP2 et MCP3) dans l'espace du modèle proposé par Jean Houssay (1996) en associant à chacune d'entre elles une configuration singulière du triangle pédagogique. Cela nous conduira à envisager une allure transmissive du triangle pédagogique, un autre constructiviste et une dernière dialogique. Cette manière de faire invitera à considérer les processus enseigner et apprendre comme des dimensions constitutives du processus formé. Nous verrons qu'elles peuvent se combiner de manière spécifique dans trois théories de la formation: la première est explicative, la deuxième est constructiviste, la troisième est dialogique.

- *Une théorie de la formation explicative*



*Figure 19 : illustration de la théorie pédagogique explicative : « A explique C à B »*

Dans ce modèle, l'essentiel de l'enseignement est le formateur A, qui adopte cette posture explicative des savoirs, travaille de manière intime, la matière à enseigner C; il identifie précisément l'objet de son enseignement. Il cherche à le comprendre, prépare son cours, envisage des enchaînements clairs, des objectifs et des enjeux explicites; le rectangle entourant les pôles A et C symbolise cette activité. Il suffit qu'ensuite, son message soit clair et cohérent pour être compris et appris par un apprenant normalement constitué B.

Le processus apprendre n'apparaît qu'en creux dans cette configuration, le formateur le conçoit comme l'écho plus ou moins investi et personnalisé par « l'étudiant » du processus enseigné. A minima, « l'élève » sera capable de répéter, mais libre à lui de faire l'effort de comprendre en prenant lui-même en charge le processus apprendre. Le formateur qui défend cette conception explicative de la formation limite son rôle dans le processus formé à la transformation d'une « matière » en savoir à enseigner; il opte pour une pédagogie à responsabilité limitée.

Dans cette perspective, l'apprentissage se réduit à une modification mécanique des comportements provoquée par des stimuli venant de l'environnement. Cette théorie de la pédagogie n'est pas centrée en priorité sur le contenu mais sur le bon usage du langage qui sert à dire un contenu. La possibilité de transmettre s'explique par la certitude que le

positivisme logique dans la première moitié de ce siècle s'est efforcé de démontrer: il existerait un langage univoque et universel permettant de décrire la réalité de manière objective et de l'exprimer rigoureusement.

Cette attitude pédagogique laisse tout compte fait beaucoup d'autonomie à l'apprenant puisqu'il lui faudra décoder les règles du jeu et exercer à part entière son métier d'étudiant.

- **Une théorie de la formation constructiviste**

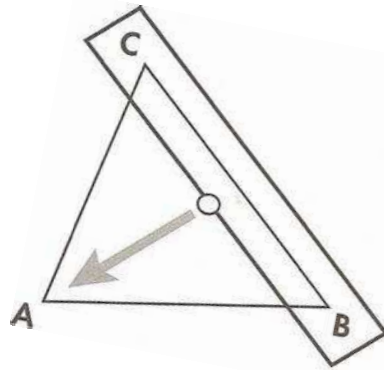


Figure 20 : illustration de la théorie pédagogique constructiviste « B s'explique C grâce à A »

Dans ce modèle, l'essentiel de l'activité du formateur est le cours magistral a fait cette expérience singulière en contrôlant les acquis. L'éducateur, « n'a [...] pas affaire aux matières d'enseignement elles-mêmes, mais à ces matières dans leurs relations avec un processus de croissance intégrale. Voir cela, c'est comprendre le rôle de la psychologie dans l'éducation. C'est parce qu'on oublie ce double aspect des sciences qu'on en arrive à opposer [...] les programmes scolaires et la psychologie de l'enfant<sup>75</sup> », (Dewey (1859-1952).

Pour un modèle constructiviste, connaître cette jachère permettra de mettre chacun en situation d'apprendre et cela présuppose une connaissance des apprenants. Il importe que le formateur sache ce qu'il en est des processus d'apprentissage pour tenir son rôle, ce qui l'engage parfois dans un projet de formation à responsabilité quasi illimitée.

En prenant cette position, le formateur vit le processus former comme une soumission raisonnée du processus enseigner au processus apprendre et c'est ce qui le conduit à renoncer à la démarche explicative. En somme, « on prétend faire faire à l'enfant sous prétexte d'aller vite, la voie imaginée par des personnes spécialisées qui se figurent cette voie, après avoir oublié leurs

---

<sup>75</sup> 20 Quinze pédagogues, textes choisis, p. 115

tâtonnements et les détours qu'elles ont faits avant d'arriver au point où elles en sont<sup>76</sup>. » (Decroly, 1997, P. p.141)

Partant de cette hypothèse, le formateur dans une approche constructiviste déduit, que pour s'approprier vraiment un savoir, il faut l'avoir reconstruit soi-même. Comparé à la posture précédente, le rôle du formateur s'en trouve sensiblement transformé: plutôt que d'expliquer quelque chose à quelqu'un, il s'agit cette fois de mettre quelqu'un en situation de s'expliquer quelque chose à lui-même.

La relation qu'entretient le formateur avec le savoir a désormais une existence en creux, elle est devenue mise en situation, conception d'énigmes, proposition problématique, ressource ... À une didactique du contenu médiatisé par le langage, le formateur constructiviste préfère une didactique de la mise en situation ayant pour objectif l'autoformation<sup>77</sup>.

Le constructivisme est sans doute aujourd'hui un idéal que partagent de nombreux formateurs. Mais bien avant l'émergence de l'épistémologie génétique et par la suite des sciences cognitives qui cherchent à fonder scientifiquement cet idéal, des pédagogues auraient pu se réclamer d'une théorie de la formation constructiviste. Leclercq (1996), par exemple, qui écrivait:

« Il s'agit en effet, non pas d'opérer sur une matière nouvelle et qui n'a pas encore existé, mais de connaître, d'apprécier et de mettre en œuvre le fond qui fut toujours celui de l'espèce humaine, depuis l'époque de sa création ... [...] Loin de le considérer [l'homme] comme une table rase sur laquelle il faut écrire, comme un vase vide qu'il faut remplir, elle le regarde (la méthode éducative) comme une force réelle, vivante, active par elle-même ... [...] La méthode ne veut rien développer que ce qui existe dans l'enfant comme disposition, et veut que cette disposition se développe uniquement d'elle-même<sup>78</sup> » (Leclercq, 1996, p. 89-103).

Une telle configuration exprime les idéaux de toute une galaxie, celle des pédagogies actives. La différence effective entre les théories explicatives et constructivistes tient d'ailleurs moins dans l'opposition actif/passif que dans la question de l'initiative. Côté A «expliquer à », elle reste l'apanage du maître; sur l'autre versant, il convient de ne pas la confisquer à l'apprenant. En ignorant ce distinguo, il se peut que l'on en vienne à mener une pédagogie activiste sous couvert de pédagogie active.

- *Une théorie de la formation dialogique*

---

<sup>76</sup> *Quinze pédagogues, textes choisis, p.141*

<sup>77</sup> Carré, P., Moisan, A., & Poisson, D. (1997). L'autoformation. Paris : PUF.

<sup>78</sup> Sur le constructivisme piagétien, voir Leclercq, G. (1996). Du paradigme transmissif au paradigme interactionniste en pédagogie dans l'année de la recherche en sciences de l'éducation. Paris : PUF, pp. 89-103.

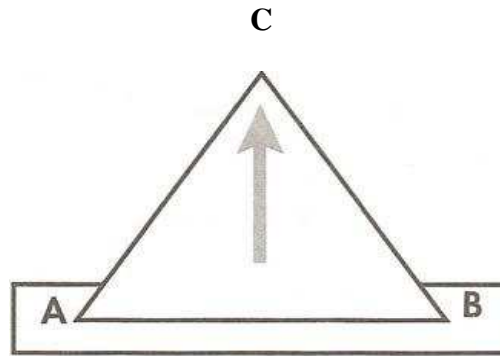


Figure 21 : illustration de la théorie pédagogique dialectique « A avec B s'explique C »

Dans cette configuration, A s'explique avec B à propos de C. Le rectangle trouve cette fois son équilibre dans la tension produite par la relation entre des personnes à propos du savoir et non plus dans la tension existant entre le savoir et une personne, que celle-ci soit l'enseignant ou l'apprenant. On conviendra qu'il s'agit là d'une démarche inter constructiviste. Le dialogue s'instaure jusqu'à ce que les locuteurs aient la certitude de s'être accordés ou jusqu'à ce qu'ils sachent ce sur quoi ils ne s'accordent pas.

Mais il y a plusieurs manières de s'expliquer avec quelqu'un. La plus fautive, et cela ne signifie pas qu'elle soit condamnable, consiste à faire semblant de ne pas comprendre; «l'expliquer avec» peut en effet être simulé et nombreux sont les formateurs qui excellent dans cet art. La relation s'apparente alors à une maïeutique. A l'inverse, « expliquer avec », véritablement «expliquer avec », suppose de ne pas savoir, soit de ne pas savoir vraiment et d'inventer ensemble du «nouveau» dont on n'avait pas idée, soit, ce qui demande plus d'expérience, de savoir ignorer ce que l'on sait.

La différence entre cette modalité de communication pédagogique (MCP3) et les deux précédentes (MCPI et MCP2) tient toute entière dans cette caractéristique.

La notion de «retenue », décrite par Mérieux & Develay, (1993) illustrent assez précisément cette spécificité de la communication pédagogique quand elle se veut dialogique: la retenue n'est pas le reniement; c'est cette manière de donner de la place à l'autre sans y paraître, c'est une sorte de rétractation confiante, une manière de s'éclipser en encourageant, de ne pas s'imposer parce qu'on sait que l'autre, maintenant, va pouvoir aller jusqu'au bout de lui-même. La retenue, c'est l'expression de soi sans la brutalité de l'autre, c'est cette légère hésitation de la véritable compétence quand elle s'exprime sans s'exposer, quand elle reconnaît la difficulté

de l'autre à l'entendre et, sans renoncer à ce qu'elle croit et sait, prend la précaution essentielle de lui laisser un espace pour exister<sup>79</sup>.

Il s'agit d'une « aptitude à être toujours dans le lieu de l'autre, mais sans le posséder, et à tirer parti de cette altération mais sans s'y perdre » de (Certeau cité par Cifali, 1987, P. 109-161)

Un exemple de relation dialogique permettra d'illustrer le propos de Vermeersch et Maurel, (1997)<sup>80</sup> : S. est une élève de l'école X à qui J. propose une dictée de plusieurs nombres dont quatre-vingt-dix-huit (98) qu'elle écrit invariablement (88) et quatre-vingt-huit qu'elle écrit aussi 88. Ce qu'ils vont comprendre ensemble, c'est que S. quand elle écrit 98 pense quatre-vingt (80) puis dix-huit (18) et qu'elle enlève les chiffres du milieu puisqu'on ne peut écrire que deux chiffres. Ce qu'ils vont comprendre aussi, c'est que pour écrire 88, S. pense 80 puis 28, ce qui dans sa logique à elle s'écrit aussi (88).

Le formateur dialogiste est un spécialiste des jeux de langage spécialisés certes, mais aussi jeux de langage de tous les jours. Il admet qu'il en existe une grande variété. Il sait qu'un mot peut avoir dans telle ou telle configuration un rôle très différent et il est attentif à cette diversité d'usages. Dans sa pratique, il s'emploie à identifier son engagement et celui d'autrui dans la diversité langagière; ce qui lui permet de repérer les malentendus qui naissent en formation quand les locuteurs croient jouer au même jeu alors qu'ils jouent à des jeux différents.

Certes, le formateur ne croit pas que tous les jeux se valent et savoir différencier 88 de 98 lui semble indispensable ; mais il sait qu'à un « jeu de langage » est associée une « forme de vie » et que cette dernière peut asservir fermement les convictions. Il lui faut en tenir compte dans sa démarche, non pas de manière intrusive en s'efforçant de savoir avant l'autre ce qu'il ne sait pas encore mais en découvrant avec lui ce qui peut être su. Le formateur dialogiste ne renonce pas à une didactique de l'explication ou de la mise en situation, mais il la soumet à une didactique de l'interlocution ayant pour finalité l'activité communicationnelle, activité dont Jürgen Habermas nous dit avec insistance qu'elle est orientée à l'intercompréhension. À une responsabilité plus ou moins limitée, le formateur dialogiste préfère une responsabilité partagée.

---

<sup>79</sup>Mérieux, P., & Develay, M. (1993). *Émile, reviens vite... ils sont devenus fous*. Paris : ESF, p. 127-128.

<sup>80</sup>Vermeersch, P., & Maurel, M. (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.



En adoptant ce profil épistémologique le formateur dialoguiste ne pense pas que parler signifie d'abord parler de quelque chose. Pour lui, parler signifie toujours parler avec quelqu'un, ce quelqu'un pouvant éventuellement être soi-même. Il précisera peut-être qu'analysant ce rapport à soi, Lev Semionovitch Vygotski (1896-1934) définit le langage intérieur comme la manifestation d'un dialogue social en soi. Nous sommes conscients de nous-mêmes « dit-il » parce que nous sommes conscients des autres; et de manière analogue nous sommes conscients des autres parce que, dans notre relation avec nous-mêmes, nous sommes semblables aux autres dans leur relation avec nous-mêmes. Peut-être, Mikhaïl Bakhtine (1990), citera-t-il lui aussi. Le monde intérieur et la réflexion de chaque individu « sont dotés d'un auditoire social propre bien établi, dans l'atmosphère duquel se construisent ses déductions intérieures, ses motivations, ses appréciations », (Bakhtine, 1990, p.123). Priorité est donc donnée à l'exercice du dialogue interne et externe et à la reconnaissance des jeux de langage divers qui permettent la compréhension en même temps qu'ils la compromettent. Pourtant, à force d'être utilisées, ces formules se sont usées et ont trop souvent force d'évidence. Aussi, il est souhaitable de revisiter l'agir professionnel pédagogique, s'étonner de telles évidences auxquelles nous nous demandons s'il n'est pas utile de redessiner le paysage des modalités de communication pédagogique.

Cette thèse s'inscrit dans cette perspective. Il est possible de radicaliser l'agir pédagogique pour disposer d'un modèle absolument général et à propos duquel chacun peut se dire: au fond, c'est ainsi que j'agis quand j'exerce mon activité de pédagogue. Nous comprenons tous ce que signifient les formules «expliquer quelque chose à quelqu'un », « mettre quelqu'un en situation de s'expliquer quelque chose à lui-même », « expliquer quelque chose avec quelqu'un ». Toutes trois font écho à un déjà su, elles décrivent l'agir pédagogique comme une propriété du vivant humain qui prend une coloration singulière quand, dans l'histoire des hommes, il devient un métier.

Derrière cette apparente banalité se trament des théories de l'apprentissage et des théories de la formation; des théories qui habitent dans nos têtes et dans nos actes. En cela, la démarche proposée s'inscrit dans le droit fil d'une tradition de l'épistémologie française inaugurée par Gaston Bachelard (1971). Nous pouvons certes, comme nous y invite Lesne (1997), prendre conscience de notre implication de formateur dans les transformations sociales, mais nous pouvons aussi prendre la mesure de notre appartenance à des (formes de vie) qui conditionnent nos manières de penser et nos profils épistémiques.

Pour y tendre, une clef de lecture sous-jacente est proposée. Hypothèse est faite qu'on peut lire l'agir pédagogique en l'adossant à une lecture des démarches scientifiques. Expliquer quelque chose à quelqu'un fait écho aux théories descriptives de la connaissance (positivisme) ; mettre quelqu'un en situation de s'expliquer sur quelque chose à lui-même fait écho aux théories représentationnistes de la connaissance (constructivisme); expliquer quelque chose à quelqu'un fait écho aux théories pragmatiques de la connaissance (dialogique). Une telle lecture permet de mettre en perspective le débat pédagogique, elle lui donne une profondeur suffisante pour entrevoir sa configuration, sa complexité et les jeux qui l'agitent.

Ceci dit, s'il est vrai que les modalités de communication pédagogique peuvent être associées à des conceptions identifiables de la scientificité, il n'en est pas moins vrai que les postures descriptive, constructiviste et dialogique sont aussi des rôles sociaux que le formateur peut jouer avec bonheur et en connaissance de cause, en étant tour à tour artisan, formateur par la recherche et médiateur.

## **2.8. PROCESSUS D'APPRENTISSAGE ET MODE DE TRAVAIL PÉDAGOGIQUE**

Apprentissage académique en formation initiale fait appel aux quatre modèles de l'apprendre

- béhaviorisme positif ou par l'exposé;
- béhaviorisme par l'action ;
- constructivisme ;
- Socioconstructiviste

Dans l'ancrage béhaviorisme (positiviste par action) l'apprentissage est observable par le changement de comportement qu'il implique. Les savoirs acquis sont cumulatifs, la réussite est le facteur de motivation à renforcer. Les savoirs complexes doivent être décomposés en savoirs élémentaires. Les objectifs doivent être progressifs pour favoriser la réussite. Dans « cet ancrage, les exercices d'applications favorisent la généralisation et la maîtrise des acquisitions » (Eymard, 2010).

Dans un Ancrage constructiviste de l'apprentissage, la connaissance construite par l'apprenant est focalisé sur la base d'une activité mentale. Elle se construit dans l'interaction sujet/environnement. L'Apprentissage est la transformation des connaissances antérieures et des nouvelles informations acquises permettent la résolution de problèmes en situation de questionnement théorico-pratique et pratico-théorique, (Ibid., 2010). Le contexte social et émotionnel doit être pris en compte. En ce sens l'apprenant est créateur de ses connaissances, de son monde de significations et d'interprétation qui se réorganisent en permanence. Il

participe à la production de savoirs. L'auto-évaluation des réussites et des erreurs développe les apprentissages.

De même, l'ancrage Socioconstructiviste fait appel à l'interdépendance de l'apprentissage et de son contexte. Le travail collaboratif facilite l'apprentissage, l'interaction langagière et le conflit sociocognitif, selon (D'Oise et Magny, 1981) l'auteur du paragraphe: « moyen de penser notre propre pensée ». La métacognition selon l'auteur, « n'analyse que l'apprenant fait de son fonctionnement intellectuel ».

### **2.8.1. L'approche béhavioriste**

Le behaviorisme a longtemps dominé l'école comportementaliste, sous l'influence de Watson et de Skinner (1938). Pour les behavioristes orthodoxes (conforme à une doctrine), tous les comportements, même la respiration et la circulation sanguine sont le résultat de l'apprentissage.

Ivan Pavlov (1926), met en évidence le conditionnement classique à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, lors d'études sur la digestion. Il remarqua que les chiens salivent automatiquement à la vue de la nourriture (une réponse inconditionnelle à un stimulus inconditionnel pour reprendre sa terminologie). Il imagina alors de faire sonner une cloche avant de proposer la nourriture et les chiens commencèrent à associer ce stimulus conditionné à la nourriture. Finalement, le son isolé à la cloche finit par provoquer la salivation. Les chiens avaient appris à associer un signal à la nourriture. Le conditionnement opérant repose, quant à lui, sur le principe de punition ou de récompense. « La notion de conditionnement suppose que l'apprentissage est une modification du comportement consécutive à des renforcements positifs (encouragements, récompenses... » (Fournier, 1999).

On observe, par la répétition et les renforcements, une amélioration des comportements :

« L'apprentissage y est conçu dans une logique adaptative, comme la sélection d'une conduite dans le répertoire de conduites disponibles. Après une série d'essais et d'erreurs, d'entraînement, l'apprenant sélectionne la réponse comportementale qui est la plus adéquate au problème à résoudre ou qui produit une adaptation optimale à la situation », (Donnadieu *et al.* 1998, p. 41).

L'apprentissage programmé constitue la quatrième grande contribution à l'étude des comportements animaux. L'action est dirigée vers une cible et permet de définir un objectif d'apprentissage. Cette conception donne naissance à l'enseignement programmé. Le savoir préexistant n'est pas pris en compte.

L'objectif est centré sur les savoirs et non sur l'élève, on recherche la production automatique des comportements, c'est une pédagogie de type frontale nommée pédagogie traditionnelle. « En réalité, le prétendu passage de la théorie à la pratique désigne l'investissement des savoirs formalisés relatifs aux priorités des objectifs, aux conditions des processus ou à leur conduite, dans les savoirs en usage : les savoirs pratiques de l'action et les savoirs faire », (Fabre, 1994, P. 274).

Il a été observé qu'une grande partie de l'enseignement dans nos établissements actuels, s'appuie sur cette théorie. Le cours magistral est majoritairement utilisé pour les enseignements théoriques où le savoir est déversé sans prise en compte des savoirs de l'étudiant qui est passif. La pédagogie est centrée sur les savoirs à transmettre. Leur acquisition par l'étudiant est basée sur la répétition du cours. Il en est de même pour l'enseignement pratique, où l'objectif est l'acquisition de la technique. L'enseignant démontre une technique et l'élève l'acquiert en la reproduisant et en la répétant. Ce type d'apprentissage centré sur l'accumulation des savoirs par le conditionnement, n'invite pas à la réflexion et à la compréhension, mais plutôt à la simple restitution. Par cette théorie, il semble que « la visée soit bien de former des techniciens exécutants, des agents ». (Arduino, 2000).

L'apprentissage conçu comme un processus relève d'une activité propre au sujet qui apprend et de ce fait n'est pas directement et totalement accessible à un observateur. Le processus d'apprentissage englobe l'ensemble des investissements conscients ou non du sujet sur le plan cognitif, affectif, émotionnel, social, historique, culturel. La recherche va s'interroger sur les liens entre le résultat et l'apprentissage», soulignent (Donnadieu *et al.* 1998, p. 126). Si l'on développe la pratique réflexive des futurs praticiens, leur capacité d'analyse et de compréhension de la personne malade, cette approche théorique de la formation n'est pas la plus adaptée. Toutefois, en début de programme, elle peut permettre l'assimilation rapide d'un certain nombre de connaissances fondamentales.

### **2.8.2. L'approche constructiviste**

Piaget (1896-1980) est connu surtout pour avoir décrit des « stades de développement » qui caractérisent le processus menant à la pensée conceptualisée. La classification générale, dans sa version initiale, définit trois stades : au stade « sensorimoteur », de la naissance à deux ans, le nourrisson acquiert son contrôle moteur et la connaissance des objets physiques. Au stade « opérationnel concret », de sept à douze ans, l'enfant commence à aborder des concepts abstraits comme les nombres et les relations. Enfin au stade « opérationnel formel », de douze à quinze ans, il accède au raisonnement logique et systématique. Les années récentes de la

psychologie cognitive, qui semblent remettre en cause ce constructivisme de (cf. Piaget, 1970), ne retire rien de l'envergure de son œuvre. Pour Fournier (1999), l'apprentissage consiste en une modification de l'état des connaissances. Son modèle du développement est structuraliste. Pour lui la connaissance est une résultante du développement humain et celui-ci conditionne les apprentissages. Il postule l'existence d'une série d'organisations internes de plus en plus puissantes permettant d'intégrer des données de plus en plus complexes.

L'acquisition est une construction et le développement qui précède l'apprentissage. Le savoir est une construction du sujet en réponse aux sollicitations de l'environnement. Les savoirs préexistants sont pris en compte.

Ainsi, « apprendre devient enregistrer les savoirs transmis selon une progression qui accompagne le développement cognitif. L'apprentissage se fait par addition successive de savoirs en allant du plus simple, du plus concret au plus abstrait dans une progression constante », (Donnadieu, Vial & Genthon, 1998, pp. 41-42) L'apprentissage procéderait par schématisation ; La confrontation à une ou plusieurs situations provoquerait la construction d'un schéma mental qui pourrait être actualisée dans une nouvelle situation : c'est un système d'assimilation. Le formateur aide le sujet à se construire lui-même, lui fournissant les moyens d'agir, d'exprimer et d'observer. On est dans la résolution des problèmes et la remise en cause des savoirs préexistants où l'expérience permet la découverte, c'est une pédagogie active.

Ce type d'apprentissage est retrouvé dans la plupart de nos établissements de formation professionnelle, lors des travaux de simulations pratiques. Un cas clinique est par exemple, présenté aux élèves et c'est l'échange et la confrontation des expériences qu'une solution est proposée. L'enseignant accompagne l'élève, il le guide dans son analyse et sa démarche afin qu'il découvre par l'expérience la ou les solutions au problème.

### **2.8.3. Le socioconstructivisme**

Vygotski (1985), élabore une théorie interactive de l'apprentissage. Pour lui, la pensée va du social à l'individuel. Une fonction apparaît au cours de l'activité collective, soutenue par l'adulte et le groupe social, et s'intériorise par la suite. L'évolution par rapport au constructivisme se situe dans la confrontation au groupe social qui, par le débat, permet un conflit sociocognitif et donc une évolution. « Chez Piaget (1970), l'émergence de nouveau possible fait référence à une créativité endogène au sujet qui produit de nouveaux objets cognitifs, alors que pour Vygotski (1985), c'est l'interaction qui conduit à l'actualisation des possibles, qui sont en quelques sorte performés », (Donnadieu *et al.*, 1998, p. 60)

Il apparaît donc important de développer dans les Etablissements de formation initiale et continue des actions pédagogiques dans lesquelles les élèves ont la possibilité de confronter leurs conceptions. L'intérêt semble être le bénéfice lié à la créativité du groupe social par rapport à la seule interactivité apprenant-enseignant. Cette approche invite les élèves au questionnement, à la compréhension et donc à la productivité de réponses adaptées à une situation donnée. Sont développés ici, le savoir-être, le comportement de l'apprenant, et sa future posture d'acteur voire d'auteur qui est liée à son autonomie (Ardoino, 2000). Pour des raisons de temps, de coûts et d'organisation, la quasi-totalité du programme de formation ne pourrait être dispensée suivant un mode exclusivement socioconstructiviste. Il pourrait être développé pour les enseignements connus pour leurs difficultés d'appropriation : évaluations, bilans de programmes, plan de soins délégués...

Les savoirs savants fondamentaux, comme par exemple l'anatomie et la physiologie qui relèvent de la biomédecine, pourraient davantage faire l'objet d'une pédagogie traditionnelle. Mais jusqu'à ce jour encore, il semble que dans bon nombre des établissements, l'enseignement repose essentiellement sur une pédagogie traditionnelle. Les étudiants se forment alors davantage dans une logique de restitution et d'exécution de procédures que dans une logique de production dans laquelle un projet de soins s'élabore en concertation avec le patient afin d'apporter une réponse adaptée à sa singularité. Ce modèle tend à produire des professionnels davantage dans une posture d'agents que d'auteurs.

De ce fait, et comme la restitution s'inscrit dans une approche biomédicale, les réponses apportées par les étudiants sont généralement de type mécaniciste. Lorsque l'éducation de la personne malade est envisagée, elle tend à se faire d'une manière frontale, sans évaluation des savoirs expérientiels : ce sont les conseils d'hygiène dont on sait qu'ils ne sont que très peu assimilés sous cette forme par les patients et inefficaces.

#### **2.8.4. Les spécificités de l'apprentissage des adultes dans un dispositif de formation**

La plupart de temps, il faut définir des spécificités pour l'apprentissage des adultes en matière des actions de professionnalisation, que nous proposons d'organiser ici en trois catégories, à savoir: des spécificités d'ordre biologique, des spécificités d'ordre psychologique et des spécificités d'ordre expérientiel » suivant les réelles situations d'apprentissage des adultes, (Mounou, 2012, p.55)

- *Les spécificités d'ordre biologique*

D'un point de vue biologique, la capacité d'apprendre varie en fonction de l'âge et a tendance à se réduire à partir d'un certain âge, notamment la rapidité de l'apprentissage. Quoiqu'il en soit, la performance au sens du rendement mécanique, de l'apprentissage s'amenuise en vieillissant. Selon le choix théorique que l'on fera, en préférant Vygotski (1985) à Piaget (1970) on en conclura que la zone proximale de développement se réduit avec le temps ; dans le cas inverse on attribuera les nouvelles difficultés aux conséquences de la maturation biologique des connexions neuronales et à leur perte de plasticité.

- ***Les spécificités d'ordre psychologique***

À la différence des enfants, les adultes ont ou cherchent à avoir, une position plus consciente, peut-être plus responsable, vis-à-vis de leurs apprentissages. Au contraire de ce qui se passe à l'école, ils n'acceptent pas d'apprendre quelque chose sans que cette action puisse être rattachée à un mobile identifié. Pour l'adulte apprendre est une activité comme une autre qui n'est pas gouvernée par une évidence d'ordre supérieur comme c'est souvent le cas pour les enfants. Cette position se traduit par un souhait de la part de l'apprenant d'exercer un contrôle sur ses apprentissages.

Nous ne détaillerons pas ici ce point particulier, mais nous rappelons que le contrôle que l'apprenant cherche à exercer concerne d'une part les buts à atteindre au travers de l'apprentissage et d'autre part, les moyens à mettre en œuvre pour cela. On décide d'apprendre pour quelque chose. L'apprentissage et la formation ne sont pas une fin en eux-mêmes. Il s'agit pour l'adulte d'atteindre un objectif plus général.

En ce qui concerne les moyens de se former, « l'adulte ne fera pas confiance aveuglément pour le choix d'une formation, il voudra avoir son mot à dire sur le type de formation, sur le programme qui lui sera proposé, sur le formateur et enfin sur les méthodes pédagogiques prévues » (Mounou, 2012, p.57). L'apprenant adulte exerce souvent de façon patiente, des contrôles de modalités sur sa formation, car sa formation qui n'existe pas comme un objet isolé, vient s'inscrire dans tout un ensemble d'expériences ; ce qui constitue une des spécificités de la pédagogie des adultes.

- ***Les spécificités d'ordre expérientiel***

Premièrement à la différence des enfants, « l'adulte est à même de gérer, ou pour moins d'influencer, son processus d'apprentissage » (Mounou, 2012, P.58). Il a déjà été confronté à des expériences d'apprentissage, certaines efficaces, d'autres moins, il se connaît donc face à cette tâche spécifique. Il sait ce qui fonctionne pour lui et ce qui ne fonctionne pas. Apprendre

seul ou à plusieurs. Apprendre en lisant, apprendre en faisant. Apprendre avec un formateur ou sans formateur, apprendre par l'explication ou l'expérience de la découverte. Toutes ces options, et ce ne sont que des exemples, trouveront leurs traductions dans des choix de méthodes pédagogiques. Travaux de groupes, expérimentations, simulations, fournitures de manuels écrits, systèmes d'auto-apprentissage, etc.

Deuxièmement, lors du début de sa formation, l'adulte possède très souvent des connaissances sur le sujet traité. Ces connaissances sont insuffisantes mais importantes. Il n'est donc pas envisageable de dérouler un programme de formation en faisant comme si la personne était vierge de tout savoir. Il convient d'adapter la progression pédagogique aux connaissances antérieures des apprenants. Les connaissances erronées participent à la construction d'une représentation éloignée de la réalité, mais bien souvent cohérente, qu'il faudra déconstruire avant de commencer la formation proprement dite.

Les expériences de l'apprenant adulte interviennent dans le processus de formation en lui permettant de donner un sens aux apprentissages qu'il est en train d'effectuer. « Ce sens pourra venir de ce que la formation qu'il suit correspond à une difficulté qu'il espère pouvoir ainsi résoudre. Il se pourra aussi que les apprentissages qu'il réalise lui permettent, au cours de leur déroulement, de revisiter des expériences vécues antérieurement qui, du fait de ce qu'il est en train d'apprendre, prennent une signification nouvelle ». (Mounou, 2012, p.59).

Cet aller-retour entre expérience d'apprentissage du moment et expériences pragmatiques antérieures permet à l'adulte apprenant de développer ses représentations de la réalité et ses modèles pour agir. En pédagogie des adultes, l'expérience précède très souvent l'apprentissage. L'ensemble de spécificités liées aux processus de l'apprentissage des adultes conduit quelques théoriciens à privilégier la notion d'andragogie par rapport à celle de pédagogie.

L'étymologie « *péda* » signifie (l'enfant), il a été proposé le terme, plutôt utilisé en Amérique du Nord d'Andragogie « *d'auer* » (homme adulte). Ceci n'est pour autant pas complètement satisfaisant car « *auer* » désigne l'homme du genre masculin par opposition à la femme « *gure* » et ce jour, même si les études sur le rôle du genre se développent, rien ne montre une différence des processus d'apprentissage en fonction du sexe de l'apprenant.

L'approche pédagogique de l'apprentissage ou du dispositif de formation s'intéresse aux conditions mises en place pour la transmission de savoirs selon le comportement du formateur et du formé et à la relation entre l'enseignant et l'élève ou l'étudiant.



### **2.8.5. Le processus d'apprentissage pédagogique: l'intégration du savoir**

Il est question de comprendre quels sont les outils et méthodes pédagogiques qui permettraient aux étudiants en formation initiale de répondre à des problématiques de soins comme ils seront appelés à œuvrer auprès des patients et devenir des artisans dans la plus grande autonomie. On s'accorde aujourd'hui avec (Fournier, 1999), à penser que le savoir est ce qui fait du sens pour l'individu. Et que chacun donne un sens particulier à ce qu'il apprend. En modifiant ses représentations, « le sujet élargit sa compréhension du monde. Apprendre devient alors synonyme de comprendre » (Ibid., 1999).

En effet, les années d'expériences passées auprès des étudiants ont révélé une tendance quasi systématique à apporter des réponses préformées en situation de soins de qualité. Cette tendance a été confirmée par de nombreux enseignants qui regrettent le manque de distanciation et de démarche de compréhension dans l'élaboration des projets thérapeutiques (soins délégués) des apprenants en général.

Ils n'ont pas ou peu la faculté de faire la synthèse de plusieurs enseignements dispensés dans chacun des modules, et de l'adapter ensuite à un cas clinique singulier. « Si l'intégration du savoir est en jeu dans l'apprentissage, on ne pourra dire qu'il y a eu apprentissage que si le sujet est en mesure d'utiliser ses savoirs pour agir et comprendre », soulignent (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998, p. 27).

D'ailleurs, il semble que le découpage modulaire de la formation accroisse cette tendance en proposant une juxtaposition de savoirs sans que des liens ne soient créés entre eux. Le recours à ces procédures est encore plus prégnant depuis l'avènement de la médecine fondée sur la preuve, véritable système de management du soin, excluant de fait, la complexité de la relation humaine soignant-soigné et privant la personne de sa singularité. Ce sont de véritables cadres procéduraux centrés pratiquement sur des critères biomédicaux. La relation humaine et l'action éducative qui se confondent avec le soin ne sont que peu relatées. Les établissements de soins, dans l'obligation de mettre en place ce type de procédures, sont également un élément majorant cette tendance, puisqu'ils sont également des référents sur le terrain de stage pour les étudiants. « Le patient n'a pas une maladie, il est malade. L'élève infirmier va construire avec son patient un projet de soins, voire un projet de santé », (Cleach *et al.* 2005, p. 456-457).

Écouter le projet du patient, « c'est donc lui reconnaître le droit à la différence » (Gedda, 2001). Mais les notions de projet personnel et de projet professionnel de l'étudiant ne sont pas

incluses dans le programme de formation. Ces programmes ont été instaurés mais sont encore trop souvent mal compris, voire pas enseignés du tout dans les (05) cinq pools et dans les vingt-deux (22) autres écoles de formation initiale décentralisée publiques des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE), les Agents Techniques de Santé (ATS), Sage-femme diplômée d'Etat (SFDE) et les Techniciens de Laboratoire diplômés d'Etat (TLDE) et les filières sociales qui sont respectivement à N'Djaména, Moundou, Sarh, Abéché et Biltine y comprises les onze (11) écoles privées à travers l'ensemble du pays.

Le développement des capacités cognitives, relationnelles et éducatives de l'apprenant revient donc bien aux établissements de formation qui ont notamment pour mission de tout mettre en œuvre pour activer les processus de production de travaux de fin d'étude et de projets professionnels des étudiants, de limiter au maximum le recours à des procédures standardisées et d'orienter davantage les projets pédagogiques sur la relation humaine et non plus uniquement sur les questions techniques et biomédicales. « Les programmes, aujourd'hui centrés sur la pathologie, devraient également intégrer la formation aux pratiques et à la relation éducative », a admis (Gatto, 2004).

Pour étayer l'analyse de Brousseau (1998), il faut créer de l'ignorance pour que l'élève s'aperçoive d'un besoin et d'un intérêt d'apprendre. « Pour qu'il y ait déconstruction, il faut que les conceptions dont disposent les sujets se révèlent insatisfaisantes, que les nouvelles soient intelligibles et cohérentes avec les autres sujets de connaissances, et enfin qu'elles soient plus productives que les anciennes en terme d'utilité pratique pour les élèves » (Joshua et Dupin, 1993). Ceci pourrait expliquer en partie les échecs de certains formateurs qui se contentent de déverser, lors d'un enseignement magistral par exemple, une accumulation de connaissances, sans au préalable en avoir justifié l'intérêt.

C'est souvent le cas également pour les enseignants très performants dans leur domaine d'exercice, mais qui sont incapables de sélectionner les savoirs pertinents adaptés à un public spécifique. Il y a apprentissage si les savoirs acquis sont disponibles au sens d'Ardoino (2000), en permanence pour agir sur le monde.

## **2.9. MODELISATION THEORIQUE ARTICULANT LES MODELES DE SANTE ET LES MODELES D'EDUCATION ET D'APPRENTISSAGE**

Eymard (2004), propose une première modélisation qui articule les modèles de santé avec les modèles de l'éducation. Cette modélisation intégrera par la suite les modèles de l'apprendre (Eymard, 2010) L'explicitation des caractéristiques de cette modélisation dans les tableaux de

la page suivra, et les différentes références qui la composent sont détaillées un peu plus loin dans ces tableaux.

### **2.9.1. Les modèles de santé**

Dans le modèle biomédical, dit de la santé négative, la santé est définie comme l'absence de maladie (Eymard, 2004). Cette approche de la santé a tendance à appréhender le sujet comme une somme d'organes (Ibid., 2004), organes, auxquels il convient d'accorder un intérêt ciblé en fonction de la symptomatologie exprimée ou de la pathologie à éviter. Autrement dit, « la santé est traitée comme une composante d'un modèle de l'homme défini comme une somme d'aptitudes physiques, sensorielles et mentales observables et évaluables, considérées comme un capital reçu par chaque individu », (Aubert, 2000, p. 10). Au contraire, « la maladie est souvent présentée comme la sanction d'une négligence ou d'une transgression sociale tandis que l'homme en bonne santé remplit ses devoirs, exerce les droits qui correspondent à son rang social », (Tillard, 2000, p. 158). Dans le champ de la formation initiale, les agents socio sanitaires ne sont pas épargnés par cette vision de la santé, ils se doivent être capables de problématiser une situation professionnelle et scientifique. Considérant qu'une meilleure formation par la recherche devrait y contribuer, le discours des agents socio sanitaires est empreint de descriptions médicales cliniques ou techniques, ainsi que de conseils et normes de prévention à donner.

Décrit en 1946 par l'OMS où il a été longuement développé, le modèle biopsychosocial privilégie une conception globale et positive de la santé, en tant qu' « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Les besoins de l'être humain y sont reconnus et l'accent est mis sur ses capacités d'adaptation à son environnement, au sens large du terme. Cette adaptation est une dimension de la santé qui permet au sujet de devenir acteur de celle-ci, pour la maintenir, la protéger ou la rétablir. Ainsi, si les modèles théoriques s'intéressent aux facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux qui influent sur le processus d'apprentissage des agents socio sanitaires, ils s'inscrivent dans le modèle biopsychosocial. Les étudiants et les enseignants ont alors un rôle actif à jouer, qui est largement prédéterminé par tous les professionnels de santé, et qui engage leur responsabilité. Aussi, bien que l'approche de la santé soit plus holistique que dans le modèle biomédical, en appréhendant la santé dans sa globalité et en plaçant la personne au centre de la prise en charge médicale. Ce modèle de santé présente le risque d'une volonté de maîtrise non seulement du contexte médical, mais aussi d'autres paramètres influençant la santé. Il peut ainsi conduire à occulter

la singularité du sujet (C. Eymard, 2010) et à des mesures s'apparentant à du contrôle social, (Neyrand, 2004b).

La formation par la recherche qui se préoccupe pour l'agir professionnel, de l'acquisition des savoirs et le développement des compétences visant à rendre la meilleure qualité de vie et l'autonomie des personnes en tant que sujets s'inscrit dans un modèle de santé centré sur le processus d'autonomisation du sujet par rapport à la santé. En référence de la charte d'Ottawa, (1986) et aux définitions de l'organisation Mondiale de la Santé, (OMS, 1973, 1993), la santé peut être appréhendée en tant que processus d'adaptation d'un sujet plus ou moins autonome, en fonction de son environnement et des événements qui constituent sa vie (C. Eymard, 2004). En tant que processus, l'adaptation relève « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci » (OMS, 2003 version traduite en français).

Ces compétences s'inscrivent dans un ensemble plus large de compétences psychosociales d'après les normes de la Haute Autorité de Santé, (HAS, 2007) :

« Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ; savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ; développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ; développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ; prendre des décisions et résoudre un problème de santé ; se fixer des buts à atteindre et faire des choix ; s'observer, s'évaluer et se renforcer » (Ibid., 2007).

«Eminemment subjective, la santé est donc une façon unique et singulière d'exister et un mode de présence au monde », (Eymard, 2004). Pour (Lecorps, 2001), « c'est-à-dire à l'Autre, ce qui ne permet pas d'élucider la question du sens de ce vivre ». Elle fait référence à la notion de qualité de vie définie par l'OMS (1993) comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, « son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement», (Mercier & Schraub, 2005). Les modèles théoriques de la professionnalisation par la recherche peuvent alors être appréhendés comme une démarche qui se propose d'accompagner les étudiants et les enseignants dans ce processus d'apprentissage dont les dimensions de l'agir professionnel sont indispensable en formation initiale. Dans ces conditions, l'intérêt de modéliser les références théoriques des modèles de santé se traduit par le souci de l'accompagnement du projet des étudiants et des enseignants et par le soutien d'un modèle à l'élaboration des normes de professionnalisation

par la recherche en formation. Le caractère latent de la santé en formation initiale que devaient comprendre les étudiants et les formateurs par le biais de la professionnalisation par la recherche, nous rappelle qu'il n'existe pas de normes universelles permettant une définition univoque et qu'il ne suffit pas toujours de ne pas être malade pour se sentir en santé. Car la santé « se ressent, s'éprouve », (Lecorps, 2001).

### **2.9.2. Les modèles d'éducation**

Le modèle de l'instruction est fondé sur la volonté des experts en la matière, en l'occurrence pour les professionnels de santé (enseignants), de transmettre, voire d'inculquer aux étudiants supposés ignorants, des savoirs savants académiques. Il s'agit de les conduire vers l'adoption de comportements professionnels en compétences pour eux-mêmes et pour les étudiants, en fonction des savoirs médicaux reconnus. Cette approche cognitiviste de l'éducation postule la formation des personnes, le caractère cumulatif et objectif des savoirs permettant l'accès à la connaissance et l'existence d'une vérité scientifique (cf. Eymard, C., 2004, 2010), à laquelle devrait se soumettre les agents socio sanitaires. A la volonté de transmission des connaissances professionnelles, est attachée une certaine forme de pouvoir qui se double, bien souvent, d'un sentiment de devoir des enseignants. Ce devoir leur serait assigné par le système de santé, notamment par la formation qui rémunère les séances du processus d'apprentissage pour délivrer les informations et les savoirs médicaux de soin.

Le modèle du développement du sujet est centré sur le sujet. L'action pédagogique vise le développement des potentialités de l'apprenant et s'ajuste à son processus d'apprentissage (Eymard, 2004). Elle favorise le développement de la connaissance de soi et des apprentissages. Cette approche constructiviste de l'éducation privilégie les savoirs expérientiels subjectifs et contextualités par rapport aux savoirs savants hétéronomes. L'autonomie des personnes est corrélée à la construction par les personnes de leurs propres normes de santé. La relation entre les enseignants et les étudiants est plus égalitaire ; il s'agit d'une rencontre où chacun apprend de l'autre, mais aussi sur soi, notamment en vue de pouvoir faire des choix en faveur de la connaissance en pédagogie des sciences de la santé.

Le modèle de l'interaction sociale est centré sur l'interaction entre le sujet et son environnement, notamment humain. Il ne s'agit pas seulement de transmettre des savoirs ou de développer des potentialités, des connaissances mais de favoriser l'aptitude à problématiser et à imaginer des solutions à apporter aux problèmes. Cette approche socio constructiviste de l'éducation, fondée sur la « pédagogie du questionnement » (Eymard, 2004, p. 26), trouve ses origines également chez Rousseau et Kant, cités par Eymard. « Elle prend en compte

l'expérience du sujet dans son interrelation avec le milieu » (Ibid., 2004, p 27) et met en exergue la connaissance en tant que savoirs construits socialement, notamment dans la relation avec les autres professionnels de santé. Les savoirs sont donc toujours contextualisés et directement liés à la culture des apprenants. Le sujet apprenant en s'appropriant, sa réalité sociale peut devenir agent de changement de comportement et du changement. Le développement de son autonomie se négocie dans l'interdépendance des normes de la société dans laquelle il évolue. Il s'inscrit dans le projet de santé mis en œuvre par le sujet lui-même ou le groupe des pairs.

Ainsi, la formation aux méthodes de recherches en Sciences Humaines et Sociales (Sciences de l'Education), au travers des processus de production scientifique et d'apprentissage, eux-mêmes vecteurs d'autonomie permet à l'apprenant d'opérer donc une modification de ses comportements au cours de ses pratiques de soins, en faisant minutieusement une analyse de situation des pratiques professionnelles, tout en améliorant la qualité de ceux-ci et en les transformation en un projet professionnel. Il apparaît incontournable de remettre en question la formation des formateurs, qui ont eux-mêmes en charge les dispositifs de la formation initiale. Le projet de la réforme de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux en cours, devrait aboutir pour permettre une nette avancée par rapport à la formation des Agents de santé, exclusivement centrée sur les savoirs biomédicaux. Mais les connaissances liées à l'éducation holistique, devenues aujourd'hui indispensables, pourraient être empruntées à la discipline des Sciences de l'Education.

Cette étude met en valeur la contribution de cette discipline à l'inscription du futur professionnel dans une posture d'autonomie et de praticien responsable. Elle conforte l'intérêt du choix que certaines Institutions de Formation des Agents Socio Sanitaires ont fait en établissant un partenariat avec les Universités dans la discipline des Sciences de l'Education. Ce transfert d'une logique mécaniciste (biomédicale) à une logique éducative (holistique) dans le tableau n°15 ci-dessous devrait permettre à terme une meilleure efficience de la prise en charge des patients, donc un coût moindre pour des soins de meilleure qualité. La responsabilisation des étudiants et leur implication directe dans leurs formation par une éducation adaptée devrait les aider à gagner en autonomie. Ils seraient donc plus à même de gérer leurs difficultés académiques mineures, sans avoir recours systématiquement à un professionnel de santé.

**Tableau n° 15:** Matrice de synthèse des caractéristiques de la modélisation croisant les modèles de santé et les modèles d'éducation.

**Modèles de santé**

		Biomédical	Biopsychosocial	Existence-autonomie du sujet ouvert sur le monde
Modèles d'éducation formative	Instruction	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transformer l'autre, le soumettre à la vérité médicale</li> <li>-Informer, transmettre des savoirs les maladies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maîtriser la santé ;</li> <li>-Transmission des savoirs visant adaptation du sujet, son ajustage physique, psychologique et culturel dans un environnement en évolution.(Eymard, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promouvoir l'existence en conjuguant savoir expérientiel et savoirs savants (Eymard, 2004)</li> <li>-Transmission de savoirs pour décider de sa santé dans un environnement en évolution.(Eymard, 2004)</li> </ul>
	Développement du sujet	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pédagogie relationnelle permettant de connaître.</li> <li>-Diriger le sujet pour la connaissance de son fonctionnement organique, de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies.(Eymard, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pédagogie relationnelle visant qu'il a de lui-même et de la société dans laquelle il évolue ;</li> <li>-Guidance dans l'interaction de l'individuel physique, psychologique et culturel ou collectif, en vue de modifier son comportement par ajustement aux normes sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pédagogie relationnelle avec le sujet/groupe d'apprenant pour se connaître soi-même et le monde ;</li> <li>-Accompagnement dans la prise de décision individuelle/collective concernant la santé, dans une connaissance de soi ou du groupe évoluant dans un environnement social. (Eymard, 2004)</li> </ul>
	Interaction sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Projets individuels et sociaux de lutte contre les maladies (connaissance individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies) ;</li> <li>-Réflexion individuelle/collective, en vue de maîtriser la non maladie, pour le bien de soi et les autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Projets individuels ou collectifs d'adaptation à l'environnement en évolution ;(Eymard, 2004)</li> <li>-Uniformisation des attitudes aux normes en vigueur et aux priorités collectives.(Eymard, 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Projets individuels ou collectifs de développement, autonomie du sujet ou du groupe pour favoriser les prises de décision en santé et sociétales ;(Eymard, 2004)</li> <li>-Favoriser les choix individuels, en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique de la santé.</li> </ul>

**2.9.3. Interaction entre modèles d'éducation les modèles d'apprentissage et modèles de la santé**

Le tableau 16 ci-dessous, explicite les associations des modèles théoriques possibles, résultant de l'union entre les modèles éducatifs et les modèles du processus d'apprentissage, et leur association aux modèles de santé, classées pour mieux les distinguer de A à H.

**Tableau n° 16:** illustration de modélisation théorique éducation/apprentissage/santé (selon Eymard, 2010)

<b>Education Apprentissage.</b>	<b>Instruction</b>	<b>Développement du sujet</b>	<b>Socialisation</b>
<b>Béhaviorisme par l'exposé</b>	Modèle Biomédical et Biopsychosocial, (A).	Modèle Biomédical et Biopsychosocial, (B).	Modèle Biomédical et Biopsychosocial, (C).
<b>Béhaviorisme par l'action</b>	Modèle Biomédical et biopsychosocial, (D).	Modèle Biomédical et Biopsychosocial, (E).	Modèle Biomédical et Biopsychosocial, (F).
<b>Constructivisme ou socioconstructivisme</b>	Difficile croisement.	Modèle Biomédical et psychosocial et sujet autonome, (G).	Modèle Biomédical et Biopsychosocial et sujet autonome, (H).

Dans ce tableau n°16 ci-dessus, le paradigme constructiviste ou socioconstructivisme de l'apprentissage est en contradiction avec le paradigme éducationnel de l'instruction, il n'y a pas de modélisation possible au croisement de ces 2 modèles. Le modèle de santé du sujet autonome est en contradiction avec les théories béhavioristes et le conditionnement, seulement deux modèles de santé sont associés aux modélisations A et F.

Pour l'indentification des références théoriques d'accompagnement ou d'encadrement pédagogique à l'égard des étudiants en formations, la modélisation éducation et apprentissage a paru pertinente. Le tableau 23 ci-dessous, réunit les huit modélisations retenues pour une analyse de pratiques de production de savoirs académiques des étudiants, sans prise en compte des modèles de santé.

**Tableau n°17 :** Modélisation de l'éducation/processus d'apprentissage/santé

<b>Education Apprentissage</b>	<b>Instruction</b>	<b>Développement du sujet</b>	<b>Socialisation</b>
<b>Béhaviorisme par l'exposé</b>	BM et BPS (A)	BM et BPS (B)	BM et BPS (C)
<b>Béhaviorisme par l'action</b>	BM et BPS (D)	BM et BPS (E)	BM et BPS (F)
<b>Constructivisme ou socio constructivisme</b>	Difficile modélisation	BM et BPS (G)	BM et BPS (H)

Nous sommes inspirés des travaux de Chantal Eymard (2010), une description détaillée des principales caractéristiques des huit modélisations articulant les modèles pédagogiques et d'apprentissage, en association avec les modèles de santé (tableau 16 et 17 ci-dessus), est réalisée dans ces paragraphes suivants. Si le but des pratiques formatives se différencie radicalement de celui des pratiques pédagogiques, en revanche, les modélisations pour identifier les références théoriques des deux types de pratiques, en ce qui concerne l'articulation éducation et apprentissage, ne présente pas de différences conceptuelles. Elles sont donc décrites dans le même temps.



**Tableau n° 18:** Modélisation croisant les modèles de l'Instruction et du Béhaviorisme

	<b>Instruction</b>
<b>Béhaviorisme par l'exposé</b>	(A)Modèle Biomédical ou biopsychosocial
<b>Béhaviorisme par l'action</b>	(D) Modèle Biomédical ou biopsychosocial

Avec la modélisation (A) et (D) décrite dans le tableau ci-dessus, l'objet à connaître par les étudiants et la finalité du processus d'apprentissage leur sont extérieurs. Les enseignants ont donc pour mission de transmettre les savoirs validés, qu'ils estiment utiles ou indispensables pour le suivi du stage, le bon déroulement de l'apprentissage et l'acquisition de savoirs à la fin du stage clinique pour une production scientifique d'un type de mémoire professionnel.

La constitution progressive et hiérarchisée, du plus simple au plus compliqué, d'un capital de connaissances (Donnadieu & al. 1998) théoriques ou corporelles a pour vocation la transformation ou l'acquisition de comportements adéquats dans le respect des normes médicales. « L'apprentissage est donc conçu comme dépendant de contingences extérieures, notamment des contingences de répétition, de renforcement, voire même de conditionnement verbal », (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998). Etre autonome dans ces modélisations, c'est avoir intégré les savoirs médicaux nécessaires à l'adaptation aux circonstances de formation par la recherche, afin d'assumer ses responsabilités professionnelles et de garantir une bonne maîtrise de soi et de la situation pour les enseignants et aussi qu'aux étudiants.

La modélisation (A) plus spécifiquement, du béhaviorisme par l'exposé avec modèle de l'Instruction : la pédagogie a un caractère frontal (Eymard, 2010) les étudiants « font cours » et elle s'inscrit dans un rapport expert/novice qui privilégie la rationalité et l'objectivité. La principale préoccupation des enseignants (formateurs) se centre sur la qualité de leur discours en termes de compréhension et d'exhaustivité (ou sur celui de l'étudiant s'ils animent la séance). L'accumulation de contenus standardisés par les étudiants, sans prise en considération de leur singularité, qu'ils soient expérimentiels, ou culturels sont une autre particularité. Tandis que les étudiants adoptent une attitude d'écoute passive, ils sont souvent en observation.

La modélisation (D) du béhaviorisme par l'action avec le modèle de l'Instruction : l'apprentissage est à la fois la mise en place d'automatismes répondant à un stimulus externe et l'intégration de comportements attendus, notamment en vue d'apporter une réponse comportementale adéquate au moment de la formation. La monstration, l'entraînement, la

correction visent la suppression de l'erreur, car la réussite est un facteur de motivation aussi bien pour les étudiants que pour les enseignants.

Or, la motivation oriente la réponse produite, selon (Donnadiou, Genthon & Vial, 1998) ce qui conduit à la mise en place d'un cercle vertueux. Les enseignants comme les étudiants ont alors plus de chance de reproduire ce qu'ils ont simulé ensemble. Avec le modèle Biomédical, les informations ou savoirs transmis concernent essentiellement des aspects médicaux et organiques, avec le modèle biopsychosocial, les contenus concernent aussi des aspects sociaux, psychiques ou psychologiques, Chantal Eymard (2010).

Toutefois, on trouve chez (Carré P. et Caspar P., 2011, p. 521) en se positionnant dans un rôle d'animateur et de guide, le formateur change de posture et induit le changement de normes dans le fonctionnement d'un groupe d'apprenants : « on passe de l'autorité incontesté du maître et de l'individualisme de l'apprentissage au partage du savoir et au souci de l'autre » (Ibid., 2011, p. 521).

- ***La modélisation croisant les modèles du développement du sujet et du béhaviorisme***

Lorsque les enseignants inscrivent les actions d'enseignement théorique dans les modélisations, associant le béhaviorisme par l'exposé avec développement du sujet et le béhaviorisme par l'action avec développement du sujet, elles s'appliquent à transmettre des informations et savoirs validés scientifiquement (C. Eymard, 2010).

Pour Carré et Caspar, (2011, p. 514) l'écoute est de grande importance, car c'est l'écoute que l'on comprend l'autre et que, dans un petit groupe, si l'on souhaite construire une avancée collective par rapport à une visée commune, chaque personne devrait passer plus de temps à écouter les autres qu'à présenter sa propre vision des choses. Cela répond aux besoins et à la demande des étudiants, « elles adaptent l'exposé ou l'activité corporelle à leur développement cognitif et/ou émotionnel », admet (C. Eymard, 2010). C'est notamment vrai pour l'exposition des savoirs biomédicaux ou biopsychosociaux selon le modèle de santé dans lequel s'inscrit l'action éducative.

Les enseignants dans ce cas pourraient miser alors sur la pédagogie du contrat, pour soutenir l'appropriation des savoirs susceptibles de conduire les étudiants à acquérir de savoirs professionnels, faisant sens pour eux et visant un développement de compétences plus ou moins totale et accrue. Ils prennent donc ainsi en compte le ressenti et les connaissances préalables, théoriques, pratiques ou expérientielles des étudiants, mais visent aussi la

transformation cognitive et représentative qui peuvent constituer un obstacle aux apprentissages (cf. Eymard, 2010).

Le partenariat étudiant/formateur facilite l'engagement cognitif et affectif des étudiants et le renforcement des comportements adaptés permettent d'atteindre les objectifs fixés. Les étudiants selon (Eymard, C. 2010, ont une position plus active et la posture des enseignants se caractérise par une volonté de négociation. Des gestes de conseil ou de guidance de type accompagnement d'adaptation s'ajoutent à des gestes de soutien ou d'encouragement, soutient l'auteur.

Les modélisations : Développement du sujet plus Béhaviorisme par l'exposé avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial et Béhaviorisme par l'action avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial donne la posture des enseignants se caractérise par une volonté de négociation. Des gestes de conseil ou de guidance de type accompagnement d'adaptation s'ajoutent donc à de gestes de soutien ou d'encouragement des étudiants.

Avec la modélisation : Développement du sujet associant le Béhaviorisme par l'action aux prises avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial, montre l'approche néo béhavioriste qui valorise l'expérimentation et la répétition d'exercices, ainsi que l'élaboration de savoirs d'expérience (Eymard, 2010), qui sont considérées comme des moyens de renforcer l'acquisition des comportements adéquats à une situation donnée. Cette approche est utilisée pour les étudiants qui participent aux séances de cours magistral en formation initiale.

- ***La modélisation croisant les modèles de Socialisation et du béhaviorisme***

D'après les travaux de Vygotski (1985), le modèle de la socialisation ou de l'interaction sociale fait référence notamment aux interactions sociales dans le développement cognitif du sujet (cf. Donnadieu, & al. 1998) et introduisent la notion de « zone proximale de développement ». Ainsi, se situant au croisement du modèle socialisation avec béhaviorisme par l'exposé et le modèle biomédical ou biopsychosocial ; le modèle Socialisation avec le béhaviorisme par l'action et le modèle biomédical ou biopsychosocial : les actions éducatives en formation initiale, s'attachent à prendre en considération dans les contextes de savoirs et normes socialement et culturellement valides qui s'appliquent à la formation professionnelle dans l'apprentissage des agents socio sanitaires.

Qu'il s'agisse du modèle biomédical ou biopsychosocial, on assiste à une adaptation de l'exposition et à la transmission des savoirs au contexte social. Les actions éducatives ou

formatives répondent donc à des besoins et/ou à des demandes du groupe ou personne auquel elles s'adressent, ce qui n'exclut pas une certaine tendance à la normativité.

Selon Carré et Caspar, « le groupe devient ainsi reconnu comme un lieu de complexité : du même et du singulier, de l'institué et de l'instituant, de la constitution de normes et de règles, des héritages psychoaffectifs intriqués aux dimensions socioéconomiques et socioculturelles, un lieu de construction des identités », (P. Carré et P. Caspar, 2011, p. 513). Les étudiants et les enseignants adoptent néanmoins une posture de médiation et de négociation en clin à la formation.

Pour la professionnalisation par la recherche en santé, les échanges et activités au sein du groupe socio professionnel tendent à générer une dynamique propice aux changements de comportements et à l'acquisition des connaissances et de savoirs en santé, liés à l'adoption des règles médicales compatibles avec l'environnement socio professionnel et faisant sens pour le groupe. Le renforcement positif repose à la fois sur la valorisation des attitudes et agissements des étudiants et sur la réussite ou amélioration obtenue par les autres membres du groupe.

Les apprentissages progressifs et la motivation des apprenants pendant les séances de cours magistral s'en trouvent stimulés, aussi bien pour les enseignements théoriques que pour celles d'activité pratiques en milieu hospitalier. L'étudiant étant généralement seul en stage, les interactions langagières favorisant les apprentissages se produisent soit avec le formateur, soit avec le tuteur référent du terrain à l'occasion de ses interventions en situation professionnelle réelle.

Les formateurs ont un rôle de guidance de l'étudiant visant le développement des gestes de métier qui permettront son intégration professionnelle, mais aussi une exposition selon le contexte des savoirs par l'étudiant lui-même. Elle l'encourage aussi à prendre part aux activités gestuelles avec le groupe en vue d'une appropriation progressive et interactive.

- ***La modélisation au croisement des modèles constructivistes/socioconstructivistes***

Les associations (G) et (H) du tableau de la page précédente, au croisement des modèles constructivistes, le formateur assume une fonction médiatrice et de Co-construction, visant le développement de potentialités par leur actualisation dans un contexte. Apprentissage et développement s'inscrivent alors dans une boucle récursive, où l'un et l'autre sont tour à tour cause et effet. L'interdépendance entre le contexte personnel et les apprentissages permettent de comprendre les possibilités d'action des étudiants sur leur formation, mais aussi certains

blocages cognitifs qui peuvent surgir sur le chemin de la formation. L'accompagnement de type autonome ou d'adaptation culturelle des formateurs est essentiel et s'appuie sur des gestes d'écoute, de soutien à la fois émotionnel et d'estime, de bienveillance et d'empathie.

Avec le modèle biopsychosocial (BPS), cet accompagnement contribue à l'adaptation des étudiants à leur processus d'apprentissage ou à la construction de sens, en lien avec les savoirs académiques. Ils augmentent leur aptitude à devenir acteur de leur connaissance acquise en vue de la maintenir ou de l'améliorer. Parlant de modèle biomédical (BM), l'objectif est de développer des connaissances biomédicales sur les pratiques et les techniques professionnelles, en vue d'améliorer la santé, dans les interactions avec l'enseignant et/ou le groupe des pairs.

Dans le modèle du développement du sujet ou sujet autonome (SA), les apprenants se sentent suffisamment soutenues dans leur apprentissage pour décider de leur projet de production scientifique et des compétences qui leur sont nécessaires pour le mener à bien. Les interactions langagières entre les différents protagonistes des séances, en jouant un rôle sur la prise de conscience, rendent plus efficaces les apprentissages et favorisent leur opérationnalité. L'activité éducative et/ou formative s'appuie donc sur l'expérimentation et l'explicitation de l'action faite ou à faire. La théorie et la pratique ne sont pas dissociées et participent à la construction des apprentissages sans hiérarchisation. La connaissance de soi, le développement de l'estime de soi, de la confiance en soi, du sentiment d'auto-efficacité et d'autodétermination sont autant de visées de la formation professionnelle par la recherche. La capacité de résolution de problèmes ou de détermination de choix par les enseignants ou étudiants, notamment en lien avec le développement de potentialités favorisant leur adaptation (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998) est perçue comme une preuve d'autonomie. La visée est, soit d'augmenter leur capacité d'élaborer un projet professionnel de santé formalisant leurs choix et décisions en faveur de leur qualité de vie et d'existence, soit d'enrichir un projet de professionnalisation. Le questionnement des savoirs académiques, la valorisation des savoirs acquis par l'expérience et l'activité réflexive ont toute leur place dans des stratégies pédagogiques relationnelles pour les formateurs, comme pour les étudiants. L'utilisation du carnet de bord (fiche pédagogique), du récit de vie pour les premiers ou du portfolio (le livret de stage) pour les seconds sont des outils pertinents. Ces différents procédés participent à l'édification de leurs propres normes d'apprentissages par les étudiants ou de la construction de leurs propres modes d'intervention en formation par le stage, contribuant ainsi respectivement à leur processus d'autonomisation de production de mémoires.

Avec l'association (H) des modèles biomédicaux ou biopsychosocial avec le constructivisme ou socioconstructivisme enfin, l'intérêt des activités en groupe réside dans les opportunités qu'elles provoquent pour ses membres de discuter, d'argumenter, de générer du « conflit sociocognitif » (Vygotski, 1985), de développer un esprit critique et ainsi, de créer du sens et d'améliorer la compréhension des personnes entre elles ; ceci concerne aussi bien tous les professionnels que les enseignants et aussi bien les étudiants. Ils s'approprient les savoirs « par une adaptation à l'environnement liée à une récursivité théorie-pratique » (C. Eymard, 2010, p. 47). Tandis que l'étudiant déploie de nouvelles compétences psychosociales, c'est-à-dire des aptitudes à maintenir « un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement », (Delfaissy, cité par Eymard, 2010, p. 47). Les étudiants s'inscrivent dans un processus de professionnalisation débutant, en faisant les gestes de métier avant de développer leur propre style d'intervention professionnelle.

Pour Carré et Caspar (2011), le passage du souci de « bien former » à celui de « bien apprendre » se prolonge ainsi aujourd'hui les thématiques de l'individualisme, l'accompagnement, l'autonomie du sujet. « On assiste au passage de la figure dominante du formateur (instructeur), chargé de la transmission des savoirs et des compétences en direction de (formés) supposés réceptifs, à la figure émergente du formateur (facilitateur), médiateur de l'appropriation des savoirs par des apprenants », (Carré et Caspar, 2011, pp ; 224-225). Le thème de l'apprentissage a fait l'objet de recherche et applications dans beaucoup de domaines. Nous ne pouvons qu'ébaucher ici, en nous renvoyant à des ouvrages complémentaires de (Ibid., 2011, P. 226). Il ne saurait être question dans ce travail, de développer les apports de ces différents courants théoriques dans le tableau ci-dessous, à une psychopédagogie en devenir. Mais, notons simplement que chaque orientation psychologique est porteuse d'un projet pédagogique spécifique, dont le praticien pourra ou non extérioriser les origines pour identifier la théorie qui le porte. Ainsi, pour le béhaviorisme, la pédagogie a pour finalité de produire de changement de comportement par l'arrangement des stimuli et de renforcement de l'apprentissage. Pour le constructivisme, il s'agit de créer des situations favorisant la construction progressive des structures d'appréhension du réel par la résolution des problèmes professionnels. Le cognitivisme, visera l'amélioration des capacités et stratégies cognitives par l'entraînement et la structuration des opérations mentales d'un niveau donné. Il ressort de l'analyse de (Carré et Caspar) que « le courant humaniste privilégie l'épanouissement personnel, (l'actualisation de soi) et le développement de l'autonomie à

travers la relation d'aide » (Ibid., 2011, p.426). Avec le socio cognitivisme, il s'agit de faciliter l'adoption de comportements d'apprentissage autorégulés grâce à l'expérience directe ou vicariante et le développement du sentiment d'efficacité personnelle », (Ibid., 2011, p. 426). Le tableau 19 ci-dessous vise à synthétiser, en cinq courants de recherche et application, les familles psychologiques d'apprentissage qui se sont développées depuis le début du XXe siècle et influencent aujourd'hui nos conceptions de la pédagogie dans la professionnalisation par la recherche, d'après Carré et Caspar, 2011, p.226).

**Tableau n°19** : cinq courants psychologiques d'apprentissage d'après (Carré, P. et Caspar, P., 2011, p. 426).

<b>Courant + Auteurs Concepts</b>	<b>Béavioriste</b>	<b>Constructiviste</b>	<b>Cognitiviste</b>	<b>Humaniste</b>	<b>Socio cognitif</b>
	Pavlov, Watson, Skinner	Dewey, Piaget, Vygotski	Bruner, Chomsky, Gagné	Rogers, Maslow, Déci et Ryan	Bandoura, Zimmermann Deck
Conception de l'apprentissage.	Modification observable du comportement.	Construction de représentation à partir de l'expérience.	Processus de traitement de l'information.	Action personnelle de réalisation de soi.	Modelage, régulation, auto direction.
Foyer de l'apprentissage.	Stimuli de l'environnement.	Développement interne.	Structuration cognitive.	Besoin affectif et cognitif.	Interaction de soi/social.
Rôle de la pédagogie.	Concevoir des stimuli visant des réponses souhaitées.	Permettre l'accès aux significations par le sujet.	Structurer le contenu de la tâche d'apprentissage.	Accompagner le développement de la personne.	Faciliter l'autorégulation des apprentissages.

**Tableau n° 20:** Matrice de la synthèse des critères d'identification des pratiques pédagogiques, articulant les Modèles d'éducation pédagogique, d'apprentissage et de santé en formation des agents socio-sanitaires, détaillée dans le tableau ci-dessous, d'après Adaptation de (Eymard C., 2010).

### Modèles d'éducation et/ou pédagogique

		Instruction	Développement du sujet	Socialisation
Modèles du processus d'apprentissage	Béhaviorisme par l'action	<p>-Pédagogie frontale, magistrale (expert/novice)</p> <p>-Accompagnement progressive des contenus validés sans prise en compte de la culture ou des structures sociales</p> <p>-Conditionnement verbal</p> <p>-Postulat : information qui modifie les comportements (respect des normes médicales)</p> <p>Autonomie : rationnelle, se maîtriser, savoir que faire</p> <p>-Evaluation contrôle des connaissances/renforcement positif ou négatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle biomédical (BM) de santé : Acquisitions des connaissances et savoirs délivrés : pratiques professionnelles biomédicales en soins ; Productions scientifiques pour soutenir le développement de la recherche et l'amélioration des pratiques professionnelles ; l'acquisition de savoirs à la fin du stage clinique pour une production d'un type de mémoire professionnel scientifique.</li> <li>Modèle biopsychosocial (BPS) de santé : Le partenariat étudiant/formateur facilite l'engagement cognitif et affectif des étudiants et le renforcement des comportements adaptés permettent d'atteindre les objectifs fixés ; Une pédagogie qui a pour finalité de produire des changements comportementaux par l'arrangement des stimuli et des renforcements du processus d'apprentissage.</li> </ul>	<p>-Pédagogie par contrat, partenariat, -Transmission des savoirs validés scientifiquement selon les besoins, demandes des étudiants et/ou leurs connaissances préalables,</p> <p>-Adaptation de l'exposé au développement cognitif, émotionnel des étudiants,</p> <p>-Transformation des comportements, représentations par le discours.</p> <p>-Prise en compte du ressenti,</p> <p>-Soutien, appropriation du savoir : adoption des comportements positifs,</p> <p>-Autodétermination (choix personnel).</p>	<p>-Pédagogie par la médiation,</p> <p>-Conceptualisations des savoirs,</p> <p>-Transformation des informations selon le contexte des apprenants,</p> <p>-Prise en compte des normes pédagogiques socialement et culturellement valides,</p> <p>-Soutien appropriation des savoirs en vue de l'adoption d'un comportement acceptable médicalement et socialement.</p>
	Béhaviorisme par l'exposé	<p>-Cognitivo-comportementalisme</p> <p>- Conditionnement, répétition, correction, automatismes comportementaux selon les attentes professionnelles,</p> <p>-Maîtrise et autonomie,</p> <p>-Réussite et motivation,</p> <p>-Evaluation contrôle de la réalisation des exercices.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle biomédical santé (BM) : - Enseignement des modèles théoriques et pratiques biomédicaux;</li> <li>Modèle biopsychosocial (BPS) : - Transmission de savoirs savants, savoir-faire, savoir-être dans un apprentissage adapté.</li> </ul>	<p>-Cognitivo-comportementalisme ou néo-béhaviorisme,</p> <p>-Expérimentation et élaboration de savoirs d'expérience : adaptation progressive des exercices proposés,</p> <p>-Prise en compte du ressenti,</p> <p>-Transformations des comportements, représentations/activités physiques,</p> <p>-Engagement cognitif et affectif,</p> <p>-Autodétermination du choix..</p>	<p>-Apprentissage social,</p> <p>-Activité en groupe : imitation enseignants et les autres étudiants,</p> <p>-Apprentissage progressif à partir des interactions avec environnement,</p> <p>-Normativité d'un groupe,</p> <p>-Aider à adopter des comportements acceptables médicalement et/ou socialement.</p>
	Constructivisme	<p>Difficile croisement avec l'instruction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle biomédical (BM) : développement de connaissances biomédicales sur les pratiques professionnelles dans les interactions entre les enseignants, les étudiants et les autres professionnels de santé ; amélioration des capacités et stratégies cognitives par l'entraînement et la structuration des compétences d'une situation donnée.</li> <li>Modèle biopsychosocial (BPS) : Accompagnement dans l'adaptation et l'appropriation du processus d'apprentissage propre aux savoirs et à la connaissance en vue d'une production scientifique en sciences de la santé.</li> <li>Modèle sujet autonome (SA) : Accompagnement autonomisant visant le développement de ses propres normes ; démarche évaluative subjective ; modelage, régulation, auto direction, interactions de soi et sociales.</li> </ul>	<p>-Constructivisme,</p> <p>-Pas de dominante : théorique/pratique,</p> <p>-Construction des apprentissages : expérimentation et/ou explicitation de son action,</p> <p>-Développement des connaissances et connaissance de soi dans interactions avec les enseignants,</p> <p>-Sédimentation représentations si fonctionnelles pour le sujet,</p> <p>-Questionnement des savoirs validés, activités réflexives.</p>	<p>-Socioconstructivisme,</p> <p>-Construction des apprentissages dans et par le groupe des pairs : expérimentation et/ou explicitation de son action,</p> <p>-Développement de connaissances et connaissance de soi et des autres dans interactions sociales,</p> <p>-Conflits sociocognitifs,</p> <p>-Apprentissage coopératif, collaboratif,</p> <p>-Développement de la connaissance et connaissance de soi et des autres dans les interactions sociales.</p>



## **2.10. APPROCHES DE PROBLÉMATISATION ET CONCEPTUALISATION EN SCIENCES ET DANS LES APPRENTISSAGES SCIENTIFIQUES**

Il est évident de dire que, la problématisation est à la mode : elle est invoquée un peu partout. Mais désigne-t-elle toujours le même processus ? Ce chapitre tente d'explicitier l'atteinte du troisième objectif de notre présente étude, en référence à Bachelard, Canguilhem et Popper, ce qu'est la problématisation scientifique, en étudiant les relations entre problématisation et conceptualisation en sciences et dans les apprentissages scientifiques, selon Christian Orange, (1993).

Pour cela, quelques étapes de recherches menées depuis plusieurs années sur ces questions au sein des Universités ont évoquées, les relations entre problèmes et apprentissages ont été, sous diverses formes, travaillées dans plusieurs champs scientifiques : psychologie, sciences de l'éducation et didactiques, etc. Cette question a pris un tour nouveau avec le développement de l'idée de problématisation.

Si nous ne voudrions pas limiter à notre niveau ce mot à un slogan, il importe d'en faire un concept opératoire, pouvant donc avoir une véritable fonction critique. C'est ce que nous tentons de retracer dans notre thèse de Doctorat sciences de l'Éducation, en cherchant à mieux comprendre les relations entre apprentissages scientifiques et problématisation (Orange, 1993, 2002 ; Fabre & Orange, 1997). Notre recherche s'appuie d'une part sur les aspects généraux de la problématisation développés au sein de l'université et approfondisse en même temps les spécificités d'une problématisation scientifique, tant du point de vue des enseignants que de celui des étudiants.

Cette contribution a pour but de faire un point sur ces questions, en reprenant des éléments de discussion qui ont été développés ces dernières années dans le (séminaire problématisation) du Laboratoire et les résultats de recherches menées dans l'équipe. Pour ce faire, nous avons choisi l'angle privilégié des liens entre la construction des problèmes scientifiques et la conceptualisation.

La présentation se fera peut-être en trois temps. D'abord nous décrirons la problématisation comme une façon de penser les relations entre problème et solution. Ce point de vue, qui a été celui développé dans les précédentes de nos recherches, donne un aperçu général de ce processus, mais ne permet pas de comprendre complètement les particularités de la problématisation scientifique ou la problématisation des pratiques professionnelles et de ses

rapports avec la conceptualisation. Celles-ci apparaîtront plus clairement lorsque cette problématisation sera, dans un deuxième temps, définie comme la construction explicite d'un champ des possibles, en lien avec deux caractéristiques essentielles du travail scientifique : la relation dynamique entre savoirs et problèmes, et l'apodicticité (le caractère de nécessité) des savoirs produits. Le troisième temps sera consacré à l'importance du travail langagier dans les problématisations et les conceptualisations scientifiques. D'un point de vue didactique, il s'agit de penser les liens entre pensée et langage lors du passage de concepts communs aux concepts scientifiques ; ce que nous étudions sur un cas.

### **2.10.1. La problématisation : entre problème perçu et solution**

Les travaux de psychologie cognitive et de sciences de l'éducation développent différents points de vue sur les relations entre apprentissages et résolution de problèmes (Champagnole, 1974 ; Fabre, 1993). Les premiers travaux de notre équipe sur cette question nous ont conduits à la nécessité d'introduire le processus de problématisation, entre problème, solution et connaissances. Nous allons expliquer pourquoi.

- ***Une relation circulaire entre connaissances, problèmes et solutions***

Bachelard (1938) note que « pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question ». Popper affirme que « la science commence par des problèmes », (Popper 1991, p. 287; 1985 pp. 230, 329).

Cependant, les relations entre connaissances, problèmes et solutions ne sont pas simples et en sens unique. En première approximation, il y a une circularité qui peut se décrire de la façon suivante :

- la résolution d'un problème entraîne de nouvelles connaissances qui permettent à leur tour de résoudre d'autres problèmes ;
- les connaissances d'une personne peuvent se révéler insuffisantes dans telle situation (échec ou énigme) ou mener à des solutions qui s'opposent à celles proposées par d'autres (controverses) ; de là naissent des problèmes dont la résolution modifie les connaissances.

Mais, à ce niveau de généralité, ces relations ne sont pas propres à l'activité et aux connaissances scientifiques ; elles peuvent tout-à-fait se retrouver pour des problèmes et connaissances pratiques ou quotidiens. Il vient alors deux questions :

- Comment passe-t-on du problème perçu (échec, énigme, controverse) à une solution?
- Quels liens existe-il entre les solutions des problèmes et les nouvelles connaissances construites ? Peut-on identifier les unes aux autres comme une interprétation rapide des propos de Bachelard rappelés ci-dessus pourrait le laisser penser ?

Nous allons, dans un premier temps, nous attacher à la première de ces questions, ce qui nous permettra d'avancer sur la seconde. Nous le ferons en nous appuyant sur plusieurs exemples, nous servant d'expériences de pensée.

- ***Trois exemples pour penser le traitement d'un problème***

**A)** Le premier cas correspond à un problème pratique. Une voiture qui démarre mal, et qui tombe même en panne parfois : on voit bien ce qu'est ici le problème perçu. Le propriétaire de la voiture tente de résoudre le problème. Il repère des indices sur les cas de panne qui le conduisent à penser qu'il s'agit d'un problème de batterie. L'achat d'une nouvelle batterie semble effectivement, pour un temps seulement hélas, régler la question. Un mécanicien, confronté au problème, diagnostique un alternateur défaillant. Notons que cette solution de l'alternateur avait été envisagée par le propriétaire mais repoussée aux raisons que la panne pouvait parfois se régler en poussant la voiture.

Nous ne pouvons pas simplement résumer ce cas en disant : le garagiste a trouvé la bonne solution et le propriétaire ne l'a pas trouvée. En effet, ces deux personnes ont construit une intelligence de la situation, entre le problème perçu et la solution proposée, grâce à une enquête (Dewey, 1993) : des indices ont été relevés ou recherchés, en relation avec des connaissances sur le fonctionnement d'une automobile et des savoirs pratiques différents. On n'a pas seulement deux réponses, mais deux constructions différentes du problème. Et si le propriétaire de la voiture a appris quelque chose en mécanique auto, cela ne se réduit pas à la bonne solution du garagiste, encore moins à sa mauvaise solution, mais correspond à une articulation critique des possibles envisagés et des symptômes repérés.

**B)** Le second cas est celui d'une classe de cycle 2 de l'école de santé qui tente d'expliquer les relations entre la nutrition et la « force » des différentes parties du corps (Orange, 2003b). Les étudiants produisent pour cela, en groupes, une affiche avec texte et schéma. Il y a une certaine variété dans les solutions proposées, mais il apparaît, dans la discussion qui suit, que toutes ces solutions s'appuient sur une même distinction entre les « bons » aliments et les « mauvais » aliments. Elles prennent également toutes en compte l'existence d'excréments.

Ces éléments, les uns pertinents pour un biologiste (la prise en compte des excréments) et les autres moins (les « bons » et les « mauvais » aliments), ne sont nullement inscrits dans la question de départ. Ils ont été développés à partir du cadre de pensée mobilisé par les étudiants et de leurs connaissances. Et les étudiants, avec leurs solutions différentes, ont inventé ou convoqué dans cette résolution des idées proches, comme celle de tri des aliments, ou de transformation<sup>81</sup>. Limiter ce qui se construit dans cette activité aux solutions proposées, c'est passer à côté d'une activité très importante des étudiants au regard des savoirs à construire. Car si toutes ces solutions sont « fausses », les idées développées pour y arriver les engagent vers les savoirs scientifiques.

C) Si l'on prend enfin l'exemple, classique en psychologie de la résolution de problème, du jeu de la Tour de Hanoï (Richard, 1990, pp. 332-381), il y a plusieurs façons de le résoudre. On peut arriver au bout rapidement, par hasard ou tâtonnement, sans trop savoir comment ; ou bien en identifiant qu'il est plus efficace de commencer par tel déplacement ; ou encore en retenant un algorithme qui permet de résoudre systématiquement le problème dans le cas d'un jeu à 5 disques ; ou enfin en construisant l'espace de la tâche tel qu'il est présenté dans les ouvrages de psychologie (Ibid., p. 382). Devant la même tâche, qui leur fait problème, c'est-à-dire pour laquelle elles n'ont pas de réponse immédiate, deux personnes pourront ainsi avoir construit le problème de façon différente. Cette construction, liée aux projets qu'elles se donnent et aux connaissances qu'elles ont déjà, les conduira à l'élaboration d'une connaissance qui ne sera pas du tout la même ; alors que pour un observateur leurs solutions peuvent paraître proches.

- ***L'importance de la construction du problème (ou problématisation)***

Ces cas éclairent, chacun à sa façon, ce qui se passe entre le problème perçu et une solution :

- Si deux personnes arrivent à deux solutions différentes (cas de la panne et de la nutrition) ce peut être à cause de connaissances différentes. Mais ces connaissances ne sont pas, la plupart du temps, ce qui donne directement la solution : elles permettent de mener l'enquête, de sélectionner des indices, qui deviendront des données, d'envisager des solutions possibles différentes, d'en rejeter certaines etc. ;

---

<sup>81</sup> Nous y incluons les constructions à visées théoriques.

- Des solutions différentes peuvent mobiliser des repères communs (cas des étudiants débattant sur la nutrition) ;
- Des solutions en apparence semblables (parties de Tour de Hanoï) peuvent résulter d'un travail d'investigation différent.

Il y a donc une activité intellectuelle importante entre le problème perçu et la solution. Elle met en jeu les connaissances de la personne, mais aussi des aspects plus larges qui font partie de ce que l'on peut appeler, à la suite de Piaget (1983), son cadre épistémique : dans le cas de la nutrition au cycle 2, la catégorisation en « bon et mauvais aliments » ; mais aussi la croyance que les forces des muscles doivent être expliquées par un apport nutritif directement à ces muscles, ou, au contraire, qu'il suffit que le corps ait engrangé la nourriture quelque part, dans l'estomac par exemple. L'une ou l'autre de ces croyances conduit à une problématisation différente.

Si maintenant on prend la question des savoirs construits dans le traitement de ces problèmes, il vient que ce n'est pas nécessairement celui qui a trouvé la solution qui a appris le plus (cas de la panne) ; qu'un même savoir (l'idée puis le concept de tri, pour la nutrition : peut être construit alors que les solutions apportées sont différentes ; que des savoirs différents sont parfois construits alors que la solution produite semble la même (Tour de Hanoï).

Tout cela plaide donc encore pour donner une grande importance à ce qui se passe entre problème perçu et solution, et pour ne pas le réduire à une simple représentation du problème comme cela est fait parfois : c'est bien d'une construction dont il s'agit, celle du problème, ou problématisation. On voit aussi les liens qui doivent exister entre cette problématisation et les savoirs construits, qui ne peuvent aucunement se limiter à la solution du problème.

- ***Existe-t-il une particularité des problèmes et de la problématisation scientifiques ?***

Ce que nous venons de présenter quant à la nécessité de penser en termes de problématisation pour comprendre les relations entre problèmes, solutions et connaissances, vaut aussi bien pour les problèmes et les savoirs scientifiques que pour les problèmes et connaissances pratiques professionnelles ou quotidiens<sup>82</sup>. Si on peut parler dans tous ces cas de

---

<sup>82</sup> Dans ce texte, nous utilisons le terme « connaissances » de manière générale, qu'elles soient « communes » ou non. Nous réservons « savoirs » aux savoirs scientifiques (sciences étant prises ici au sens large, non limité aux sciences de la nature). Ne relèvent pas de cette distinction des expressions utilisées habituellement et désignant des connaissances liées aux actions : savoirs pratiques ou savoirs d'action.

conceptualisation, il faut l'entendre de manière générale, dans une théorie tentant d'unifier la question des connaissances et de leurs apprentissages, comme le fait Vergniaud (1994, 1995) avec le concept de schème. Mais on peut aussi avancer, et c'est le choix que nous pousserons ici, que toutes les connaissances construites dans les cas présentés ci-dessus ne sont pas du même ordre.

Ainsi, pour la Tour de Hanoï, il n'y a de savoirs scientifiques construits que si le joueur développe tout ou partie de l'espace des tâches de manière explicite ; sinon, il n'accède qu'à des savoirs d'action, fortement contextualisés. Il y a donc lieu de s'interroger sur ce qui pourrait faire la particularité des problèmes et de la conceptualisation scientifiques. La question n'est pas simple et a reçu des réponses différentes.

Dewey minimise les spécificités des problèmes scientifiques. Pour lui, « l'objet et les procédés scientifiques naissent des problèmes et des méthodes directs du sens commun » (1993, p. 127). Il propose cependant que le caractère abstrait de l'enquête scientifique tient au fait qu'elle est libérée de la référence directe aux occupations d'un groupe limité (Ibid., pp. 180 sq.) ; elle s'intéresse alors davantage aux relations qu'aux qualités des éléments.

Pour d'autres auteurs, Popper et Toulmin (1973) notamment, les sciences se caractérisent par une centration sur des problèmes explicatifs : « le but de la science » dit Popper, « c'est de découvrir des explications satisfaisantes de tout ce qui nous étonne et paraît nécessiter une explication » (1991, p. 297) et les problèmes scientifiques sont « des problèmes liés à la découverte d'explications » (1985, p. 329). C'est ainsi que l'on peut assimiler les problèmes scientifiques fondamentaux à des problèmes de construction de modèles, où il s'agit d'articuler deux registres, l'un et l'autre construits : le registre des modèles explicatifs et le registre empirique (Martinand, (1992); Orange, (2002). Mais la production d'explications n'est pas propre aux sciences : elle est également présente dans les mythes (Popper, 1985, p. 191); voir aussi Jacob, 1981 pp. 29-30).

Il nous faut donc compléter cette caractérisation des problèmes et des problématisations scientifiques. Nous le ferons en nous référant, une fois de plus, à Popper et Bachelard.

### **2.10.2. La problématisation comme construction explicite du champ des possibles**

Le second point de vue sur la problématisation dans les activités et les apprentissages scientifiques que nous voulons développer ici part donc d'un présupposé que nous empruntons aux épistémologies de la démarcation (Popper) ou de la rupture (Bachelard et

Canguilhem) : dans ces épistémologies, les savoirs scientifiques sont d'une nature fondamentalement différente des connaissances communes. Cette différence se traduit par deux caractéristiques qui marquent les relations entre problèmes et savoirs, et donc entre problématisation et conceptualisation : le dynamisme de ces relations et la nécessité des concepts.

- *La relation dynamique entre savoirs et problèmes*

On parle de problème en sciences comme dans la vie courante, et, dans les deux cas, ces problèmes permettent souvent de progresser dans la connaissance. Mais, dans la vie courante, les problèmes sont perçus négativement ; ils sont, d'une certaine manière, subis. Au contraire, dans le travail scientifique, les problèmes sont vus comme des défis intellectuels, même s'ils mettent parfois à dure épreuve les nerfs des enseignants : non seulement ils ne sont pas évités, mais ils sont recherchés par la communauté de travail qu'ils appartiennent.

Ainsi, avant d'être une activité de résolution de problèmes, la science est une activité de production de problèmes. Christian Orange note qu'une des qualités importantes des paradigmes est qu'ils ouvrent « des perspectives suffisamment vastes pour fournir... toutes sortes de problèmes à résoudre » (1983, p. 30). Et Popper, pour qui, la science commence par des problèmes, précise : « les savants se proposent toujours de manière explicite de résoudre les problèmes en élaborant des théories qui permettront de leur apporter des solutions : en expliquant, par exemple, des observations inattendues qui demeuraient inexplicées. Mais toute théorie inédite qui présente un intérêt réel donne naissance à des problèmes nouveaux... Et sa fécondité tient essentiellement aux problèmes nouveaux qu'elle suscite » (Popper 1985, p. 329).

Autrement dit, un savoir scientifique n'est pas seulement un savoir qui permet de résoudre des problèmes. C'est aussi un savoir qui permet d'en formuler de nouveaux dont le travail va faire progresser en retour les savoirs. Cette caractéristique peut être rapprochée de l'idée de connaissance questionnant et questionnée. Cette dynamique conduit Popper à une représentation de la science comme « processus ayant pour point de départ et pour terme la formulation de problèmes toujours plus fondamentaux et dont la fécondité ne cesse de s'accroître, en donnant le jour à d'autres problèmes encore inédits », (Popper, 1985, p. 329-330).

Cette relation dynamique entre savoirs et problèmes n'est certainement pas l'apanage des sciences de la nature. Elle est valable pour tout projet de construction de savoirs théoriques<sup>83</sup>. Mais elle n'existe pas pour les connaissances communes ni, le plus souvent, pour les savoirs pratiques. C'est ce que pointe Malglaive lorsqu'il dit que « les savoirs pratiques sont sur une logique de la réussite, alors que les savoirs théoriques sont sur une logique de l'échec, du cheveu coupé en quatre » (Malglaive & Weber, 1982); (Astolfi, 1992, p. 38). Nous avons là une caractéristique essentielle de l'activité scientifique, qu'il nous faut préciser davantage pour comprendre comment se fait cette génération des problèmes scientifiques. Interviennent ici différents processus, qui peuvent globalement se décrire en disant que les solutions proposées sont systématiquement soumises à la critique (Popper, 1985, p. 191; Jacob, 1981, p. 30).

Cette critique qui, selon Popper (1985), distingue seule la science des mythes, n'est pas seulement, ni même avant tout, une critique empirique, par observation ou expérience ; elle ne fonctionne pas dans un cadre réfutationniste simple, comme pouvaient le laisser entendre les premières positions de Popper (1984). Cette tradition critique a pour moteur la volonté de rechercher en permanence des explications autres et de les discuter ; elle est ainsi responsable du « caractère exploratoire de la science » (Ibid., p. 194).

Prenons le cas de l'étude de la digestion au XVIIIe et XIXe siècles (pour des repères historiques, voir par exemple Canguilhem, 1969). La transformation des aliments dans le tube digestif est évidente : cela se voit. Mais ce n'est pas suffisant pour en faire un savoir scientifique : ce pourrait être un épiphénomène, une conséquence sans signification biologique du changement de milieu de cette nourriture ingérée. Ce constat d'une transformation renvoie alors à deux questions critiques : comment cette transformation est-elle possible ? Et surtout, pourrait-il en être autrement ? Cette seconde question a reçu depuis longtemps (au moins depuis Galien, IIe siècle) une réponse : pour que la nourriture puisse passer dans le système sanguin, elle doit être transformée, ce qui donne une fonction à cette transformation. La première question peut alors être pensée dans les cadres théoriques de l'époque : iatromécaniciens-iatrochimistes (XVIIIe siècle) ; chimie au XIXe siècle. Les expériences de Réaumur et de Spallanzani (XVIIIe siècle, cité par Christian Orange, 2005) montrent alors que les transformations physiques (la trituration) ne sont pas les seules à intervenir. Cependant, les transformations chimiques prennent leur totale signification non pas

---

<sup>83</sup> Et certainement aussi pour l'art. En fait, pour tout ce que Popper (1991) place dans le « troisième monde ».



dans cette évidence empirique, mais dans la nécessité, pour que l'assimilation soit possible, de former les mêmes nutriments à partir d'aliments variés ; cette nécessité n'est vraiment construite qu'au XIXe siècle.

Comme nous le voyons sur cette évolution de la science de la digestion, rapidement esquissée, la dynamique des problèmes ne se fait pas simplement par conjectures et réfutations. Il y a développement et transformation de problématiques, par la mise en jeu des deux types de questions pointées plus haut (comment est-ce possible? Pourrait-il en être autrement?), dans un cadre théorique qui bouge. C'est ce travail de la pensée scientifique, toujours au sens large qui confère des caractéristiques spécifiques aux problématisations développées : il ne s'agit pas simplement de construire un problème pour produire une solution, mais d'explorer et de « cartographier » le champ des possibles. Cette exploration a pour résultat un caractère essentiel des savoirs scientifiques académiques: leur « nécessité » (apodicticité).

- ***Problématisation et apodicticité : les concepts scientifiques***

Le caractère apodictique des savoirs scientifiques académiques, mis en avant par Bachelard (1949) et Canguilhem (1988), est pour nous fondamental, car il permet de comprendre ce qui se joue dans une problématisation scientifique et ses liens avec la conceptualisation. Et ce aussi bien dans le travail des enseignants que dans les apprentissages des étudiants.

Si nous reprenons l'exemple de la digestion développée ci-dessus, les différentes problématiques conduisent à la nécessité de la transformation des aliments dans le tube digestif (pour permettre le passage dans le sang), puis à la nécessité de leur transformation chimique (pour rendre possible l'assimilation). Ces nécessités, qui ne viennent pas simplement de constats empiriques, mais de la construction critique de modèles explicatifs dans un cadre donné, donnent aux savoirs sur la digestion et la nutrition leur véritable valeur scientifique et institue ainsi, en plusieurs étapes, le concept de la digestion.

De cette façon, les savoirs scientifiques échappent à la contingence des connaissances factuelles, assertoriques, et prennent un caractère apodictique : « Il y a culture dans la proportion où s'élimine la contingence des savoirs » (Bachelard, 1949). En sciences, savoir n'est pas simplement « savoir que », mais savoir que cela ne peut pas être autrement (Reboul, 1992). Avec ce caractère de nécessité, on est au cœur de la conceptualisation scientifique : celle-ci ne se réduit pas à la construction de concepts catégoriels ou bien de concepts en actes, mais à des constructions théoriques explicites dont la nécessité s'impose.

Nous cherchons à étudier ce processus de conceptualisation scientifique dans le cas de la construction du concept de « milieu intérieur » par Claude Bernard au XIX<sup>e</sup> siècle (cité par Orange, 2003a). Au début des années 1850, Bernard pose le problème ainsi : la vie résulte du contact de l'organisme avec le milieu. Or, chez les gros animaux, toutes les parties de l'organisme ne peuvent pas être en contact avec le milieu extérieur ; « il faut donc, pour qu'elles soient en rapport avec le milieu, un artifice... Cet artifice est la circulation, le sang est le milieu », (Grmek, 1997, p. 129).

Ainsi, dès la première forme du concept de milieu intérieur, celui-ci correspond à une nécessité construite par tension entre des considérations théoriques et des éléments empiriques, dans un cadre épistémique (Piaget, 1983) que Bernard lui-même nomme « vitalisme physique ». Un peu plus tard (fin des années 1850), Bernard introduit la question de l'indépendance apparente des êtres vivants par rapport aux conditions du milieu. Or cela semble en contradiction avec les relations nécessaires que doivent avoir ces êtres vivants avec le milieu; ce qui conduit à la nécessité d'un milieu intérieur protecteur. Le concept de milieu intérieur enrichit ainsi son caractère apodictique en même temps qu'il permet d'unifier deux problèmes biologiques importants : le rapport indispensable du vivant avec le milieu, et sa relative indépendance, ce que nous appelons un espace des contraintes, tente de rendre compte de cette problématisation comme mise en tension du registre empirique et du registre des modèles.

### **2.10.3. Le travail langagier: problématisation et conceptualisation**

Nous voulons aussi présenter un troisième aspect, le plus récent, des travaux de notre enquête auprès des personnes des institutions : celui qui porte sur la professionnalisation par la recherche, les relations entre activités langagières, problématisation et conceptualisation scientifiques professionnelles. Contrairement aux parties précédentes, celle-ci est essentiellement consacrée à l'étude d'un cas didactique. Il y a pour cela deux raisons :

- Les activités langagières de problématisation des enseignants sont beaucoup moins accessibles que celles des étudiants. Certes, nous trouvons dans les écrits scientifiques des traces de cette problématisation, mais c'est un travail le plus souvent reconstruit, mis aux normes. Il peut parfois avoir accès à des écrits plus (bruts), comme les carnets de notes, mais pratiquement jamais à des échanges oraux (problématisant) entre enseignants.

- Cette étude, correspondant aux travaux que nous menons actuellement, demande, plus que les aspects précédents, une certaine explicitation.
- ***Activités langagières, problématisation et conceptualisation dans un débat scientifique en classe***

Nous voulons préciser les liens entre l'activité langagière, la problématisation et la conceptualisation scientifiques à partir d'un cas de débat scientifique dans une classe. Ce cas a déjà été évoqué à deux reprises dans les précédentes parties : il s'agit du débat sur la nutrition dans une classe de 2<sup>ème</sup> année de l'école de santé en province (classe d'un enseignant médecin nutritionniste; voir la retranscription des entretiens, I.D.4).

Dans notre cadre théorique, l'enjeu de ce débat est de faire construire aux étudiants des nécessités constitutives du savoir scientifique sur la nutrition : ce sont, entre autres, les nécessités de transformation et de tri. Ces nécessités, qui correspondent à des concepts scientifiques au sens où nous les avons définis, ne doivent pas être confondues avec les idées correspondantes : évoquer que les aliments sont broyés, qu'ils sont séparés entre (bons et mauvais) aliments, etc., est bien différent d'énoncer la nécessité de ces processus. D'une certaine façon on peut dire que ce débat a comme fonction didactique de faire passer les étudiants des idées aux nécessités, ou encore des solutions qu'ils ont construites à la problématisation explicite.

Nous avons tenté de présenter dans la thèse, différentes étapes des travaux menés dans le cadre des recherches sur la problématisation scientifique et qui se poursuivent encore actuellement. Ces travaux présentent un enjeu théorique, dans la mesure où ils participent aux recherches sur les processus de problématisation menées plus généralement. Il est en effet, opté pour une réticence méthodologique à poser a priori que la construction des problèmes fonctionne de la même façon dans tous les domaines. Afin de pouvoir suivre assez précisément le travail langagier qui permet ce passage, nous nous limitons à une partie du débat, celle qui correspond à la discussion et aux épisodes concernant uniquement la question du tri, « c'est-à-dire la séparation entre une partie du contenu du tube digestif qui est distribuée à tout le corps et une autre qui est rejetée dans les excréments », (Orange, 2004, P. 83).

En conclusion, nous avons étudié ce processus de conceptualisation scientifique dans le cas de la construction du concept de « milieu intérieur » par Claude Bernard au XIX<sup>e</sup> siècle (Orange, 2003a, P. 78). Ce cas est intéressant par sa durée (plus de 25 ans) et la variété des écrits de Bernard s'y rapportant (Grmek, 1997). Au début des années 1850, Bernard pose le problème

ainsi : la vie résulte du contact de l'organisme avec le milieu; or, chez les gros animaux, toutes les parties de l'organisme ne peuvent pas être en contact avec le milieu extérieur ; « il faut donc, pour qu'elles soient en rapport avec le milieu, un artifice... Cet artifice est la circulation, le sang est le milieu» (cité par Grmek, 1997, p. 129). Ainsi, dès la première forme du concept de milieu intérieur, celui-ci correspond à une nécessité construite par tension entre des considérations théoriques et des éléments empiriques, dans un cadre épistémique (Piaget, 1983) que Bernard lui-même nomme « vitalisme physique ». Un peu plus tard (fin des années 1850), l'auteur introduit la question de l'indépendance apparente des êtres vivants par rapport aux conditions du milieu. Or cela semble en contradiction avec les relations nécessaires que doivent avoir ces êtres vivants avec le milieu ; ce qui conduit à la nécessité d'un milieu intérieur protecteur. Le concept de milieu intérieur enrichit ainsi son caractère apodictique en même temps qu'il permet d'unifier deux problèmes biologiques importants : le rapport indispensable du vivant avec le milieu, et sa relative indépendance.

Lorsque l'on prend en compte la dynamique des problèmes scientifiques et la construction des nécessités, les relations entre conceptualisation et problématisation scientifiques apparaissent pleinement. D'une certaine manière, la dynamique critique de la science pousse au bout, grâce à la verbalisation et à l'argumentation, ce qui apparaissait déjà pour tout problème : les savoirs construits ne se réduisent jamais à la solution. Cette dynamique critique, qui rend la problématisation explicite et les savoirs apodictiques, ne peut exister que par la production de textes (oraux ou écrits) qui constituent ces savoirs. Mais la production essentielle d'un problème scientifique n'est pas tant le texte de sa solution que l'explicitation de sa problématisation.

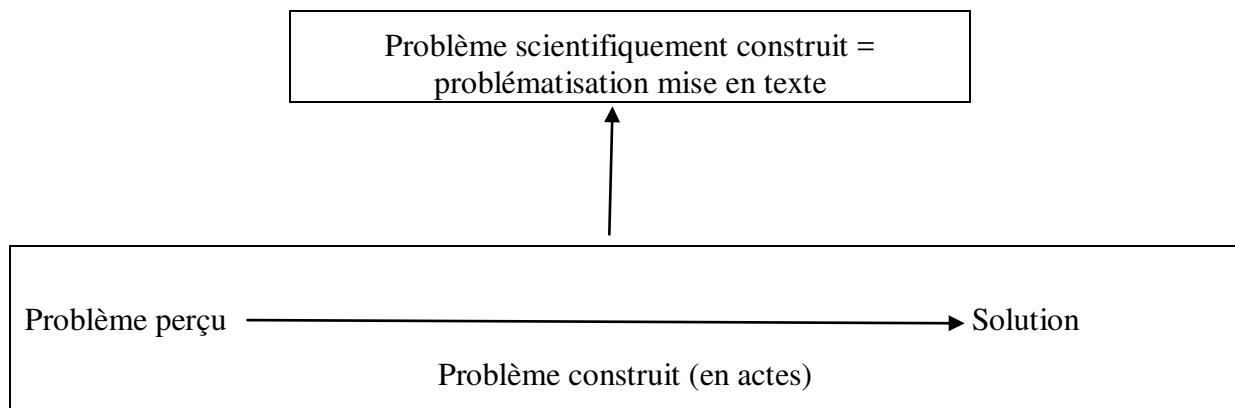
Cela est tout-à-fait en accord avec l'idée de la pensée redoublée de Bachelard. On y retrouve également les caractéristiques des savoirs scientifiques de Popper qui font partie de ce qu'il nomme le troisième monde, (Popper, 1991) et dont les habitants les plus importants sont « ce qu'on peut appeler l'état d'une discussion ou l'état d'un échange d'arguments critiques » (Popper, 1991, pp. 182-183).

Cette description de la problématisation scientifique, qui produit du texte mêlant solution et raisons (explicitation des nécessités et des contraintes), a plusieurs conséquences théoriques :

- la formulation de la problématisation ne peut pas être simplement considérée comme une traduction d'une problématisation qui existerait déjà, sous forme implicite, dans la « tête » du chercheur ; le prouve tout le travail de pensée lié à la verbalisation, attesté

aussi bien par ce qu'en disent les chercheurs eux-mêmes que par les psycholinguistes de la tradition vygotkienne. La problématisation scientifique est donc nécessairement liée à un travail langagier ; celui-ci n'en est pas qu'un épiphénomène.

- La problématisation scientifique, inextricablement liée à la verbalisation, ne peut pas être considérée comme un intermédiaire nécessaire entre le problème perçu et la solution. D'abord parce que tout problème perçu qui aboutit à une solution ne donne pas lieu, même dans l'activité scientifique, à une telle verbalisation ; et parce que, dans le travail scientifique, celui de l'enseignant ou celui de l'étudiant, cette problématisation explicite se construit souvent après coup, à partir des solutions proposées. Autrement dit, et contrairement au premier point de vue sur la problématisation que nous avons développé (voir paragraphe 1.), on ne peut pas penser le travail des problèmes scientifiques (ou plus largement des problèmes théoriques, conduisant à des concepts scientifiques au sens large) de manière linéaire : problème perçu, problématisation, solution. Il faut voir dans la problématisation scientifique une seconde dimension par rapport à celle du couple problème solution (figure 22 ci-dessous, d'après Christian Orange, 2005, P. 81).



*Figure. 22: Les deux dimensions du travail des problèmes scientifiques*

## **2.11. SYNTHESE DE LA PARTIE**

Le but de la recension théorique vise l'identification des différentes références théoriques en formation, déjà élaborées. Ces modélisations devaient permettre de définir le cadre théorique, sur lequel s'appuient le recueil et le traitement des données de recherche. Pour cela, l'état de l'art a consisté à la convocation de nombreux ouvrages et articles émanant des banques de données BDSP et CAIRN info ou des bibliographies qui ont été consultées.

Par ailleurs, il manque certains ouvrages traitant exclusivement de la « Professionnalisation par la recherche en formation initiale des Agents Socio-Sanitaires ». Les rares documents qui s'y rapportent sont difficilement repérables pour ne pas dire inexistantes.

Le choix des articles dans des revues scientifiques qui a été fait, répond à l'objet de la recherche bibliographique. Un autre choix a été fait à partir d'ouvrages ou revues professionnelles se rapportant à la professionnalisation par la recherche ou la construction des modèles d'acquisition de savoirs académiques. Ainsi, plusieurs articles et ouvrages sont retenus dont la plupart sont assez anciens. Des ouvrages ou revues scientifiques consultés, comportent un ou plusieurs chapitres ou articles se rapportant aux concepts de santé, aux modèles théoriques de santé et aux modèles de la formation par la recherche, sous-jacents les pratiques de professionnalisation par la recherche.

L'objet principal de l'étude, comme nous l'avons souligné plus haut dans les objectifs, c'est d'essayer de repérer et de modéliser à la professionnalisation par la recherche dans la perspective de la mise en œuvre de dispositifs d'enseignement théorique en formation initiale, pour un changement d'attitudes des agents socio-sanitaires.

Les modèles théoriques permettant la compréhension de la perception des étudiants et enseignants en matière de santé ont donc été étudiés. Dans plusieurs articles de revues scientifiques ou chapitres d'ouvrages, il a été retrouvé un essai de modélisation théorique conduisant à l'association de plusieurs modèles, notamment ceux concernant les modèles d'éducation, les modèles du processus d'apprentissage.

La référencement théorique apporte un étayage tout en imposant des valeurs et des choix pour la conduite ou la régulation des pratiques, selon (Schwartz, 2000 ; Billon, 2000). La théorie est « une connaissance produite donnée, sous la forme d'un petit nombre de concepts organisés en réseau », (Bertrand, cité par Billon, 2000, p. 18). Pour l'auteur, une « référence externe sur laquelle on s'appuie » (Billon, 2000, p. 18). Toute activité pédagogique ou éducative, y compris la formation par la recherche en santé, se construit dans une succession

ou alternance d'association, qui trouve leur origine dans le croisement de différents modèles simultanément convoqués. Il existe toujours une référence ou une visée hétéronome, c'est-à-dire une visée contraire à l'acte, plus ou moins masquée ou plus ou moins consciente.

Un modèle est une structure, « un ensemble d'éléments reliés par des relations stables rendant possible une fonction et permettant une transformation », (Bonniol & Vial, 1997). De la définition de Martinant (1992), « [...] un modèle représente un niveau intermédiaire situé entre le niveau théorique, dont la portée est générale et le niveau phénoménologique ». De l'avis de (Pastré, 2008, p. 58) qui s'applique à décrire les caractères du réel ; « Un modèle théorique est donc une construction qui fait appel à une ou plusieurs théories pour décrire ou créer le réel ». Quant à Lerbet-Sereni, (2004), « modéliser, c'est construire dans sa tête avant de construire dans la ruche », (Lerbet-Sereni, 2004, P. 149). Inversement, « analyser ou comprendre ce qui se passe et se construit dans la ruche », paraphrase (Marie-Reine Bernard, 2013, p. 123), requiert d'identifier les modèles théoriques et de repérer la modélisation théorique convoquée pour la mise en œuvre de l'action de l'agir professionnel en formation initiale en santé.

La mutation de la formation professionnelle en santé plus particulièrement en sciences infirmières au Tchad, est aujourd'hui en pleine évolution et la création des nouvelles écoles, par la Loi n° 14 dans les 23 (voir volume annexe 11, P. 109) Régions que compte le pays selon le découpage administratif. Nous prenons par exemple par la Loi du 04 mars 2002 en France, le système de santé est en train de muter d'un modèle curatif vers un modèle global non positiviste. La formation initiale des établissements d'enseignement professionnel semble être un puissant levier pour opérer ces transformations.

L'activation des processus d'acquisition de savoirs académiques des étudiants en formation initiale, ainsi que le développement de leur autonomie par une formation universitaire aux méthodes de la recherche en Sciences Sociales des cadres formateurs, a fait l'objet de l'hypothèse de recherche de cette thèse. Sa mise à l'épreuve par une méthode exploratoire, aurait pu permettre de dégager une nette tendance en faveur de sa validation. Une telle formation en sciences infirmières devrait permettre d'obtenir des professionnels responsables, compétents, capables d'une analyse réflexive de leurs pratiques professionnelles et d'une autonomie d'action. En matière d'éducation, elle devrait également permettre d'apporter les savoirs, savoir-faire et savoir-être, nécessaires dans le cadre d'une dynamique prophylactique, pour rompre avec la seule démarche mécaniciste (biomédicale) et pour être en conformité avec la législation. Cette évolution semble devoir passer par une réécriture de son projet

professionnel, projet-visée, ainsi que du contenu de son programme d'études en Initiation à la Recherche afin que ces derniers soient en adéquation avec les nouvelles politiques de santé. Cette étude a permis de mettre en lumière quelques pistes de réflexion.

Ainsi, la formation aux méthodes de recherches en Sciences Humaines et Sociales (Sciences de l'Éducation) permet l'activation des processus de production scientifique et d'apprentissage, eux-mêmes vecteurs d'autonomie. Le changement de modèles de formation au profit de modèles constructivistes ainsi que le passage d'une évaluation exclusivement centrée sur le contrôle vers une évaluation complexe permettraient le développement des savoir-être de l'étudiant en le situant davantage dans un paradigme phénoménologique. L'apprenant opèrerait donc une modification de ses comportements au cours de ses pratiques de soins, en faisant minutieusement une analyse de situation des pratiques professionnelles, tout en améliorant la qualité de ceux-ci et en les transformant en un projet professionnel. Mais, pour ce faire, il apparaît incontournable de remettre en question la formation des formateurs, qui ont eux-mêmes en charge les dispositifs de la formation initiale.

Le projet de la réforme de l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux en cours, devrait aboutir pour permettre une nette avancée par rapport à la formation des Agents de santé, qui était exclusivement centrée sur les savoirs biomédicaux. Les connaissances liées à l'éducation holistique, devenues aujourd'hui indispensables, pourraient être empruntées à la discipline des Sciences de l'Éducation.

Cette étude met en valeur la contribution de cette discipline à l'inscription du futur professionnel dans une posture d'autonomie et de praticien responsable. Elle conforte l'intérêt du choix que certains Instituts de Formation de Cadres de Santé ont fait en établissant un partenariat avec les Universités dans la discipline des Sciences de l'Éducation.

Ce transfert d'une logique mécaniciste (biomédicale) à une logique éducative (holistique) devrait permettre à terme une meilleure efficacité de la prise en charge des patients, donc un coût moindre pour des soins de meilleure qualité. La responsabilisation des étudiants et leur implication directe dans leur formation par une formation par la recherche adaptée devrait les aider à gagner en autonomie. Ils seraient donc plus à même de gérer les difficultés de santé mineures, sans avoir recours systématiquement à un professionnel expert de santé.



## **TROISIEME PARTIE**

---

### **3. CADRE METHODOLOGIQUE DE RECHERCHE**

#### **3.1. INTRODUCTION**

La recherche est exploratoire et descriptive. Elle vise à clarifier un problème qui a été défini. Son caractère exploratoire permet de donner des repères pour de futures recherches. Elle vise alors à « combler un vide », pour reprendre les termes de Van der Maren, (1995), elle peut être aussi un préalable à d'autres recherches dans ce domaine.

Cependant, cette idée tend à lier recherche exploratoire et raisonnement inductif qui sont forcément liés lorsqu'il est question de poser des repères théoriques qui serviront à des recherches fondées sur un paradigme méthodologique hypothético-déductif.

##### **3.1.1. Les limites possibles**

Les études sur les opinions ne sont pas faciles à mener. L'étude qualitative auprès de la population (enseignants/étudiants et les institutions dirigeantes) retenue, est loin de justifier toutes les techniques utilisées (qui suivront), mais propose d'aborder ou de légitimer la méthode choisie à cet effet. Le dispositif consiste à recueillir les données auprès des agents socio-sanitaires en formation initiale dans les établissements d'enseignement professionnel et Facultés en santé.

Cette troisième partie traite du dispositif mis en œuvre. La méthodologie utilisée associe diverses techniques de recueil des données, l'enquête formelle auprès des différentes catégories socioprofessionnelles par le questionnaire, et la conduite d'entretiens semi-directifs.

Comme l'étude s'inscrit dans la l'identification des modèles théoriques de santé, des modèles de formation et du processus d'apprentissage à travers la professionnalisation par la recherche en formation initiale des agents socio-sanitaires, la collecte des informations sur le terrain a été précédée de trois (3) études exploratoires au niveau des écoles concernées pour situer son importance et ses objectifs.

### **3.2. BASE D'ECHANTILLONNAGE**

La recherche consiste à travailler sur les obstacles et les leviers (ou considérés comme tels par les formés) de terrain à la mise en œuvre de dispositif de professionnalisation par la recherche. Elle est centrée sur les agents socio-sanitaires en formation initiale (étudiants/enseignants et les institutions dirigeantes).

#### **3.2.1. L'univers professionnel de l'enquête**

Les étudiants du secteur public sont au nombre de 1513 et ceux du secteur privé sont au nombre de 5760, (cf. base de données informatisées du MSP/DRHF 2012), soit au total : 7273 étudiants de toutes filières pédagogiques confondues.

Les enseignants du secteur public de formation paramédicale, sont au nombre de 65 enseignants permanents, 38 enseignants vacataires, soit au total : 103 enseignants toutes filières confondues. Les enseignants du secteur privé au nombre de quarante-huit (48) enseignants permanents et soixante-neuf (69) enseignants vacataires, soit : 134 enseignants, (cf. base de données du MSP/DRHF), ciblés dans un environnement professionnel physique composé de : cinq (05) établissements publics en santé et vingt-quatre (24) établissements privés en santé.

Et enfin, trois 03 facultés dont deux (02) facultés publiques formant des médecins généralistes et des techniciens supérieurs en Technique biomédicale de l'Université de N'Djaména et d'Abéché. Une troisième faculté privée, jouant le rôle d'un centre hospitalier universitaire « Bon Samaritain » (CHU/BS) à N'Djaména formant aussi les médecins généralistes. Les enseignants de cette faculté sont tous des missionnaires venant d'Europe dont nous ignorons le nombre. Bref, ces données concernent l'ensemble du territoire national tchadien qui couvre une superficie d'environ 1.284.000km<sup>2</sup> et se subdivise en 23 Régions, 65 Départements et plus de 202 Sous-préfectures, (voir carte administrative du Tchad, annexe 11, P. 109).

L'hypothèse principale est formulé ainsi : La professionnalisation par la recherche aux méthodes Scientifiques d'une production de savoirs académiques, contribuerait au développement du processus d'acquisition de connaissances sur l'Agir professionnel des étudiants et des enseignants en formation initiale.

Le dispositif de recherche repose sur différentes étapes. Une revue de la littérature a permis de proposer l'analyse des informations recueillies par questionnaires, une modélisation des

références théoriques de la deuxième partie, comme matrice d'analyse de contenu des entretiens réalisés auprès des professionnels.

### **3.2.2. Les objectifs**

La question de la pertinence des réformes de l'enseignement en formation initiale de santé dans un cadre d'approche par compétences en cours de réforme au Tchad, permet de formuler trois objectifs pour ce travail de thèse:

1. Dans le cadre de la formation par la recherche des étudiants socio sanitaires, identifier les modèles théoriques qui permettent l'acquisition des savoirs nécessaires au développement des compétences professionnelles en recherche ;
2. Repérer et modéliser les références théoriques convoquées pour la mise en œuvre d'une action de recherche par les étudiants socio-sanitaires ;
3. Caractériser les capacités de problématisation des pratiques professionnelles par la recherche.

### **3.2.3. La population cible**

La population concernée par l'enquête, est constituée de : 1513 étudiants paramédicaux du secteur public et 5760 étudiants paramédicaux du secteur privé, soit au total : 7273 apprenants pour l'ensemble des établissements d'enseignement professionnel en santé au Tchad.

Notons également, 52 enseignants permanents du supérieur, 43 vacataires et missionnaires de la Faculté de la santé humaine de N'Djaména, soit au total : 95 enseignants qualifiés du (public).

### **3.2.4. L'échantillonnage/échantillon**

Vingt-neuf (29) écoles ont été retenues ou sélectionnées aléatoirement pour participer à la recherche, au regard des critères suivants :

- ***Critères d'inclusion***

Le critère qui a guidé le choix des institutions est le recours dans leur totalité et de manière active à la formation des agents socio-sanitaires. Le but étant qu'elles aient de la matière pour s'exprimer sur des modèles théoriques de santé, en formation initiale en général et sur le développement de compétences professionnelles par la recherche en particulier permettant à produire de savoirs scientifiques, l'analyse critique et le positionnement sur le processus

d'apprentissage de l'agir professionnel. Ces acteurs relèvent du domaine de la santé, de l'action sociale, des institutions de la formation et de la recherche.

Cette variété de population permet une pluralité de regards et d'approches par compétences dans l'appréhension et la perception des questions qui ont été posées au regard de l'enseignement des modèles théoriques de santé et le mode d'appropriation de savoirs savants et de connaissances professionnels par l'apprentissage en formation.

- ***Critères d'exclusion***

Les établissements n'ayant pas antérieurement dispensé les enseignements dans le domaine de la formation ainsi que de la santé, ne s'engageant pas dans l'enseignement conformément aux textes de la norme (textes officiels) en vigueur, sont à exclure, dans le souci d'éviter au maximum les biais dans les informations. Les données recueillies auprès de ces établissements lors des entretiens non semi-directifs vont être volontairement ignorées dans l'analyse de contenu et du traitement des données.

Sur les terrains de la recherche, le recueil de données est focalisé sur douze (12) établissements d'enseignement professionnel choisis aléatoirement de la capitale N'Djaména et de province dont cinq (05) publics et cinq (05) privés ou privés confessionnels en Santé et deux (02) établissements d'enseignement supérieur de l'Université de N'Djaména, dont une (01) faculté privée formant les médecins généralistes, une (01) faculté publique formant les médecins généralistes et les techniciens supérieurs en technique biomédicale, évoqué (voir tableau 22 et 23, suivants), de l'environnement physique retenu par la recherche est présenté ci-dessous :

**Tableau n°22.** Répartition des établissements paramédicaux publics et privés retenus

N° ordre	Localité	Etablissements	
		Public	Privé
01	N'DJAMENA	ENASS	ISSAT de N'Djaména
			ISPF de N'Djaména
			IFSI de N'Djaména
02	MOUNDOU	ERSAS	CEFOSAPRODEC/Moundou
			CFDSSM de Moundou
03	ABECHE	ERSAS	-
04	BILTINE	ERSAS	-
05	SARH	ERSAS	-

Légende : (-) : rien à marquer

Pour l'ensemble des 31 écoles de formations des agents socio sanitaires au Tchad, on note : 24 écoles privées, 05 écoles publiques (formation paramédicale) et 02 facultés de médecine et

technique biomédicale. Ainsi, les 12 écoles de formation initiale retenues pour l'enquête, on distingue : 05 établissements publics, 05 établissements privés, 01 établissement public d'enseignement supérieur et 01 établissement d'enseignement supérieur privé retenus que l'on voit dans les tableaux 18 et 19 mentionnés.

**Tableau n° 22.** Etablissements d'enseignement Supérieur retenus

N° ordre	Localité	Facultés	
		Public	Privé
01	Université de N'Djaména	Faculté des sciences de la santé (FSSH).	Faculté de médecine « CHU Bon Samaritain » (FMBS)

S'agissant de la population étudiée, une sélection aléatoire a été réalisée de la manière suivante :

- Vingt-cinq (25) apprenants par établissement d'enseignement donné, soit :  $25 \times 10 = 250$  apprenants paramédicaux de niveau 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année pour toutes les filières confondues privées et publiques;
- Vingt (20) étudiants des deux facultés pour le palier pédagogique, soit au total :  $20 \times 2 = 40$ ;
- Quatre (04) enseignants par établissement d'enseignement professionnel donné (paramédicaux et médicaux), soit :  $04 \times 12 = 48$  enseignants qualifiés de tout grade confondu ;
- Six (06) personnes des institutions dirigeantes pour les entretiens, soit au total 344 personnes retenues pour l'enquête, ce qui se résume :  $250 + 40 + 48 + 06 = 344$ .

### **3.2.5. Les outils de recueil des informations**

Deux outils ont permis de recueillir les informations nécessaires. Il s'agit précisément:

- Le questionnaire ;
- L'entretien semi-directif ;

Le questionnaire est un outil rigoureusement standardisé pour pouvoir prétendre comparer les réponses des sujets enquêtés. Il est destiné aux étudiants et aux formateurs de la population étudiée, comprend 16 items à questions ouvertes et fermées.

Le questionnaire donné à la variété de population composée d'étudiants, permet une pluralité de leurs regards et d'approches par compétences dans l'appréhension et la perception des questions qui ont été posées au regard de l'enseignement des modèles théoriques de santé et le

mode d'appropriation de savoirs académiques et de connaissances professionnels par l'apprentissage en formation.

Du côté des enseignants, nous collectons les informations avec le questionnaire pour comprendre quels sont les modèles de santé qu'ils mobilisent quand ils forment les étudiants et de comprendre quelle est leur perception sur ces modèles et la méthode pédagogique employée.

L'objectif est de recueillir les informations pour repérer le type de savoirs académiques à mobilisé par les enseignants dans le cadre de la formation par la recherche. Nous cherchons à faire le lien qu'il y a entre la formation par la recherche et les capacités à problématiser les actes professionnels.

Il a été aussi utilisé un guide d'entretien auprès des institutions dirigeantes. Le but des entretiens est de recueillir des informations sur la compréhension, la perception des références des modèles théoriques et d'échanger sur les dysfonctionnements qu'ils ont pu repérer dans le cadre d'une acquisition de savoirs en formation et les conditions qu'elles peuvent mettre ou ne peuvent pas mettre en œuvre pour y répondre. Le guide d'entretien comporte 04 sous items à questions ouvertes. La durée de l'entretien est de trente (30) à quarante-cinq minutes (45).

Les entretiens ont été conduits de la manière suivante :

- du choix de la population ;
- du lieu de l'entretien. Dans le bureau de la personne interviewée
- la présentation de l'enquêteur ;
- les procédures d'anonymat ;
- la fréquence de l'entretien : 1 fois
- la durée de l'entretien ; 30 minutes
- la prise de notes exhaustives et l'enregistrement par un dictaphone et
- l'écoute attentive etc.

Les entretiens semi-directifs auprès des personnes représentatives des institutions dirigeantes ont permis de recueillir leurs discours politiques sur les dysfonctionnements et les freins dans le système de formation et leur perception sur la l'application du processus d'apprentissage des modèles de santé pour permettre la professionnalisation des futurs cadres de santé.

### **3.2.6. Test du questionnaire**

Le questionnaire a été testé auprès de 30 personnes : 15 enseignants et 15 étudiants pour :

- Vérifier « sur le terrain » la fiabilité du questionnaire avant la collecte des données.

- Evaluer le niveau de compréhension des questions dans le sens où nous les avons élaborées : si le questionnaire « passe » bien ou « accroche » au passage ; et si les personnes interrogées coopèrent facilement ou sont méfiantes.

Aussi, nous avons organisé les étapes de ce test sur le principe de prise de contact avec certaines personnes ressources et les services statistiques sanitaires, qui ont de l'expérience dans le domaine, et qui par conséquent, ont permis de : délimiter le sujet de recherche ; découvrir et rassembler une revue documentaire; conduire une réflexion personnelle sur le sujet de thèse choisi ; établir le contact direct avec les personnes concernées et les personnes ressources.

Au cours de cette phase d'investigation, nous avons pu effectuer une série d'entretiens avec les institutions dirigeantes sur le terrain. De ce contact, il est noté que le sujet de cette recherche est sensible et d'actualité. Nos efforts sont restés tenus pour rassembler ce qui se présente à notre portée en vue de recueillir toute information pouvant nous aider à réaliser notre thèse dans le délai accordé pour le besoin de la cause.

### **3.3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

#### **3.3.1. L'enquête proprement dite et le recueil de données**

Pour la passation directe sur le terrain, une certaine démarche administrative et de civilité a été retenue et décrite ci-après :

L'obtention de note de service tenant lieu d'autorisation de recherche pour la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 1<sup>er</sup> février 2014, en vue de mener les enquêtes dans les établissements d'enseignement professionnel en santé au Tchad au titre de l'année 2013-2014, pour la première phase exploratoire a été réalisée pendant 3 mois, (annexe I, P. 1);

Ensuite, l'obtention d'une seconde note de service tenant lieu d'autorisation de recherche pour la période allant du 23 septembre 2014 au 28 février 2015 pour la deuxième phase de recueil des données sur le terrain est également effectuée pendant 6 mois, (annexe I, P. 2).

Il est procédé ensuite à la prise de rendez-vous avec les responsables respectifs des établissements et les étudiants paramédicaux de 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> année toutes filières confondues ainsi que les étudiants de médecine pour introduire le questionnaire d'enquête en main propre.

La rencontre directe avec la population impliquée à l'étude a permis de dispatcher les questionnaires en remettant main à main aux étudiants au cours d'une intervention en salle de

classe et aux enseignants. Deux questionnaires, de forme et de fond plus ou moins distincts ont été élaborés et remis par nous-mêmes aux étudiants et aux enseignants pour l'enquête.

Les exemplaires de questionnaire destinés aux enseignants ont été accompagnés d'une lettre explicative (annexe I, P. 3). Nous avons prié ceux-ci de les remplir soigneusement puis de les déposer à la Direction de leur établissement tout en leur fixant un délai de trois jours où nous sommes retournés les récupérer nous-mêmes.

La collecte des informations par l'entretien semi-directif auprès des personnes des institutions dirigeantes se fait par un entretien enregistré avec un appareil enregistreur dictaphone d'une durée minimum de trente (30) minutes, à quarante-cinq (45) minutes maximum. Pour des raisons que nous ignorons, tout le monde n'a pas répondu à notre rendez-vous pour les entretiens. Seules 04 personnes sur 06 ont accepté de nous faire passer les entretiens.

**Tableau n°23 : récapitulatif du déroulement d'enquête**

<b>Période</b> <b>Catégorie</b> <b>Agents socio-Sani.</b>	<b>1<sup>er</sup> novembre 2013 au</b> <b>1<sup>er</sup> février 2014 = 3</b> <b>mois.</b>	<b>15 septembre 2014 au</b> <b>28 février 2015 = 6</b> <b>mois.</b>	<b>10 septembre 2015 au</b> <b>30 mars 2016 = 8</b> <b>mois.</b>
Etudiants toute catégorie confondue (privés et publics au total 290)	-Dispatching de 290 questionnaires sur 12 établissements en province et à N'Djaména, étalé sur 3 mois. -Passage de récupération et dépouillement.	-Compilation et traitement de données. -Deux passages dans 2 établissements trois fois chacun pendant 6 mois pour observation participante de 3 jrs par mois à N'Djaména. -Rédaction	-Régulation et correction des travaux de thèse avec le Co-directeur 2 fois par mois durant les 6 mois.
Enseignants secteurs public et privé tous niveaux au total 48	-48 dispatchés à l'ensemble des enseignants sur 12 établissements, (détails tableaux n° : 25 et 26, P., 210-211). -Rédaction.	-Idem. -Rédaction de la thèse	-Régulation des travaux auprès des enseignants pour complément d'informations (1) fois tous les (2) mois, durant 6 mois
Personnes des institutions dirigeantes	-Prise de contact pour un rendez-vous, un mois avant les personnes les entretiens. -Les entretiens ont eu lieu 1 mois après le RDV. -Quatre (4) personnes ont répondu au RDV, un (1) entretien a eu lieu, toutes 2 semaines par personne, durée 45 mn pendant 2 mois.	-Pas de passage des entretiens auprès (4) professionnels des institutions dirigeantes. -Phase retranscription et transcription des entretiens.	-Passage après les retranscriptions pour la validation des entretiens. -Régulation des travaux.



Il s'agit de mettre en évidence la perception des enquêtés sur des modèles théoriques, au-delà des actions réalisées et organisées de façon signifiante, et de l'activité de ceux-ci qui englobe ces actions professionnelles. Les intentions engagées dans la pratique professionnalisation deviennent alors des éléments sur lesquels vont porter la recherche. En effet, ce que fait le sujet apprenant n'est pas réductible à une procédure rationnellement élaborée et suivie. La notion de l'Agir ou agir professionnellement, « c'est s'engager totalement ; c'est faire ; c'est dire et c'est penser tout à la fois dans une situation professionnelle donnée », (St-Arnaud, 1994) et (Vial, 2005). Dans un souci de rendre compte de « l'unité du faire et du dire » (Barbier, cité par Jorro, 2002a, p. 16), mais aussi du penser, les perspectives de recherche ont été envisagées à l'aune de ce qui peut être « intelligible, descriptible, analysable, observable, racontable », (Eymard, 2003, p. 61) au sujet des pratiques professionnelles.

### **3.3.2. Le traitement de données**

Le traitement des données des entretiens repose sur l'analyse de contenu de (Bardin, L. 2007). Ce choix est fondé sur l'intérêt que revêt l'information contenue dans le discours des personnels à l'occasion de l'introduction des entretiens et aux réponses des étudiants et enseignants par le questionnaire. L'exploitation de cette information permet en effet d'en « dégager le sens », selon (Mucchielli, 2007).

L'analyse des entretiens auprès des institutions dirigeantes a été faite à partir du corpus lexical des verbatim des discours compréhensifs intégralement retranscrits des discours des personnes des institutions dirigeantes (voir : annexe 7, P. 79). Un inventaire et une classification des éléments thématiques retrouvés dans les entretiens, en catégorie thématique ou en unités sémantiques de signification de sens, de longueur variable, ont été réalisés. A l'issue de cette procédure de « catégorisation-comparaison » (Mucchielli, 2007), la matrice d'analyse spécifique à chaque entretien, a regroupé ces unités signifiantes, en fonction des différentes modélisations théoriques.

Une matrice d'analyse thématique est élaborée pour les quatre (04) entretiens réalisés auprès des institutions sur les 06 personnes retenues pour l'enquête. Des indices lexicaux ont également été isolés, conduisant au repérage de variables (thèmes). Des propositions ou inférences logiques se rapportant à des données théoriques ou contextuelles, toujours avec l'envie d'identifier les modèles sous-jacents aux pratiques et d'attribuer à celles-ci une inscription théorique. De cette façon, deux types d'analyse ont été possibles : l'une thématique ou indicateur a été prédominante et apparaissent aux tableaux des résultats statistiques (volume annexe 3, P. 12-74), l'autre liée à la déclaration ou à l'expression et

apparaissent dans les discours de l'entretien avec les personnes des institutions dirigeantes enquêtées (voir volume annexe 7, P. 84).

Pour cette opération, signalons que nous avons distribué 290 exemplaires du questionnaire aux enseignants et aux étudiants. Nous avons récupéré 227 exemplaires répondus, soit 78.27%. Le dépouillement est manuel dans un premier temps et ensuite par le logiciel **Alceste**. Ces données sont présentées sous formes de tableau statistique en ce qui concerne les informations recueillies par le questionnaire, (volume, annexe 3). Ainsi, la mise en œuvre s'articule autour des rubriques suivantes : la conduite de l'enquête et la revue documentaire.

### **3.3.3. Description des répondants**

Etant donné l'hétérogénéité de la population étudiée, le questionnaire a été élaboré en respectant les catégories socio professionnelles, les étudiants et les enseignants.

Le questionnaire comporte deux parties : une partie signalétique et une partie interrogative. La partie signalétique couvre les points de 1, 2 et 3, tandis que celle interrogative qui va de 4 à 16 items ou indicateurs, tient lieu de cadre de référence aux étudiants et aux enseignants, à y apporter leur réponse ou avis (voir annexe n° 3, P. 12).

**Tableau n°24** : La passation des questionnaires aux étudiants médicaux et paramédicaux (publics, privés)

N°. Ordre	Etablissements	Expl. distribué	Expl. récupéré	Expl. Non récupéré	% expl. retourné	% expl. non récupéré	% Réponse
01	Public	190	160	30	84.2%	15.8%	100%
02	Privé	100	67	33	67%	33%	100%
<b>Total</b>		<b>290</b>	<b>227</b>	<b>63</b>	<b>78.28%</b>	<b>21.72%</b>	<b>100%</b>

Il est à noter que les écoles publiques ont rempli 160 exemplaires de questionnaires sur 190 au total, soit 84.2% des répondants. De même, les écoles privées ont rempli 67 exemplaires sur un total de 100, soit 67%. Globalement 227 exemplaires de questionnaires remplis, soit **78.28%** des répondants étudiants. Les 30 exemplaires chez les publics et 33 exemplaires chez les privés de questionnaires non répondus ne représentent qu'une proportion infime des répondants.

**Tableau n° 25 : La distribution de questionnaires aux enseignants par établissement**

N° ordre	Ville	Etablissement	Expl. distribué.	Expl. récupéré	Expl. non retourné	% Expl. Récupéré	% Expl. non retourné	% réponse
01	N'Djaména	ENASS	05	03	02	60%	40%	100%
02	N'Djaména	ISPF	04	04	00	100%	00%	100%
03	N'Djaména	ISAT/TOUMAÏ	06	05	01	75%	25%	100%
04	N'Djaména	IFSI	05	05	00	100%	00%	100%
05	Moundou	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
06	Moundou	CEFOSAPRODEC	04	03	01	75%	25%	100%
07	Moundou	CFDSSM	04	02	02	50%	50%	100%
08	Abéché	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
09	Biltine	ERSAS	04	01	03	25%	75%	100%
10	Sarh	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
11	N'Djaména	FSSH	04	02	02	50%	50%	100%
12	N'Djaména	CHU/WALIA	00	00	00	00%	00%	00%
<b>Total</b>			<b>48</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>64.6%</b>	<b>35.4%</b>	<b>100%</b>

De ce tableau n° 26 ci-dessus, ils ressortent 31 exemplaires récupérés sur 48 exemplaires de questionnaire qui ont été introduits, soit un pourcentage de 64.6%. On note 17exemplaires de questionnaire introduits n'ont pas été rendus. Soit un pourcentage global de 35.4% des enseignants des différentes écoles qui n'ont effectivement pas rendus les exemplaires de questionnaire. Compte tenu du spécimen d'échantillon représentatif précité, nous estimons que l'utilisation de notre instrument d'enquête a requis un pourcentage (**64.6%**) tout de même représentatif chez les enseignants, pour nous permettre de parvenir à des résultats fiables.

Dans le questionnaire, la partie signalétique couvre les questions numérotées de 1 à 3. Cette partie nous a permis de déterminer le nombre et la localisation des écoles, le nom et le statut des établissements d'enseignement (public ou privé), l'âge des répondants et également leur statut socio professionnel (filière).

C'est ainsi que, nous avons pu dénombrés 05 villes : N'Djaména, Moundou, Abéché, Biltine et Sarh correspondants aux 05 établissements publics d'enseignement paramédical, et 05 établissements privés d'enseignement paramédical et nous notons 02 établissements supérieurs d'enseignement médical dont l'un est public et l'autre est privé, d'où 250 étudiants paramédicaux, 40 étudiants médicaux, 48 enseignants paramédicaux et médicaux recrutés, sont répartis sur tous les 12 établissements retenus (voir tableau n°25 et n°26 ci-dessus). Et enfin, 06 personnes des institutions dirigeantes retenues pour un entretien, soit au total 344 personnes impliquées à l'étude.

Dans la partie interrogative, les questions sont numérotées de 4 à 16. Cette partie nous a permis également d'analyser les aspects de notre étude présentés en plusieurs tableaux allant du tableau signalétique n° 1 des étudiants au tableau n°14 des répondants étudiants comme les

enseignants, (voir annexe n° : 3, P. 12) et de même par l'analyse lexicale des entretiens avec les personnes des institutions dirigeantes pour dégager le sens à notre étude réalisée selon la méthode de l'analyse de contenu de (Mucchielli, A. 2007 et Bardin, L., 2007) qui viendra ultérieurement, (annexe n° 7, P. 78).

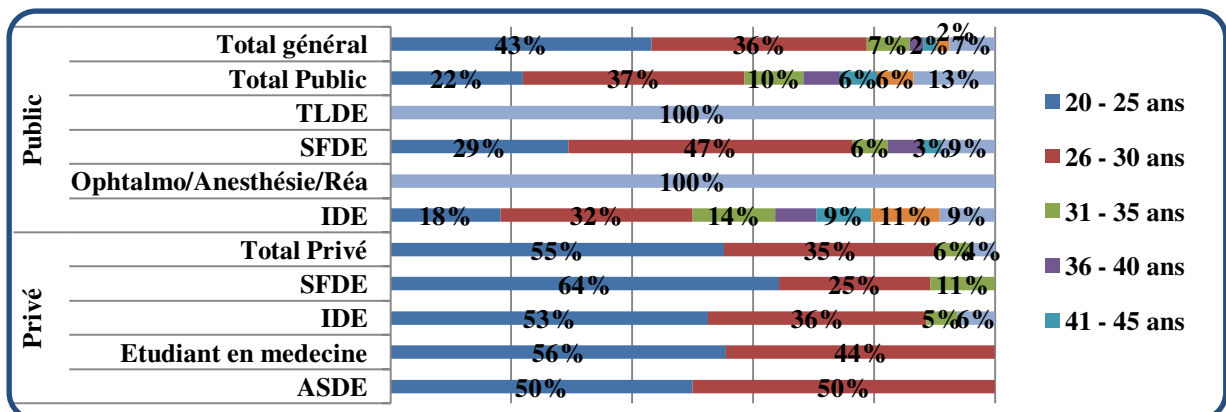
### 3.3.4. Description de la population à l'étude

La population enquêtée compte 227 étudiants répondants sur 290 qui ont été sollicités et 31 enseignants répondants sur 48 sollicités en formation initiale des établissements d'enseignement professionnel de la ville de N'Djamena et de province qui suivent. Il s'agit de :

- Assistants Socio sanitaire Diplômés d'Etat (ASDE) : 2 étudiants enquêtés dans le privé ;
- Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) : 141 étudiants enquêtés dont 44 dans le public et 97 dans le privé;
- Techniciens de Laboratoire diplômés d'Etat (TLDE) : 2 étudiants enquêtés dans le public ;
- Sages-femmes Diplômés d'Etat (SFDE) : 62 étudiants enquêtés dont 34 dans le public ;
- Etudiants en formation spécialisée (ophtalmologie, Anesthésie/réanimation, etc.) : 2 étudiants enquêtés dans le public ;
- Etudiants en médecine : 18 enquêtés dans le privé ;
- Personnes des institutions dirigeantes : 4 personnes sur 6 personnes qui ont sollicitées pour des entretiens semi-directifs.

- *La population des étudiants*

**Tableau signalétique n° 26:** répartition de la population des répondants étudiants par statut de l'établissement (privé/public), par statut professionnel (filère) et par âge

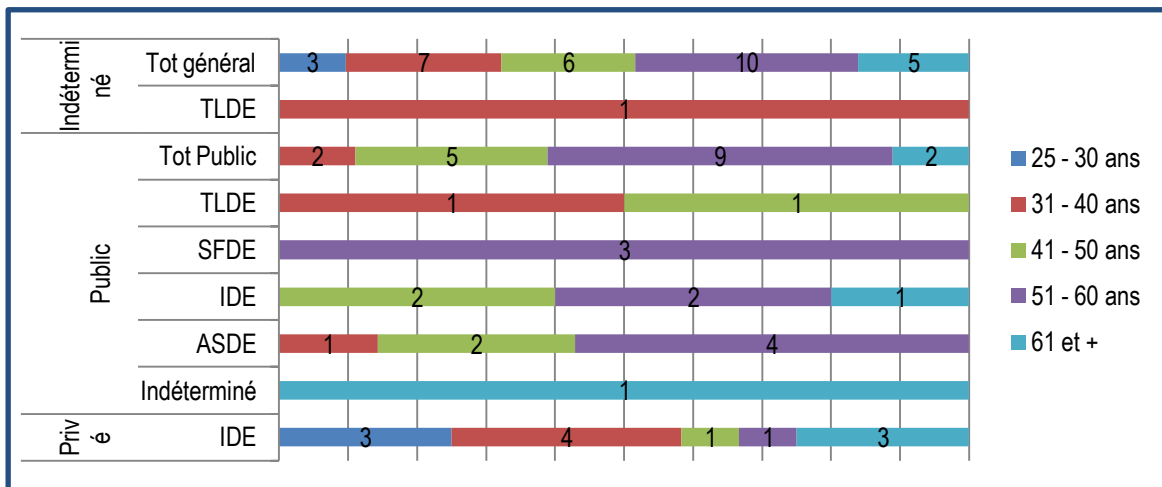


Sur l'ensemble des personnes enquêtées tableau n° 30 ci-dessous, 43% ont entre 20 et 25 ans, 36% entre 26 et 30 ans, 7% sont âgées de 31 à 35 ans et 7% n'ont pas indiqué leur âge. De même, les techniciens de laboratoire diplômés d'état et les techniciens d'ophtalmologie, d'anesthésie et réanimation n'ont pas indiqué leur âge.

Dans les établissements privés, plus de la moitié des étudiants 55% ont entre 20 et 25 ans dont 66% dans la filière sage-femme diplômés d'état et 56% en médecine. On remarque également la présence des personnes âgées de plus de 40 ans dans les filières IDE et SFDE respectivement 20% et 3%. Les informations sont présentées essentiellement sous forme des tableaux en annexe 1 et 1 bis, (voir annexe n° : 3, P. 37-68), et graphiques concernant étudiants et enseignants, suivis de brèves interprétations permettant d'approfondir l'analyse de contenu.

- *La population des enseignants*

**Tableau signalétique n° 27:** répartition de la population des répondants par statut de l'établissement (public/privé), statut professionnel (filière) et par tranche d'âge des enseignants



Dix (10) enseignants sur 31 soit 32% ont un âge compris 51 et 60 ans ; 7 ont un âge compris entre 31 et 40 ans ; 6 ont un âge compris entre 41 et 50 ans ; 5 sont âgés d'au moins 61 ans et seulement 3 sont âgés de 25 à 30 ans. Dans le secteur public, les 9 enseignants les plus âgés se trouvent dans la tranche de 51 à 60 ans et les 2 plus jeunes se trouvent dans la tranche d'âge 25 à 30 ans ; dans le privé, il existe 3 enseignants les plus jeunes qui ont un âge compris entre 25 et 30 ans et 3 autres plus âgés qui se trouvent dans la tranche de 61 ans et plus. Cependant, un enseignant intervenant dans la filière TLDE a un âge compris entre 31 et 40 ans et qui n'a pas déterminé son statut. Un autre également dans le public n'a pas indiqué s'il intervenait dans telle ou telles filières bâtonnet en bleu à la page suivante, (voir tableau n° 28) ci-dessus.

### **3.4. PRINCIPAUX RESULTATS**

Il n'y a de recherche que par restitution écrite des résultats. La singularité de l'écriture, dans la recherche descriptive de cette thèse, réside dans la mise en évidence pour autrui du processus emprunté par le formé. Cette recherche se veut professionnelle. C'est bien le chemin que nous prenons qui intéresse le public lecteur. Dans ce qui peut avoir de généralisable et d'empathique. L'écriture, outil de communication différée, ne peut s'appuyer comme l'oral sur des indexations situationnelles ou des gestes. Soulignons qu'il s'agit d'une écriture d'un genre particulier, qui n'est ni descriptive, ni proprement narrative mais qui doit quand même comporter des éléments susceptibles de faire comprendre au lecteur sur quel objet de modèle théorique et pratique de santé ou du processus d'apprentissage porte la recherche.

L'écriture nous engage dans nos choix pratiques et dans la justification. Elle expose celui qui écrit au regard et au jugement de l'autre. Et donc, elle entraîne un travail plus ciblé et plus d'explicitation, d'argumentation et de recherche des implicites dans les choix d'orientation méthodologique et d'action. N'oublions pas que toute écriture, quelle que soit sa forme, a une fonction épistémique qui fait dire Emmanuel Berle, (1992, p. 27) : « J'écris non pas pour dire ce que je pense, mais pour le savoir ». C'est-à-dire que l'écriture dans sa manifestation concrète, produit pour nous, de la pensée nouvelle, une découverte de ce que nous n'avions jusqu'à présent pas dévoilé, pas vu, ou tout simplement l'organisation en traces des mots appelle des formes de pensée inédites.

#### **3.4.1. La perception du concept de santé**

Les étudiants et les enseignants ont un rôle actif, qui est largement prédéterminé par tous les professionnels de santé à jouer, et qui engage leur responsabilité. Aussi, bien que l'approche de la santé soit plus holistique que dans le modèle biomédical, en appréhendant la santé dans sa globalité et en plaçant la personne au centre de la prise en charge médicale.

Le caractère latent de la santé en formation initiale que devaient comprendre les étudiants et les formateurs par le biais de la professionnalisation par la recherche, nous rappelle qu'il n'existe pas de normes universelles permettant une définition univoque et qu'il ne suffit pas toujours de ne pas être malade pour se sentir en santé. Car la santé « se ressent, s'éprouve », (Lecorps, 2001).

### 3.4.2. La perception des étudiants

La santé est un concept diversement apprécié par les agents socio sanitaires. Sur l'ensemble des 227 personnes répondantes dans le cadre de cette enquête, 60% perçoivent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique ; 30% comme une absence de maladie dans le corps de l'homme ; et 5% la perçoivent comme une expérience de vie individuelle ou collective intégrant les réalités de la vie que celle de la mort. Cependant, 5% n'ont pu se prononcer sur cette question, (annexe 3: 1.4 et 1.4 bis P. 46).

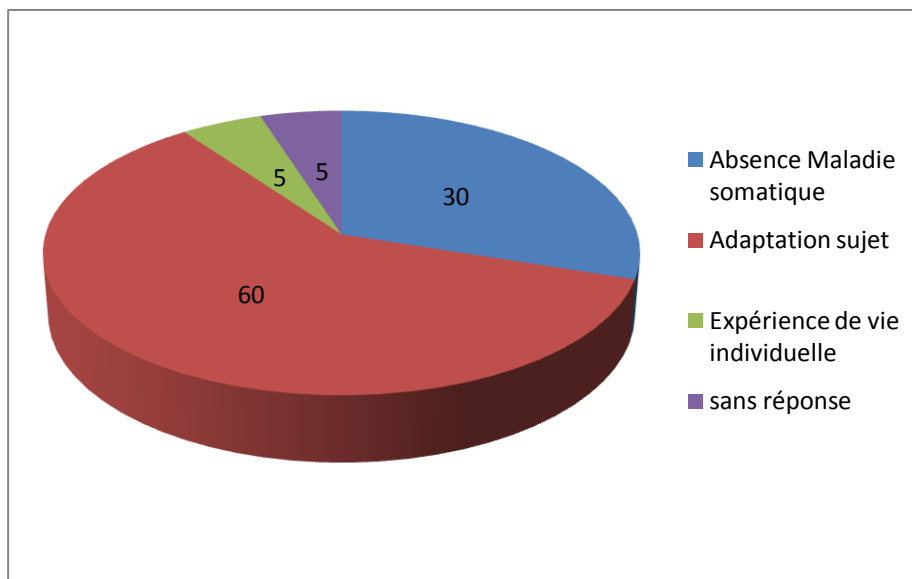


Figure 23 : le diagramme de la perception que les étudiants ont de la santé.

La perception de la santé varie selon que l'étudiant est dans une filière du secteur privé ou public. Dans le premier cas, 65% des étudiants perçoivent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique contre 51% dans le second cas. On remarque que 100% des assistants sociaux diplômés d'Etat et les étudiants en formation spécialisée en ophtalmologie, anesthésie et réanimation définissent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique.

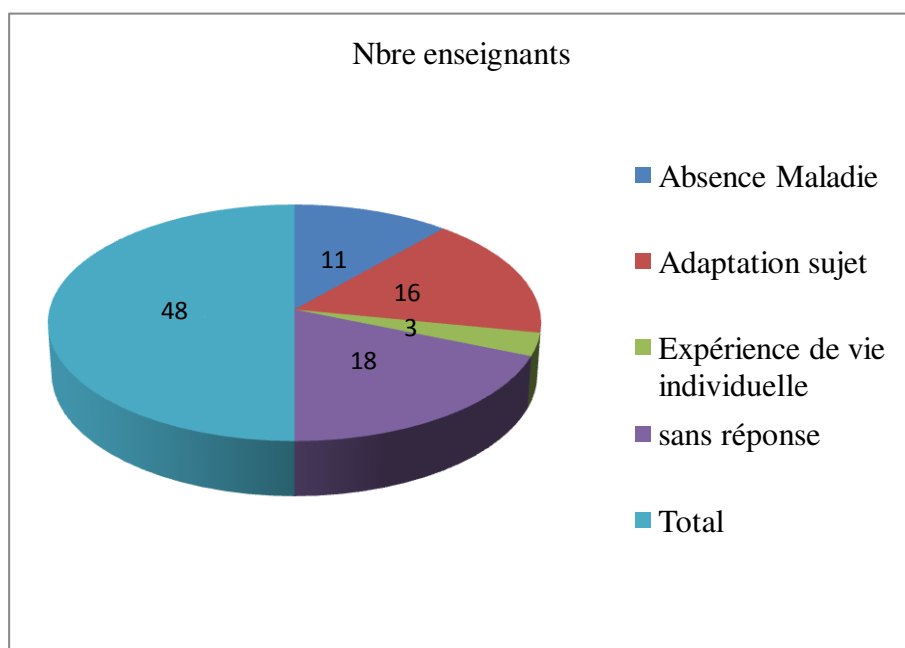
### 3.4.3. La perception des enseignants

D'une manière générale, 47% des enseignants interrogés perçoivent l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé comme une plus-value qui peut accompagner les étudiants dans le processus d'acquisition de connaissances et de production de savoirs académiques, 45% le déclarent exemplaire. Seulement 4% des personnes interrogées

déclarent inexistant cet enseignement dans les programmes de formation des écoles de santé, 2% le trouve corrompu ; et 2% autres des personnes interrogées ne se sont pas prononcées.

Cette tendance traduit la disposition favorable des répondants envers l'enseignement des modèles de santé d'autant plus par opposition à celle de l'enseignement d'aujourd'hui. Leur préférence se justifie, car ils veulent que les étudiants aient de bonnes appréhensions des modèles théoriques de santé dans le système de formation professionnelle.

Dans le secteur public tout comme dans le privé, une proportion importante d'individus trouve cet enseignement juste et exemplaire, respectivement 52% et 44% pour un enseignement juste plus-value et 37% et 46% autres pour un enseignement exemplaire, mais pas du tout mobilisés dans les programmes de l'enseignement théorique des écoles de santé, (annexe 3 : 2.4 et 2.4 bis, P. 66).



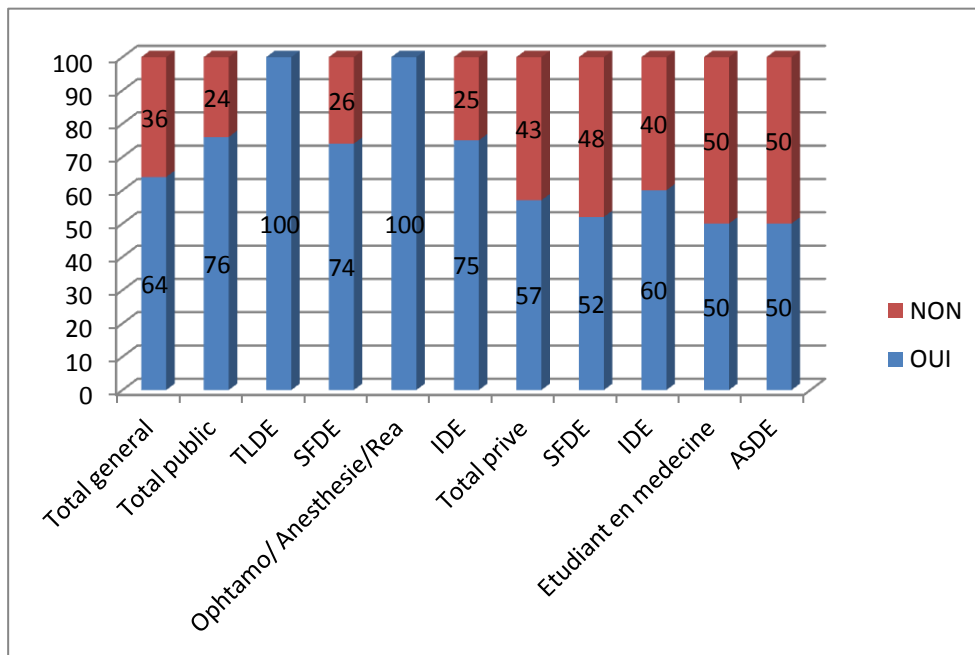
*Figure 24 : le diagramme de la perception que les enseignants ont de la santé.*

#### **3.4.4. Les contenus des programmes de formation des différents établissements**

Ce phénomène constitue l'une des causes du dysfonctionnement du système éducatif des établissements d'enseignement professionnel. Tous les partenaires de la formation sont ici interpellés pour rétablir le contenu des programmes en formation initiale au niveau des établissements d'enseignement professionnel pour une bonne approche de la professionnalisation par la recherche, déclaration des enquêtés tableau 29 ci-dessous.



**Figure 28 :** déclaration des enseignants et étudiants sur le contenu des programmes de formation.



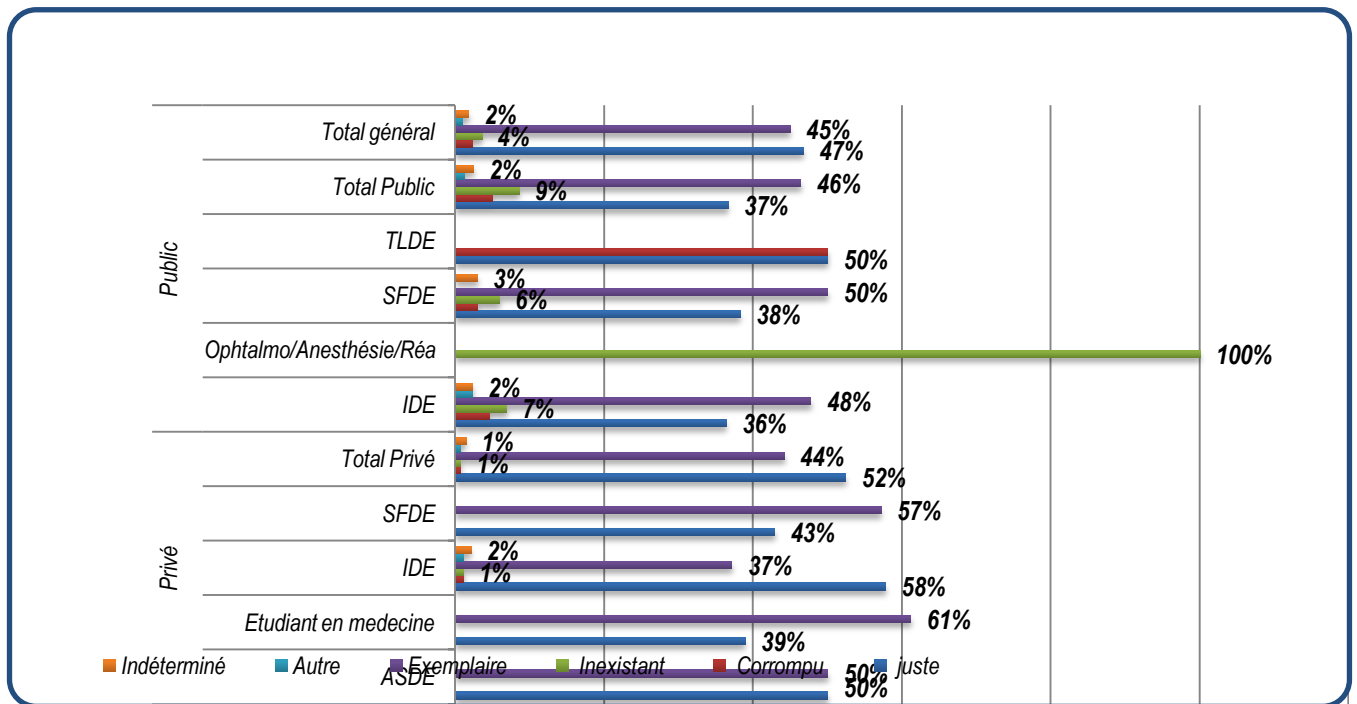
Il ressort clairement du tableau 28 ci-dessus, que 64% (bleu) de l'ensemble des étudiants répondants indiquent que le contenu des programmes diffère selon les établissements de formation initiale; 36% (rouge) déclare qu'il n'y a pas de différence. 76% des étudiants du public et 57% du privé affirment qu'il existe des différences du contenu des programmes de formation qui ne s'adaptent pas aux réalités. Selon les filières de formation, on remarque que les étudiants affirment (à plus de 50%) qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation chez les assistants sociaux (ASDE). En médecine les avis des étudiants sont partagés (50% pour et 50% contre).

Cette différence du contenu des programmes questionne sur la manière dont les enseignants transmettent cet enseignement et les modèles théoriques qu'ils mobilisent pour former.

### 3.4.5. Perception des répondants sur l'enseignement des modèles théoriques de santé mobilisés.

Les avis des enquêtés sont certes partagés, toutefois il faut reconnaître que de l'analyse de ces données dans le tableau 30, il se dégage des proportions non négligeables des répondants qui perçoivent l'enseignement des modèles théoriques de santé en panne, soit inexistants dans toutes ses dimensions ; cela se vérifie par le gâchis, (mauvaise qualité de prestation des professionnels) qui est en permanence dans l'environnement scolaire et professionnel.

Figure n°29: perception de l'enseignement des modèles théoriques de santé



La figure n°29 ci-dessus montre que d'une manière générale, 47% des personnes interrogées perçoivent l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé comme juste plus-value et 45% le trouvent exemplaire mais, très peu mobilisés. Seulement 4% des personnes interrogées déclarent inexistant l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé dans les écoles, 2% le trouve corrompu et 2% autres des personnes interrogées ne se sont pas prononcées. Dans le secteur public tout comme dans le privé, une proportion importante d'individus trouve cet enseignement juste et exemplaire, respectivement 52% et 44% pour un enseignement juste et 37% et 46% pour un enseignement exemplaire qu'il faut entretenir.

L'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé est perçu plus généralement comme un enseignement professionnel juste et diversement mobilisés par les établissements d'enseignement en santé. Cela est exprimé à 61% des opinions contre 36% qui pensent que c'est un enseignement professionnel exemplaire et 3% des opinions non déterminées.

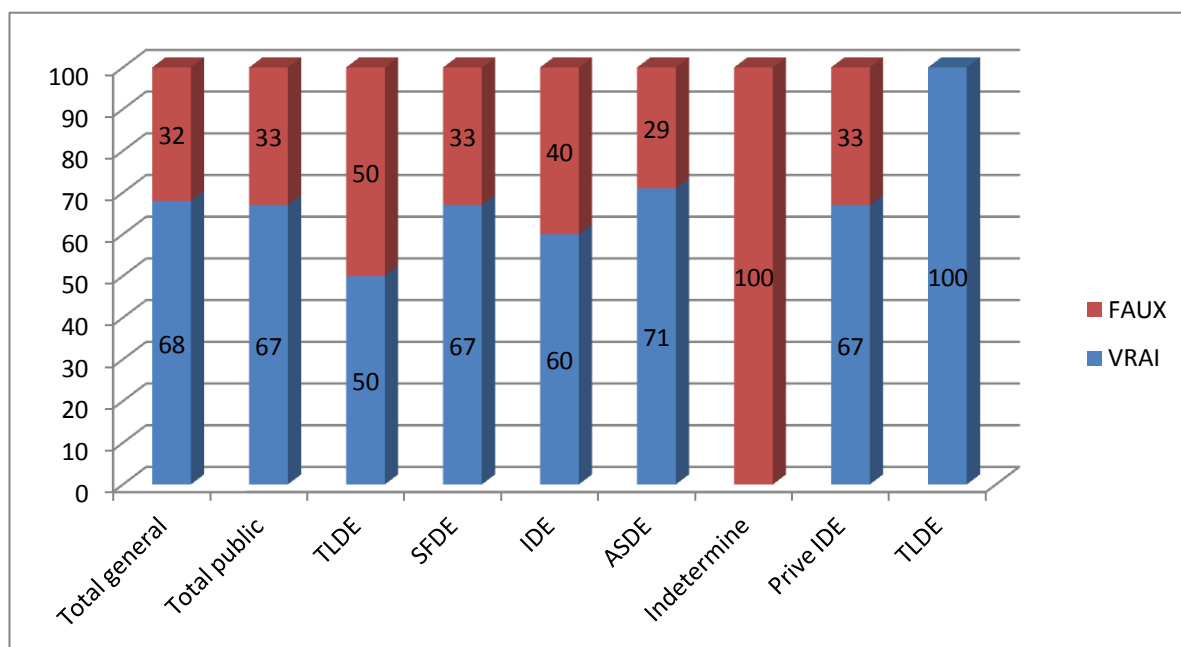
Plus d'opinions du secteur public 72% perçoivent l'enseignement des modèles et pratiques de santé juste, 22% le perçoivent exemplaire alors que les opinions du privé n'ont pu se départager. 50% le trouvent juste et 50% le trouvent exemplaire.

Nous en voulons pour preuve, la révélation de la problématique de notre thème sur le point problématique et synthèse, de la première partie évoquée ci-haut.

### 3.4.6. L'absence de mobilisation du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé

L'absence du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé peut-elle influencer négativement la valeur de l'enseignement en vue de l'accompagnement de l'étudiant par les enseignants? Il est à noter que des réponses apportées, selon les filières, la proportion des répondants enseignants qui ont estimé qu'il y a une cruelle absence de mobilisation du processus d'apprentissage des modèles de santé en vue d'accompagner les étudiants, tableau 30 ci-dessous.

**Figure n°30 :** les effets de l'absence des enseignements du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé en vue de l'accompagnement des étudiants.



Les enquêtés confirment cette idée à 50% chez les enseignants du secteur public de la filière TLDE et 50% également chez les enseignants de la filière des SFDE du même secteur.

Cette absence entache la crédibilité de l'enseignement et l'enseignant se sentant lésé n'assume que ses heures au lieu d'assurer un enseignement pour l'accompagnement des étudiants vers une professionnalisation. Delà, l'enseignement ne devient plus un métier choisi par vocation mais, pour un besoin pécuniaire. 60% des répondants chez les IDE public, 67% chez les SFDE et IDE privé et 100% chez les enseignants des TLDE qui émettent des avis contraires.

Au regard des réponses, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils n'ont pas bien saisi le sens de la question posée. Dans les faits par le passé, ces enseignants n'ont pas mobilisé les enseignements des modèles théoriques de santé dans leur pratique d'enseignement.

Il faut reconnaître que l'absence de mobilisation du processus d'apprentissage peut être préjudiciable à la valeur de l'enseignement, de l'étudiant et de l'enseignant. L'enseignant ne pourra pas transmettre un bon message et le processus d'apprentissage ne peut se passer correctement.

On remarque que les enseignants de la filière IDE tant dans le public 60% que dans le privé 67% déclarent que l'absence des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant. D'une manière générale, 68% des enseignants disent que l'absence des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant contre 32% de l'ensemble des enquêtés.

Lorsque les enseignants inscrivent les actions d'enseignement théorique dans les modélisations (Eymard, 2010), associant le comportement par l'exposé avec développement du sujet et le comportement par l'action avec développement du sujet, elles s'appliquent à transmettre des informations et savoirs académiques validés scientifiquement. Pour Carré, et Caspar, (2011, p. 514), l'écoute est de grande importance. Car, c'est par l'écoute que l'on comprend l'autre et que, dans un petit groupe, si l'on souhaite construire une avancée collective par rapport à une visée commune, chaque personne devrait passer plus de temps à écouter les autres qu'à présenter sa propre vision des choses. Cela répond aux besoins et à la demande des étudiants, « elles adaptent l'exposé ou l'activité corporelle à leur développement cognitif et/ou émotionnel », admet (Eymard, 2010). C'est notamment vrai pour l'exposition des savoirs biomédicaux ou biopsychosociaux selon le modèle de santé dans lequel s'inscrit l'action éducative.

Les enseignants dans ce cas pourraient miser alors sur la pédagogie du contrat, pour soutenir l'appropriation des savoirs susceptibles de conduire les étudiants à acquérir de savoirs professionnels, faisant sens pour eux et visant un développement de compétences plus ou moins totale et accrue. Ils prennent donc ainsi en compte le ressenti et les connaissances préalables, théoriques, pratiques ou expérientielles des étudiants, mais visent aussi la transformation cognitive et représentative qui peuvent constituer un obstacle aux apprentissages (cf. Eymard, 2010).

Le partenariat entre étudiant et formateur facilite l'engagement cognitif et affectif des étudiants et le renforcement des comportements adaptés permettent d'atteindre les objectifs fixés. Les étudiants selon (Eymard, 2010), ont une position plus active et la posture des enseignants se caractérise par une volonté de négociation. Des gestes de conseil ou de

guidance de type accompagnement d'adaptation s'ajoutent à des gestes de soutien ou d'encouragement, soutient l'auteur.

Les modélisations qui parle du Développement du sujet et Béhaviorisme par l'exposé avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial et Béhaviorisme par l'action avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial, donne la posture de transmission de savoir aux enseignants, se caractérise par une volonté de négociation. Des gestes de conseil ou de guidance de type d'accompagnement, d'adaptation s'ajoutent donc à de gestes de soutien ou d'encouragement des étudiants dans la démarche de l'apprentissage qui aurait pu être appliqués.

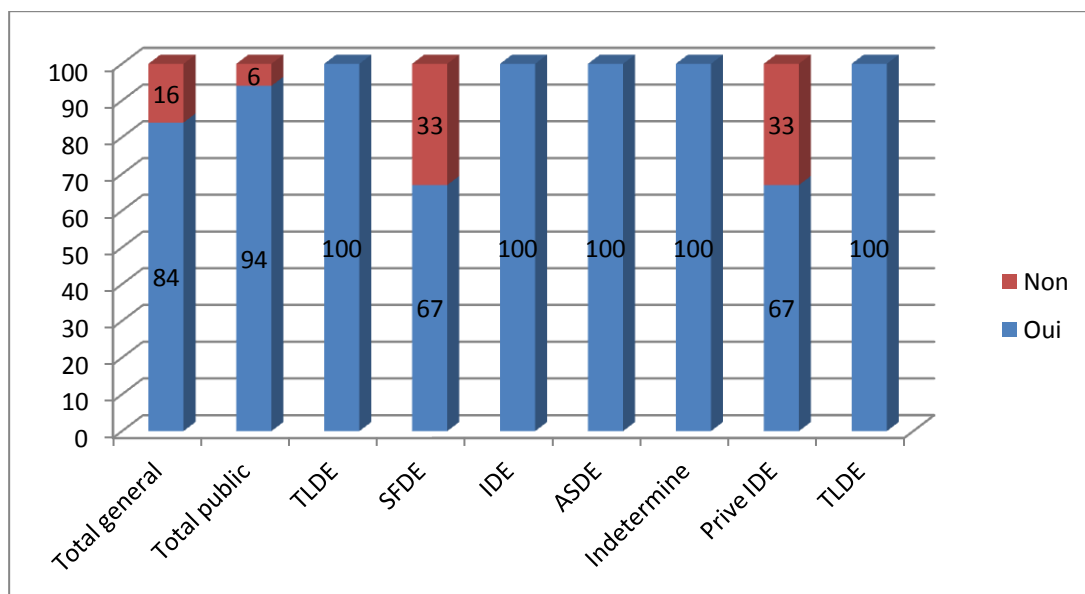
Avec la modélisation qui occulte le Développement du sujet associant le Béhaviorisme par l'action aux prises avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial, montre l'approche néo béhavioriste qui valorise l'expérimentation et la répétition d'exercices, ainsi que l'élaboration de savoirs d'expérience (Eymard, 2010), qui sont considérées comme des moyens de renforcer l'acquisition des compétences adéquates à une situation donnée. Cette approche est utilisée pour les étudiants qui participent aux séances de cours magistral en formation initiale.

Nous pouvons conclure après l'analyse du tableau n°34 de la page précédente, que 50% des répondants soutiennent que la mobilisation du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé est méconnue par la plupart des enseignants et mérite d'être innovée afin qu'elle soit d'utilité publique.

### **3.4.7. Les rapports entre l'enseignant et l'agir professionnel**

Les réponses négatives sur la question de la confiance qu'ils s'accordent dans la transmission des savoirs, traduisent la méfiance des enseignants vis-à-vis des apprenants. Il est à noter que la méfiance est plus observée dans les établissements publics que privés, dans le tableau 32 ci-dessous.

**Figure n°31 :** déclaration des enseignants sur la manière dont ils se font confiance dans la transmission de savoirs, savoir-faire et savoir-être.



Nous avons posé la question sur les rapports de l'enseignant avec sa perception de son agir professionnel. Les résultats sont consignés dans le tableau n°31 ci-dessus. L'analyse montre que 84% des enseignants répondants affirment avoir confiance dans la manière dont ils transmettent le savoir, le savoir-faire et savoir être. Par ailleurs, 16% sont restés méfiants ainsi que 6% des enseignants du public. Egalement dans les filières SFDE et IDE du privé, il y a respectivement 1 et 4 enseignants soit 33% chacun.

Sur 31 enseignants interrogés, 15 n'ont pas répondu à la question (annexe 3 tableau n°2.13 et 2.13, p. 66). Les caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel souhaitées par les enseignants sont multiples et variées. Les enseignants souhaitent non seulement disposer d'une bibliothèque garnie et équipée, de matériels audio visuels pour être à la pointe de la nouvelle technologie. Mais aussi que soit vulgarisé l'enseignement par la méthode d'approche par compétence (APC). Les stages pratiques dans les hôpitaux et centres de santé doivent être organisés régulièrement suivant l'évolution du programme, les étapes pédagogiques et la collaboration des praticiens de santé dans les hôpitaux et centres de santé d'accueil.

- ***Les raisons pour lesquelles les enseignants se font confiance***

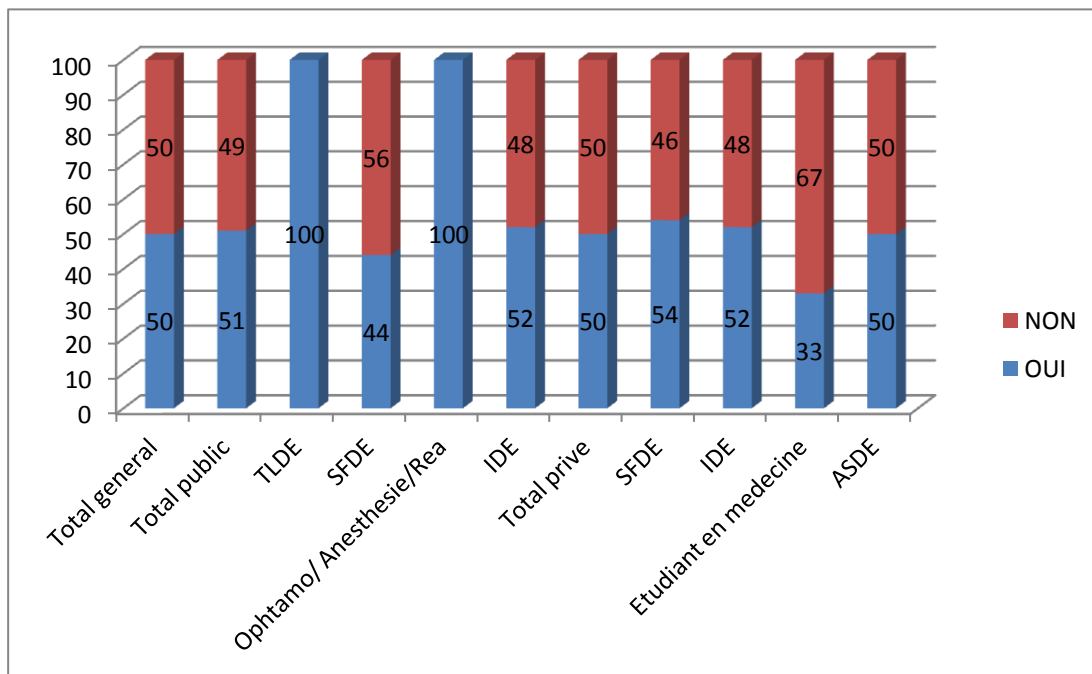
Sur les 26 enseignants qui déclarent se faire confiance, seuls 16 ont exprimé le bien fondé de leurs avis. Ceux-ci ont estimé que c'est sur la base d'un profil que les enseignants sont recrutés et que chacun d'eux dispose des compétences théoriques et pratiques nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche. Ils ajoutent par ailleurs que les étudiants sont très souvent satisfaits et cela s'observe à travers leurs résultats.

- ***Les raisons pour lesquelles les enseignants ne se font pas confiance***

Cinq (5) enseignants ont exprimé leur méfiance vis-à-vis de leurs collègues. Parmi eux, un seul a donné ses raisons (les enseignants nécessitent une formation de remise à niveau qui leur permettrait d'être à la pointe des nouveaux systèmes d'enseignement).

Tandis que du côté des étudiants, les déclarations diffèrent sur les rapports entre l'enseignant et sa pratique professionnelle (tableau 32 ci-dessous). Les réponses et avis des étudiants enquêtés sont partagés ; 50% d'entre eux affirment avoir l'impression que certains usagers (apprenants) des écoles en santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes et 50% affirment le contraire.

**Figure n°32 :** avis des étudiants sur la méfiance des pratiques de l'enseignement des enseignants.



Dans les deux secteurs, un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont affirmé avoir l'impression que certains étudiants de différentes écoles de santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes. Ces avis ont une proportion de 51% dans le public et 50% dans le privé. Les TLDE et les Techniciens en Ophtalmologie, Anesthésie et Réanimation sont tous d'avis qu'il y a de différence de contenu des programmes avec une proportion de 100%.

Toutefois, l'on remarque que les étudiants en médecine ont désapprouvé à 67% la déclaration selon laquelle certains usagers (apprenants) de santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes dans la plus part des établissements d'enseignement en santé.

A défaut de l'existence de telles analyses, nous faisons l'hypothèse (tableau 33), que la relation de formation peut-être observée sous l'angle de deux rapports fondamentaux « un rapport aux savoirs et un rapport au pouvoir, paraissent recouvrir un certain nombre de faits relationnels ordonnant les rapports qui s'établissent entre le formateur et les personnes en formation ». (Lesne, 1994, p. 34-35). Ces deux rapports fondamentaux constituent une structure dynamique sous-jacents à la relation de formation immédiatement observable et souvent décrite d'un point de vue purement empirique ou normatif (le fameux couple formateur-formé), la vérité de l'interaction recouverte par « la relation pédagogique » (Ibid., 1994, p. 34), ne résident jamais tout entière dans cette interaction.

Ainsi, le rapport au savoir concerne les conceptions et les options relatives aux contenus que véhicule tout acte de formation : savoir au sens large du terme et recouvrant l'habituelle trilogie des savoirs, savoir-faire, et savoir-être, ainsi que toutes les formes issues de l'imagination pédagogique (savoir devenir, savoir se situer et même apprendre à apprendre...), une manière d'agir, de penser ou de percevoir, les connaissances de type scientifique, économique ou politique.

Ce rapport au savoir peut être conçu soit comme un rapport avec la connaissance produite par la société savante et qu'il convient de diffuser dans la société, soit comme un rapport avec le savoir partagé d'une certaine façon par toute la société dont il faut mettre en relation les différentes dépositaires, soit comme un rapport de production personnelle du savoir par l'appropriation de constructions théoriques empruntées à la société savante pour favoriser les ruptures et les reconstructions dans l'univers personnel de la connaissance.

Quant au rapport au pouvoir, il concerne les conceptions et formes de pouvoir que prend la relation formateur-personnes en formation. Ces formes de pouvoir sont les spécifications que prend, dans la situation pédagogique, la « possibilité d'Agir professionnellement » (Ibid., p. 35) socialement conférée aux formateurs de par leur place dans la relation de formation et à l'ensemble des acteurs de cette situation. Cette possibilité d'agir que relève l'auteur, peut être exercée directement (coercition), être acceptée (autorité), être exercée sans que ceux qui la subissent s'en rendent compte (manipulation). On peut chercher à la limiter au cadre de la situation pédagogique, en tant que mode de régulation ou qu'objectif pédagogique immédiat ; viser à préparer des manières d'être socialement par une manière d'être pédagogiquement et constituer le point d'appui d'une appropriation cognitive de la réalité.

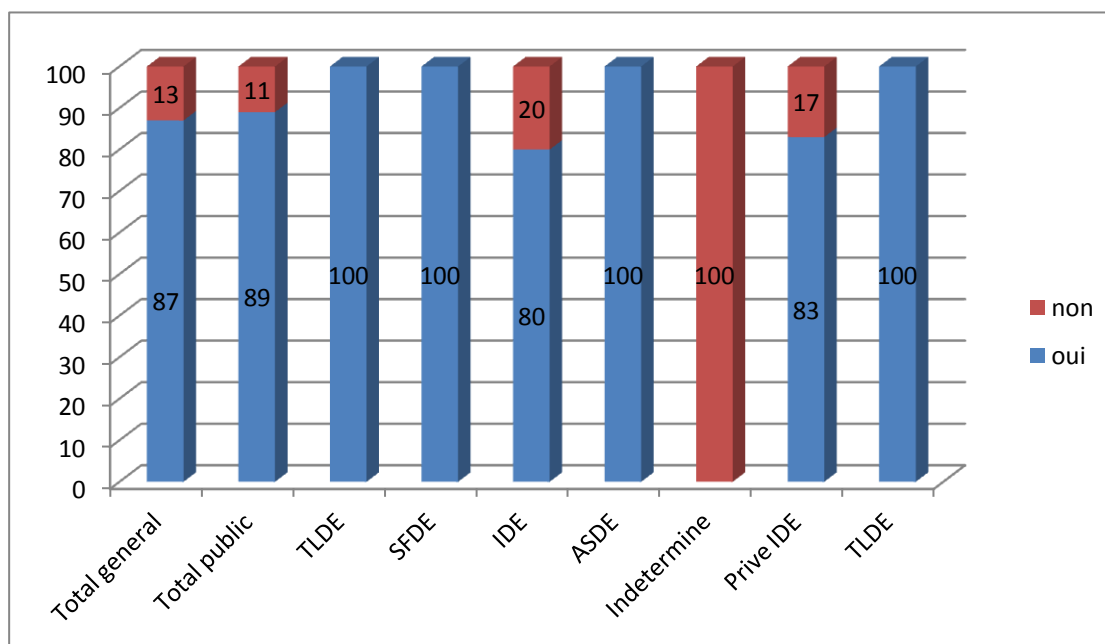
Deux mots qui s'entrelacent et s'enrobert mutuellement dans le processus d'apprentissage des modèles théoriques pour une professionnalisation par la recherche : lieu de transmission de



savoirs, lieu d'organisation et de gestion de l'acte de formation. La situation de formation repose sur des relations dites pédagogiques où se manifestent toujours un savoir du formateur (en tant qu'il possède des connaissances ou des attitudes permettant à d'autres connaissances de se développer ou à d'autres attitudes de naître ou de s'affirmer à son contact) et un pouvoir du formateur (en tant que droit capacité, possibilité d'induire une adhésion à des normes, à des savoirs ou à des attitudes qu'il présente ou qu'il représente) même si le formateur veut le partager ou se défend de l'exercer : ce pouvoir est toujours socialement reconnu, conféré ou concédé, sa négociation totale entraînant fatalement la négation même de l'acte de formation. Pour nous, en considérant ces deux rapports au niveau de la pédagogie, nous considérons les formes de filtrage culturel (distribution du savoir), ainsi que les possibilités d'agir (répartition du pouvoir) qui se rencontrent dans la vie sociale et professionnelle réelle des agents socio-sanitaires en formation.

### 3.4.8. La perception des répondants sur la réforme du système éducatif actuel

**Figure n°33 :** Point de vue des étudiants et des enseignants sur la réforme du système pédagogique actuel



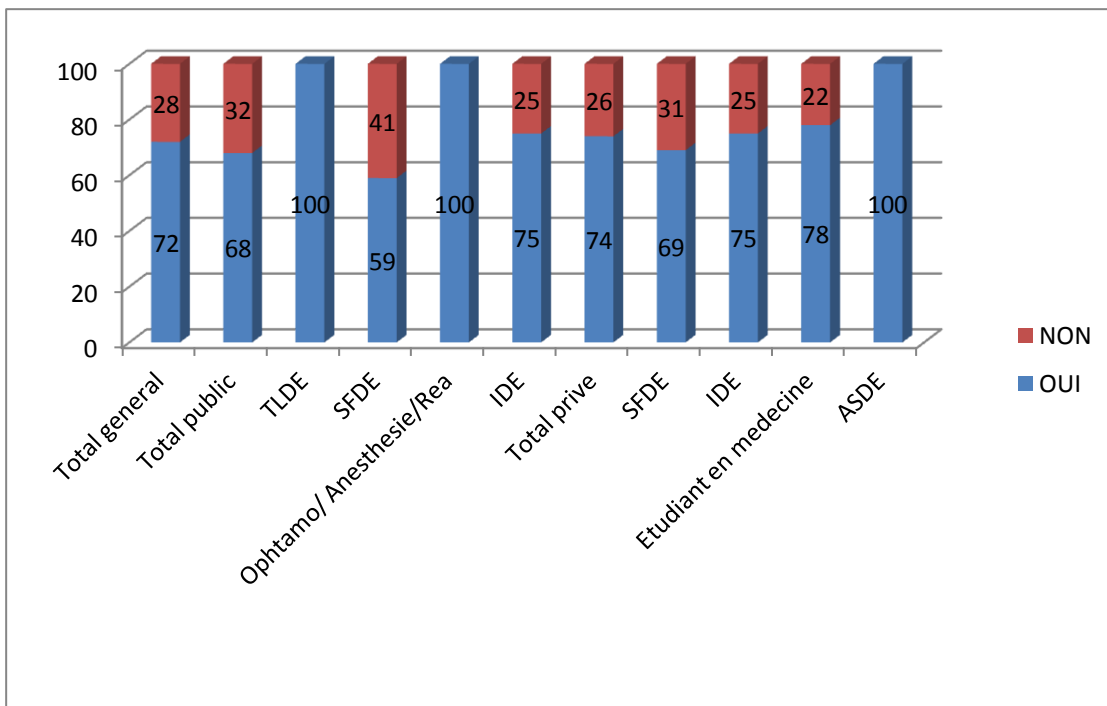
D'une manière générale, 87% des répondants étudiants acceptent la réforme du système pédagogique actuel contre 13%. Les étudiants du secteur public sont du même avis (soient 89% contre 11%), qu'ils soient TLDE 100%, SFDE 100% et IDE 80% contre 20 qui souhaitent garder le système actuel comme tel. Dans le secteur du privé 83% oui contre 17% non, les TLDE à 100% dans le secteur privé disent oui à la réforme du système pédagogique.

Ce taux élevé des réponses favorables montre bien que les répondants souhaitent que l'enseignement Tchadien en matière de santé ait son autorité (capacité professionnelle) pour un encadrement efficace des étudiants.

### 3.4.9. La perception de la professionnalisation par la recherche

L'idée de professionnalisation par la recherche à travers le système éducatif est approuvée à 72% par les étudiants des écoles de formation des agents socio-sanitaires contre seulement 28% d'opinions défavorables.

**Figure n°34 :** Avis sur la professionnalisation par la recherche à travers le système éducatif actuel



La comparaison (tableau n° 34 ci-dessus) selon le secteur, montre que les étudiants du privé (74%) adhèrent plus que ceux du public (68%) à cette idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel. Les étudiants des différentes filières ont apprécié diversement cette idée. Ainsi, les TLDE et les ASDE sont entièrement favorables (100%) ; les étudiants en médecine le sont à 78% ; les IDE qu'ils soient du public ou du privé le sont à 75% et les SFDE sont elles, favorables à 69% dans le privé et 59% dans le public. Cet engouement dans la déclaration des enquêtés montre que ceux-ci désirent ardemment se professionnaliser à travers la formation par la recherche avec une nouvelle méthode d'enseignement des modèles théoriques et du processus d'apprentissage. La notion de soin professionnel s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit

pour se soigner » comme il a été explicité plus dans la revue documentaire de littérature au chapitre précédent. Il s'agit de soins professionnels liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé », (Dictionnaire des soins infirmiers, Masson, 2005). Tout cela se résume à une prise en main de la formation initiale des agents soignants par la recherche de modèle théorique dans les établissements d'enseignement professionnel en sciences de la santé. Cette ébauche sur la professionnalisation par la recherche est un élément du programme des études universitaires. Dans les modalités, l'initiation à la démarche de recherche est souvent associée au travail de mémoire professionnel de fin d'études demandé lors de la troisième année dans nos établissements d'enseignement: les écoles régionales de santé et des affaires sociales (ERSAS) et la Faculté des Sciences de la Santé Humaine (FSSH), lieux de ce travail. Le chapitre sur la professionnalisation par la recherche en formation initiale est élaboré pour aviser tout lecteur qu'il soit cadres formateurs ou professionnels en cours d'emploi intervenant dans le processus d'apprentissage des étudiants, en partenariat avec l'équipe pédagogique qui participe à l'accompagnement des travaux et aux soutenances des mémoires. De plus, le contexte réglementaire lié au travail de fin d'études a changé au Tchad.

En France par exemple, le travail de mémoire devient, avec l'Arrêté du 6 septembre 2001, un travail individuel et est pris en compte dans la validation pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. Nous avons voulu débattre sur la professionnalisation par la Recherche avec les enseignants pour le compte des étudiants en fin d'année, ainsi qu'avec des professionnels de différents terrains de soins pour les 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>ème</sup> année. Nous nous sommes alors questionnés sur la définition de la professionnalisation par la recherche en santé, son histoire, ses finalités et buts, sur les modalités de son initiation, sur la théorie l'explicitant et l'identification du chercheur. Qui peut avoir un statut de chercheur? Comment? Qu'est-ce être chercheur en soin, chercheur, infirmier de recherche, etc.? Au niveau documentaire, nous avons découvert un certain nombre d'ouvrages et d'articles qui en parlent. La professionnalisation par la recherche se caractérise comme un objet de recherche complexe et polymorphe. Nous en sommes venus à nous interroger sur le sens actuel de la professionnalisation par la recherche en santé ? En lien avec l'évolution de la profession et de la reconnaissance identitaires des personnes en tant que professionnelles de santé. Quelles sont les raisons d'existence de la recherche en soins ? Mais, aussi de son initiation dans les écoles? Tout au long de la formation, les étudiants sont amenés à vivre différentes situations

qui entrent en jeu dans la construction théorique du processus de production de l'écriture scientifique de mémoires en fin de formation. La professionnalisation par la Recherche est considérée comme un outil de cette construction. Mais, comment y participe-t-elle? Quelles sont les finalités, les objectifs et les modalités de la Recherche dans la formation initiale en santé?

#### **3.4.10. Synthèse des résultats par questionnaire**

Cette présentation des principaux résultats de la recherche ne fait qu'esquisser les grandes classes de représentations de la professionnalité des agents socio-sanitaires dans le processus d'élaboration des écrits scientifiques, du (mémoire) professionnel. Les compétences de processus que l'on peut inférer à partir des « savoirs d'action » du discours professionnels, de distanciation, d'analyse et de réaction à des situations inédites, semblent sous-tendre des comportements et des situations différentes dans les trois classes mentionnées : prise de distance vis-à-vis de l'inédit et action pour le maîtriser par des choix adéquats dans les algorithmes d'actes ou, inversement, prise de distance vis-à-vis des modèles théoriques d'action et leur « infléchissement », pour les rendre adéquats à de situation professionnelle. Enfin, l'inédit est traité au niveau de la programmation (itération : programmation pratique-programmation) ou au niveau de la pratique enseignante (la production-transmission des savoirs d'action produisant des heuristiques susceptibles d'être mobilisées à l'avenir). Chaque résultat du corpus ou d'indicateur étudié constitue une variante de l'une de ces classes, une combinatoire inédite des éléments convergents spécifiques de cette classe. Pour conclure, on peut dire que l'analyse et l'interprétation des avis et perceptions des étudiants et enseignants sur la mobilisation de l'enseignement des modèles théoriques et du processus d'apprentissage a permis de faire apparaître :

- D'une part, les résultats de la formation initiale proposée dans les établissements d'enseignement professionnel, que nous pouvons interpréter comme des indices de l'acquisition des compétences du processus d'apprentissage ;
- et, d'autre part, la construction par les étudiants en formation initiale, de représentations différentes de la professionnalité enseignante, que nous pouvons interpréter comme des effets cognitifs de l'articulation de la formation en institution et du vécu de la pratique des enseignants.

Le processus de professionnalisation par la recherche qui dessine au croisement de la production de savoirs académiques ou d'action professionnelle et de la construction de

représentations de la professionnalité enseignante, marque de façon plus ou moins forte, le passage vers une image de soi comme praticien de l'acte didactique. Plus cette image de soi en tant que praticien de l'acte didactique est forte, plus elle semble s'accompagner d'un vécu affectif fort. Tout se passe comme si les affects fonctionnaient à la fois comme déclencheurs, cause favorisant de cette transformation de soi (en amont du processus de professionnalisation), et comme effet de ce processus.

### **3.5. ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES DES INSTITUTIONS DIRIGEANTES**

Ce travail sur la parole traduit en acte a pris appui sur une analyse du discours de verbatim des entretiens. Elle consiste en des opérations de découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon les regroupements analogiques », (Bardin, 1977, p. 207), en considérant les discours directs de significations manifestes. Selon l'auteur, ce qui est signifié (le contenu), permettant un classement par thème et ce qui est signifiant (le contenant), c'est-à-dire ce qui porte sur la manière d'aborder un problème, une situation pratique en formation.

#### **3.5.1. Le choix de l'analyse de contenu**

- *L'analyse thématique*

Le présent travail de thèse ne peut utiliser les extraits significatifs, pertinents dans l'ensemble du corpus retranscrit. Mais après avoir retranscrit, dans un premier temps, « la lecture flottante » selon (Bardin, 1977) a permis de dégager une catégorisation du discours à partir des dialogues issus des entretiens. Ainsi, les idées émises vont être retenues et organisées en « blocs signifiants » (Eymard, Thuillier, Vial, 2004, p. 118) et sont ensuite organisés en thématiques. Aussi, le traitement des messages manipulés à partir d'événements sélectionnés doit alors inférer<sup>84</sup> des connaissances sur ce qui est émis par les personnes des institutions dirigeantes. Il s'agit d'établir, « une correspondance entre les structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques ou sociologiques (ex. conduites, idéologies attitudes) des énoncés », (Bardin, 1977, p. 43). Pour d'autres, « l'imprévu, l'inattendu, seront pris en considération » (Eymard, Thuillier. et Vial, 2004). Chaque nouvelle thématique signifiante a été consignée jusqu'à ce que le critère de saturation de données soit satisfait.

#### **3.5.2. Les éléments de sens repérés dans le discours des personnes des institutions dirigeantes par des entretiens semi-directifs**

---

<sup>84</sup>L'inférence est une « opération logique, par laquelle on admet une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies » (Bardin, L., 1977, p. 43).

En général, les personnes des institutions dirigeantes, dans leur ensemble réagissent selon leurs pratiques habituelles en s'appuyant sur le modèle qui leur sert de guide ou cadre de travail. Cependant, leurs discours sont très souvent influencés par la pratique du terrain. Il se dégage de ces discours, les typologies ou éléments de sens qui suivent, qui font l'objet d'analyse de contenu de l'ensemble des informations retranscrites. Ces analyses et interprétations sont consignées sous un corpus affecté de numéros de ligne qui permet la référence et joint en annexes :

- La perception de l'être humain dans le concept des modèles théoriques de santé à mobiliser en formation;
- La perception du processus d'apprentissage de production de l'écriture scientifique (mémoire) en formation;
- Les obstacles de l'organisation de la formation à l'Agir professionnel des agents socio-sanitaires ;
- Les pistes de sorties
- Les freins au processus de la professionnalisation par la Recherche dans les Ecoles;

### **3.5.3. La présentation de l'analyse du discours des personnes des institutions dirigeantes**

Il émerge de l'analyse des résultats du discours des personnes des Institutions Dirigeantes, l'élément dominant, l'être humain qui s'inscrit fondamentalement dans le courant de pensée « holistique humaniste et interactionniste », que décrit (Beck, 1984) et la modélisation théorique de santé et du processus d'apprentissage de (Eymard, 2010) dans l'action pédagogique décrite précédemment dans la thèse.

La présentation des personnes des Institutions dirigeantes dans les analyses du discours issus des entretiens. Ces institutions dirigeantes sont désignées sous leur initiale : I.D.1, représente la première personne de l'institution dirigeante par l'I.D.2 ; l'I.D.3 et l'I.D.4.

Donc, ce sont les quatre personnes des institutions dirigeantes concernées par les entretiens semi-directifs, (voir la légende à la fin du paragraphe).

#### **❖ La perception de l'être humain dans le concept des modèles théoriques de santé à mobiliser en formation**

Avant d'appréhender les modèles de santé qui régissent les pratiques en lien avec le mode d'intervention qu'ils privilégient, il apparaît fondamental de repérer la perception sur l'être humain, car c'est la conception qu'on a de la personne humaine malade ou saine qui semble déterminer la relation d'aide qui lui est dévolue dans la recherche de sa prise en charge.

L'être humain est perçu comme un être complexe, multidimensionnel qui vit dans une société, d'où son aspect culturel, son histoire, ses projets sont en interaction dynamique avec son environnement. Il est également doté d'un héritage génétique dont il faut tenir compte dans les interactions avec son milieu de vie. Une des personnes (I.D.4, L., 773-780) développe en disant que « *c'est juste un partenaire qui vient vers nous avec un besoin ressenti, un partenaire en quête d'aide, un soutien alors cela nous renvoie dans la perception de l'être humain que l'être humain est vu comme un tout, un tout indivisible et un individu tout cours et qui aurait plusieurs dimensions qui renvoient aussi à l'enseignement de plusieurs modèles que nous avons reçus c'est-à-dire que l'être humain est vu dans sa dimension biologique, psychologique psychosociale, économique et voire spirituelle alors les différents modèles qui nous ont été enseignés depuis toujours il y a trois aspects le principal est le curatif dont nos pays ont tant besoin* ». En tant qu'être réfléchi doué de raisons, il lui est reconnu des droits et des devoirs, ainsi que des aspirations légitimes à un bien-être individuel et collectif. Il dispose aussi des potentiels et des ressources divers qui lui permettent de s'adapter dans un environnement.

En ce sens, il (L., 789-793) déclare que « *les programmes sont bâtis sur ces trois modèles plutôt, nous avons un modèle curatif, un modèle préventif et un modèle d'approche globalisante c'est-à-dire qui prend en même temps le préventif et le curatif autrement dit quand le patient se présente à nous ou à se présenter à l'apprenant nous cherchons à lui faire comprendre que derrière le patient il y a toute une communauté donc les interactions entre l'individu et sa communauté face à sa maladie sont de plus en plus vue et assaini à travers le programme et c'est justement ça* ». Il acquiert diverses expériences, et peut ainsi construire un projet de vie ; il possède des capacités et des facultés d'adaptation, actualisation ou de réalisation de soi, (Maslow, 1972). En interaction dynamique avec son environnement interne ou externe, il est exposé aux diverses influences de son milieu de vie. Il est ainsi source et bénéficiaire d'informations par rapport à son écosystème. Cette interaction détermine d'une certaine manière son état de santé, car il peut exister des tensions susceptibles de susciter des déséquilibres entre lui et son environnement, entraînant ainsi des besoins en matière de santé.

- ***Mode de travail pédagogique***

La perception des modèles de santé mobilisés dans l'enseignement, une des personnes rencontrées (I.D.1, L., 72-78) se prononce, « *bon moi, je crois que pour honorer vraiment les efforts du gouvernement de pouvoir prendre en charge le problème de santé de ses populations, je dirai comme ça, il faudrait qu'on mette l'accent sur l'aspect pratique. Il faut*

*vraiment mettre l'accent sur l'aspect pratique. Il ne s'agit pas seulement de bourrer les étudiants avec de théorie. Même si tu donnes de la théorie, il faudrait qu'à côté, quand même il importe souvent à un enseignant d'avoir l'expérience c'est pour cette raison, tu lis directement ce que tu as donné théoriquement ici, à ce que tu as observé sur le terrain ».*

Ainsi, se retrouve la modélisation au croisement des modèles constructivistes/socioconstructivistes, les associations (G) et (H) des tableaux 22 et 23 de la page précédente (p. 183-184) au chapitre de modélisation, au croisement des modèles constructivistes, où le formateur assume une fonction médiatrice et de Co-construction, visant le développement de potentialités par leur actualisation dans un contexte donné. Apprentissage et développement s'inscrivent alors dans une boucle récursive, où l'un et l'autre sont tour à tour cause et effet. Nous le voyons dans le discours d'un des sujets (I.D.1, L. 29-35), (voir la légende en fin de chapitre, p. 252), *« mais, la façon d'enseigner maintenant doit changer un peu en mettant beaucoup plus l'accent sur l'aspect théorique non sur l'aspect pratique. Je veux dire que sur l'aspect théorique pourquoi je dis ça, (euh) nous avons des étudiants maintenant qui viennent ici en première année qui se disent bacheliers mais qui n'arrivent même pas à s'exprimer en français comment vous pouvez imaginer un bachelier qui ne peut pas exprimer sa pensée alors là, quand l'enseignant se met à enseigner de la manière habituelle avec, [...] il est éloquent utilisant des mots qu'il faut ainsi de suite ».*

L'interdépendance entre le contexte personnel et les apprentissages permettent de comprendre les possibilités d'action des étudiants sur leur formation, mais aussi certains blocages cognitifs qui peuvent surgir sur le chemin de la formation, (Ibid. L., 35-39) *« je dirai que l'étudiant écoute même le son il n'arrive pas à comprendre bien le contenu même du cours parce qu'il est gêné par plusieurs mots utilisés par l'enseignant et que lui-même ne peut pas demander à l'enseignant qu'est-ce que ça veut dire tels mots ou tels autres, au moment où il est en train d'enseigner. Ce qui veut dire, d'une manière générale le cours n'est pas bien compris alors, il fallait changer la méthode même de communiquer ses connaissances aux étudiants ».* L'accompagnement de type autonome ou d'adaptation pédagogique (Eymard, C., 2010) des enseignants est essentiel et s'appuie sur des gestes d'écoute, de soutien à la fois émotionnel et d'estime, de bienveillance et d'empathie dans ces conditions de situations.

Avec le modèle biopsychosocial (BPS), l'accompagnement contribue à l'adaptation des étudiants à leur processus d'apprentissage ou à la construction de sens, en lien avec les savoirs académiques. Ils augmentent leur aptitude à devenir acteur de leur connaissance acquise en vue de la maintenir ou de l'améliorer.



Parlant de modèle biomédical (BM), l'objectif est de développer des connaissances biomédicales sur les pratiques et les techniques professionnelles, en vue d'améliorer la santé, dans les interactions avec l'enseignant et/ou le groupe des pairs.

La déclaration ou la perception d'une des personnes rencontrées (I.D.2, L., 423-428) sur sujet porte l'accent sur le passage d'une formation par objectif à une formation centrée sur les compétences, *«les modèles théoriques de santé reposent essentiellement sur nos cursus, sur nos différents curricula qui viennent d'être révisés, et dont la mise en œuvre va beaucoup plus. Par rapport à ce curricula qui commencerait cette année, mais, sinon c'était toujours l'approche par objectif qui a été toujours enseignée et nous basculons vers l'approche par compétences en prenant en compte cet aspect, cette approche a effectivement des exigences entre autre, même la formation des enseignants, des encadreurs ».*

Il (Ibid., L., 428-436) précise, plus loin en lien avec la formation à/par la recherche que *« jusque-là, il faut se dire qu'une formation qui repose essentiellement sur beaucoup d'expériences sur la recherche et là, je crois qu'un certain nombre d'éléments devront n'est-ce pas, être revus et corrigés par rapport à nos insuffisances, mais sinon jusque-là c'est une formation en alternance théorique/pratique, pratique sous-entend les TD/TP qui se font en salle de démonstration ici, et le suivi de stage entre les aspects que nous avons développés jusque-là. On a tenu compte puisque le cursus est de trois ans, la 1<sup>ère</sup> année la théorie prend à peu près 80% et les 20% sont réservés pour les pratiques. La 2<sup>ème</sup> année c'est fifty-fifty 50 % théorie et 50% pratique et la 3<sup>ème</sup> année, c'est l'inverse de la 1<sup>ère</sup> année 80 % de pratique et 20 % de théorie ».*

- **Les modèles en santé**

Le sujet (I.D.3, L., 608-612) déclare que sa *« perception de l'enseignement de modèles de santé dans les institutions de formation pour l'expérience que nous avons au niveau de la Faculté de médecine ici à N'Djaména, est un modèle à prédominance biomédical et l'aspect biopsychosocial est aussi pris en compte mais, la prédominance est biomédicale et nous n'avons pas encore une considération spécifique pour l'aspect global ou holistique. Donc notre expérience est surtout biomédicale ».*

L'application de l'enseignement théorique de modèle (BM) poursuit l' (I.D.3, L., 616-621), *«nous avons concrètement sur le terrain, c'est en 6<sup>ème</sup> année quant à nos étudiants qui doivent rédiger le mémoire, sont amenés pratiquement sur le terrain pour faire en général un mémoire d'études cliniques. Parce que malheureusement en ce qui concerne la recherche*

*fondamentale, nous ne sommes pas euh, assez outillés en médecine pour pouvoir faire de la recherche fondamentale. Nous faisons de la recherche clinique et ce type de la recherche clinique, pour nos mémoires de fin d'études cliniques s'inspirent aussi beaucoup plus du modèle biomédical, en notre expérience ».*

Dans le modèle du développement du sujet ou sujet autonome (SA), les apprenants se sentent suffisamment soutenues dans leur apprentissage pour décider de leur projet de production scientifique et des compétences qui leur sont nécessaires pour le mener à bien. Les interactions langagières entre les différents protagonistes des séances, en jouant un rôle sur la prise de conscience, rendent plus efficaces les apprentissages et favorisent leur opérationnalité. L'activité éducative et/ou formative s'appuie donc sur l'expérimentation et l'explicitation de l'action faite ou à faire. La théorie et la pratique ne sont pas dissociées et participent à la construction des apprentissages sans hiérarchisation. Les personnes des institutions dirigeantes enquêtées saisissent l'être humain tant d'un point de vue global, métaphysique, qu'ontologique ainsi admet l'(I.D.1, L., 11-15) que « *dans notre établissement nous avons le modèle classique comme vous le savez il faut enseigner les notions de base donc les notions biomédicales qu'on enseigne au départ appuyées un peu de notion générale de psychologie de sociologie de déontologie et éthique tout ça c'est pour permettre à l'étudiant de se retrouver dans le cadre de travail qui leur permettra d'exercer ce qu'on attend d'eux comme tâches* ».

Ainsi, d'une manière générale, la déclaration des personnes enquêtées s'inscrit sous un aspect biologique, psychologique, social et spirituel, en interaction avec l'environnement scolaire. Sur le plan métaphysique ou ontologique, il est défini selon son origine divine, en tant que créature de Dieu possédant un corps physique, un esprit, une âme. Nous avons pu identifier dans leur discours les éléments suivants : la conception holistique humaniste, sociale, métaphysique et spiritualiste, mécaniciste, organique et éthique sont un peu méconnus.

La conception de l'être humain qu'on pourrait rattacher à l'approche complexe de la santé dans les discours, est relativement évoquée par l'ensemble des personnes des institutions dirigeantes enquêtées. La perception mécaniciste et organiciste est faiblement évoquée par les interviewés. L'aspect holistique ou global de l'être humain semble dominer la conception de l'ensemble des enquêtés. L'être humain s'interroge toujours par ses origines. Même si les sciences tentent de donner des explications à propos des origines, il n'en demeure pas moins qu'il subsiste presque toujours quelques vestiges aporétiques qui font que des questionnements demeurent, et amènent encore certains à référer au sacré et au divin pour

définir l'être humain. En tout état de cause, quelle que soit la perception des uns et des autres, qu'ils s'agissent des étudiants en formation initiale en santé ou les professionnels, que cette conception de l'être humain soit du côté « ontologique, métaphysique, théologique ou autre, ce qui fait le sens semble être leur inscription paradigmatique des courants de pensée holistique-humaniste et interactionniste », (Beck, 1984).

Il serait très intéressant et constructif de croiser les informations des entretiens avec celles des questionnaires pour rechercher si une autre définition de la santé et son déploiement sont sous-tendus par la conception de l'être humain. Les données de l'entretien montrent une dominance du modèle global de la santé et de l'approche complexe de la santé par rapport au modèle biomédical qui aurait pu être mis en exergue par le questionnaire auprès des étudiants et enseignants.

Si le modèle global de la santé et l'approche complexe de la santé ont été amplement développés, c'est peut-être que les entretiens avaient été menés auprès des répondants qui ont un penchant beaucoup plus en formation dans les Etablissements d'enseignement professionnel souligne l' (I.D.4, L., 810-814) en ce terme, « *donc l'enseignement théorique aussi se colle à ce modèle n'est-ce pas, pour le préparer à ses tâches futures. Alors pour assurer cet enseignement théorique bien sûr, quand ce sont les aspects curatifs nous procédons à la théorie, on accorde un enseignement théorique puis les TD à l'école suivie des pratiques sur le terrain* ».

#### **❖ Du projet professionnel des étudiants au processus de production de savoirs académiques, (l'écriture scientifique de mémoire) en formation**

Dans le discours des personnes interviewées, les personnes des institutions dirigeantes à tous les niveaux, reconnaissent qu'il convient donc en tant qu'organisateur de la formation et du processus d'apprentissages délibérés, de développer une problématique du changement de comportement des étudiants en formation, en s'intéressant au fonctionnement du formé, en considérant son devenir qu'il est en train de construire, ses connaissances et ses compétences, c'est-à-dire susceptible de changer. Ce qui fait qu'ils pourraient établir des logiques entre les pratiques issues d'un projet professionnel et les modèles de santé existants en vue de problématiser une situation professionnelle dans un contexte donné.

C'est ce que nous fait comprendre le sujet (I.D.1, L., 85-92), au sujet de notion de professionnalisation par la recherche à travers l'écriture scientifique de mémoire que : « *le mémoire de fin d'études, ce document qui est rédigé par un étudiant et au cours de la*

*rédaction de ce mémoire, l'étudiant trouve l'occasion de bâtir de connaissances ; parce que généralement on leur demande par exemple, de choisir un thème ça veut dire quelque chose qui l'intéresse et il doit faire un exercice de recherche documentaire et puis essayer lui-même par sa capacité d'analyse de chercher à faire ce que lui, peut faire pour qu'enfin de compte qu'il soit fier de ce qu'il a fait. Vous savez bien que le mémoire comme je le disais tout à l'heure, c'est un document de recherche il y a aussi de mémoire dit compilation, là où l'étudiant est en train de ramasser les choses par ci par là et il le met mais le plus souvent il n'arrive pas à les mettre dans l'ordre voulu aussi ».*

Les entretiens réalisés se retrouvent sur l'intérêt d'un mémoire d'initiation à la recherche. Le discours du sujet (I.D.1., L., 93-97) est représentatif.

*Il déclare, « il y a aussi mémoire de recherche, et un mémoire d'analyse, mais le plus souvent dans notre cadre ici j'encourage souvent mes étudiants à faire le mémoire de recherche ; c'est-à-dire l'étudiant a perçu un problème, un problème de santé dans la communauté alors il faudrait qu'il choisisse son thème par rapport à ce sujet et il va traiter, analyser tout et mettre ses connaissances à la disposition d'un jury pour que le jury soit capable d'apprécier sa capacité d'analyse ».*

- ***Du modèle de formation pour une production (scientifique) de mémoire...***

Il est par ailleurs très difficile de rattacher telle logique de la production de projet scientifique professionnel à tel modèle de santé correspondant pour la production d'un mémoire de fin de formation.

*Pour les personnes, interrogées : « tout converge vers l'amélioration de l'état de santé de la population. Nous leur avons enseigné un modèle, c'est de connaître les différentes pathologies et on leur donne aussi une base épidémiologique qui leur permet donc de voir comment se distribue cette pathologie dans la population qui est affectée, qui est touchée et pourquoi, ainsi de suite, ainsi de suite [...]. Alors, si maintenant on leur demande de préparer un mémoire, nous voudrions bien que ils appliquent, ils choisissent parmi les pathologies qu'ils ont étudiées, il faudrait qu'ils choisissent une pathologie qui sévit dans la communauté avec une certaine ampleur parce que nous voudrions bien voir ça ; parce qu'on se retrouve finalement maintenant en santé mais pas en médecine seulement. Mais en santé donc, il faudrait que la pathologie qui frappe une population, la frappe comment ? D'une certaine ampleur et c'est ça qui attire un peu l'attention des gens et nous voudrions qu'ils travaillent dans ce sens parce que s'ils produisent ce mémoire, en principe ce mémoire peut être exploité par des personnes concernées ». (I.D.1, L., 102-113)*

Ce sujet (I.D.1, L., 114-119) confirme les propos en ces termes : *« ce que j'ai remarqué aussi, ces mémoires sont pris, ils ont déposé à la bibliothèque, je ne sais pas on a jamais envoyé un mémoire, par exemple on a envoyé un groupe d'étudiants à l'hôpital Mère et Enfant ils produisent un document dont le thème est intitulé peut-être prévalence de l'hémorragie de la délivrance peut-être quelque chose de ce genre. Mais s'il y a un mémoire,*

*le mémoire normalement un exemplaire devait être envoyé à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant, et les responsables peuvent lire et exploiter, voir et dire, ah bon ! La situation là est telle, voilà vous voyez comment est la chose [...] « Donc c'est dans ce sens-là que je voulais dire. Alors, nous accordons, moi particulièrement, quand un étudiant produit un mémoire j'aurais bien voulu une fois que le jury ait validé ce travail, on envoie un exemplaire là où ils ont fait leur recherche. Comme ça, cela constituerait aussi je ne sais pas vis-à-vis de l'institution dans lequel ils ont réalisé leur travail, ça va donc permettre de changer un peu le fusil d'épaule comme on a l'habitude de dire (rire). Donc la capitalisation des connaissances, parce qu'eux ils n'ont pas le temps de faire ça, ils sont là pour l'aspect clinique, disons beaucoup plus pour l'aspect clinique. tandis que l'étudiant il va voir ce se passe et va leur dire voilà ce que vous faites parce que ce que vous faites là est bon ou mauvais, j'ai rencontré des situations comme ça où les responsables même ne veulent pas que les étudiants traitent des thèmes comme prise en charge de quelque chose parce qu'ils pensent que en traitant ce thème, les étudiants seront obligés de critiquer une pratique donnée, mais alors finalement ça n'a plus de sens ! S'il fallait empêcher ces genre de choses, ça n'a plus de sens, or le but du mémoire c'est pour améliorer en fin de compte une situation. Voilà à peu près les soucis que vraiment qui me tente de temps en temps et que si ma voix puisse être entendue, saurait été bon qu'on applique ce genre de chose pour que les étudiants soient beaucoup plus pratiques», (Ibid., L., 120-133).*

- **...au questionnement d'un modèle de recherche**

Il se pose alors la question suivante : comment l'étudiant futur cadre soignant peut-il choisir un modèle de santé et conséquemment son mode d'intervention dans la production d'écriture scientifique, s'il n'a aucune connaissance approfondie de ce modèle et de ses présupposés théoriques qui doivent être issus d'un projet professionnel ou personnel. Or, il est établi que l'explicitation du modèle de santé sous-tend d'une certaine manière la posture épistémologique de tout projet professionnel, et que par ailleurs, la prise de conscience du modèle mobilisé par tout prestataire serait la condition nécessaire à « la détermination de son mode d'action » (Bury, 1988).

Sur ce point, un interviewé s'explique : « un modèle de la formation par la recherche en fait, c'est pour trouver des solutions à des problèmes, c'est déjà fondamental. Parce qu'en fait, on ne fait pas la recherche pour le plaisir de rechercher, c'est la base toujours d'un problème c'est peut-être des choses qu'on n'arrive pas à expliquer d'une manière scientifique, là effectivement on fait de la recherche pour résoudre effectivement un certain nombre de problèmes dans nos structures. Question banale, une structure où le taux de fréquentation est faible on doit se poser la question mais pourquoi ? Effectivement est-ce que c'est par rapport aux compétences de l'agent, est-ce que la population n'a pas été suffisamment informée sur certains nombre de ces aspects ? Effectivement voilà un peu le lien qui crève les yeux ». (I.D.2, L., 455-463)

L'explicitation des modèles de santé, tout en étant un élément fondateur d'une identité et compétence professionnelle du soignant, au-delà même de la professionnalité, crée dans une certaine mesure les projets professionnels. Cette richesse peut s'exprimer de soi-même dans l'écriture du mémoire.

Parce qu' « *Il faut se dire que les thèmes sont toujours et ont le lien déjà avec la recherche. Parce que quelqu'un qui n'est pas du domaine ne peut pas n'est-ce pas, mener la recherche dans ce domaine-là. Et faute des spécialistes en ce moment, sur la base déjà de ces mémoires dont x ou y, ils deviennent d'emblée des spécialistes compte tenu de l'insuffisance criante de nos professionnels. Et là je peux peut-être aller au-delà quand vous prenez les thèses de nos étudiants en médecine faute de spécialistes pour tel, pour avoir écrit et défendu une thèse sur tels aspects, faute justement de ces professionnels, je dirais certifiés ils font office de spécialistes dans ces domaines* », (I.D.2., L., 466-472).

L'explicitation des modèles de santé dans un projet professionnel pendant la formation des étudiants, peut faciliter dans une certaine mesure, une prise de conscience nécessaire à l'élaboration par le soignant en formation d'une approche complexe de la santé, élément fondamental dans la construction d'un projet professionnel, au-delà d'une identité ou d'une compétence professionnelle qu'approuvent les enquêtés.

« *L'application que nous avons concrètement sur le terrain, c'est en 6<sup>ème</sup> année quant à nos étudiants qui doivent rédiger le mémoire, sont amenés pratiquement sur le terrain pour faire en général un mémoire d'études cliniques. Parce que malheureusement, en ce qui concerne la recherche fondamentale, nous ne sommes pas euh, assez outillés en médecine pour pouvoir faire de la recherche fondamentale. Nous faisons de la recherche clinique et ce type de recherche clinique, pour nos mémoires de fin d'études cliniques s'inspirent aussi beaucoup plus du modèle biomédical, en notre expérience* », d'après l' (I.D.3, L., 615-621).

L'élaboration du projet professionnel en lien avec les modèles de santé lors de la formation par la recherche, semble s'inscrire dans un processus formatif qui vise entre autres, à conduire le futur professionnel de la santé au dépassement de la simple reproduction des modèles ou des gestes professionnels liés aux normes prescrites.

Pour cela, l'une des personnes interrogées le voit à sa juste valeur en déclarant : « *alors ma perception du mémoire ou de la thèse de fin d'études pour l'expérience que nous avons dans notre institution, c'est un moment capital. Je pense pour notre étudiant qui est en fin d'études de pouvoir appliquer le processus de la professionnalisation par la recherche est que nous en général, on propose qu'il choisisse un thème, un sujet sur lequel il veut travailler et puis il se rapproche d'un enseignant qui a de l'expérience dans le domaine, qui va l'aider, qui va le diriger pour terminer son mémoire. Bon, le mémoire est fondamental parce qu'il permet à l'étudiant de faire une recherche personnelle, certes guider pour les recherches bibliographiques, pour une confrontation avec d'autres écrits scientifiques du thème qu'il a et euh certains des étudiants par ce premier travail de recherche, peuvent aussi trouver la manière de pouvoir être disons mis sur le chemin d'une future spécialisation* », (I.D.3, L., 624-633).

Mais, la professionnalisation par la recherche permet davantage la mobilisation d'un système d'analyse complexe de situation professionnelle adaptée au contexte des soins de qualité. Il convient donc en tant qu'organisateur d'apprentissages délibérés, disent les répondants dans leur ensemble, de développer une problématique du changement des sujets apprenants :

*« Dans notre expérience concrète en médecine, oui ça arrive. Mais je pense que c'est encore plus vrai dans (euh), des formations socio sanitaires, dans des diplômes même s'ils sont plus courts que les diplômes de médecine générale, guident les étudiants vers la professionnalisation par la recherche, et je pense que c'est un moment fondamental et capital pour pousser même les apprenants à rester dans un domaine bien précis et aller au fond de cette logique. Nous avons par exemple, certains de nos infirmiers qui étaient des infirmiers diplômés d'Etat qui sont repartis sur le banc de l'école et euh, certains se passionnent pour l'enseignement, d'autres pour la clinique, d'autres encore optent pour être des cadres de santé. Tout cela part du travail de thèse qu'ils font, donc la recherche clarifie un peu la position de ces apprenants-là vers quelque chose qu'ils aimeraient faire plus que d'autres choses », (I.D.3., L., 642-651).*

En formation, certains projets permettent au sujet (apprenant) d'agir dans une direction construite dans l'interprétation des prescriptions légales et institutionnelles, ils sont « opérationnels », (Donnadieu, Genthon, Vial, 1998, pp. 94-95) ou désirés comme tels. Le professionnel dans la figure de l'acteur se mobilise au travers de ce projet-intention. C'est un projet professionnel pour faire quelque chose de plus ou moins clair, prévu et contrôlable : c'est le projet qui veut faire la preuve de la professionnalité ou de professionnalisme. Alors que l'intentionnalité renvoie à l'idée que ce n'est plus l'action elle-même qui finalise mais « le sens de celle-ci pour le sujet » (Ibid., 1998, 97) et, au-delà de la question qu'il se pose du sens sa présence au monde. La finalité ne se sédimente plus dans l'objet à atteindre comme fin actualisable, réalisable, contrôlable mais, elle est la quête elle-même. C'est le projet de professionnalisation. Ainsi, la production de savoirs académiques en tenant compte des modèles théoriques de santé en formation disent les personnes des institutions dirigeantes dans leur discours (I.D.4., L., 826-840), pour le processus d'apprentissage:

*« Le mémoire professionnel de fin d'études doit tenir essentiellement sur une réponse à apporter à un problème de santé publique ressenti et au mieux, que ce problème de santé soit ressenti par l'étudiant hein, pendant ses trois années de formation infirmière. Donc c'est là tout le sens de l'exercice c'est d'amener l'étudiant à cet exercice intellectuel, à ce gymnastique intellectuel pour qu'il puisse lui-même identifier le problème, se renvoyer des questions qui vont donc l'amener à se fixer des objectifs et lui permettront d'élaborer un protocole bien établi avec les outils qu'il faut, une méthode de recherche qu'il faut, et aller sur le terrain justement fouiller adopter une méthode une démarche scientifique de recherche, n'est-ce pas avoir une panoplie des résultats qui vont l'amener à procéder à une analyse assez approfondie de la question et mettre le petit doigt sur les problèmes essentiels, les difficultés essentielles. Et puis maintenant formuler les suggestions en vue de leurs résolutions. Ainsi faisant, nous pensons que une fois exercer à l'école il sera capable à travers l'exploitation, donc des données de ses rapports ou bien des phénomènes qui vont surgir tout autour de lui dans son environnement il pourra se poser des questions à caractère scientifique et adopter une démarche à caractère scientifique pour aboutir, n'est-ce pas à identifier le problème, à le déterminer aussi le goulot d'étranglement et formuler des solutions en vue de leur résolutions ».*

Le projet ne donne pas son sens dans les actions qu'il permet de réaliser ou de faire fonctionner, mais il le déploie à la surface et dans la profondeur d'une œuvre personnelle en train de s'élaborer comme quête tragique de l'énigme de l'être au monde qui la fonde. Le projet lié à l'intentionnalité se conjugue au singulier. En ce sens, « il désigne la personne comme sujet singulier, dans son pouvoir de se détacher du soi et de « se » configurer « son être au monde » (Donnadieu, Genthon, Vial, 1998, p. 95).

Ainsi, le projet pris dans ce sens de la compréhension de soi face au texte-monde, de la projection de soi dans l'univers ouvert par le texte, configure votre expérience du monde et avec les objets du monde. Cette projection de soi-même dans le texte nous situe comme personne dans la posture de l'auteur, comme producteur du texte et comme le sujet à l'origine de ses actes, qui assume la quête du sens, toujours à recommencer. Ainsi, « mettez-vous en posture d'être auteur de votre projet professionnel, commencez un travail sur vous-même » (Ibid., 1998, p. 95), afin que les situations de formation deviennent, pour vous, des situations d'apprentissage.

La perception des Institutions dirigeantes, (I.D.4, L., 848-856) illustre si bien les déclarations et les opinions des répondants dans les entretiens semi-directifs que : « *jusque-là, il faut dire que l'enseignement des modèles théoriques de santé est resté d'une façon disparate. Bon, suivant les écoles où on est, ou l'école qu'on aurait faite alors les démarches sont assez disparates. Le souhait ici serait qu'il ait une harmonisation justement de ces travaux que l'on ait les mêmes visions parce que si nous exerçons un peu en santé publique ici en Afrique c'est qu'on a six domaines, on a principalement six domaines : domaine de la nutrition, domaine de la santé de la reproduction, soins curatifs pour ne citer que ça, donc il faudrait amener l'étudiant à se remettre dans l'un des domaines et puis maintenant dans ce domaine, spécifier la question qu'il doit chercher à résoudre. Donc, c'est tout le sens de l'harmonisation recherchée ici, il faudrait que les travaux de mémoire soient recentrés et qu'on évite vraiment cette monotonie dans les réflexions* ».

#### **❖ Les obstacles : de l'organisation de la formation à l'Agir professionnel des agents socio-sanitaires**

L'explicitation de l'analyse des obstacles à l'organisation de la formation dans les différents établissements en santé pendant la formation initiale des soignants, peut faciliter dans une certaine mesure, la prise de conscience nécessaire à l'élaboration par le futur professionnel, d'une approche de production scientifique de projet professionnel de santé, élément fondamental dans l'action de professionnalisation et la construction d'une identité



professionnelle. La fonction d'analyse et la culture de la lecture des pratiques professionnelles reconnue dans la formation dans le cadre de ce travail, indique le moment privilégié où les personnes des institutions interviewées portent leur regard critique sur leurs propres actions, en vue de mettre à jour les points faibles et les insuffisances éventuelles.

Il s'agit d'un moment de confrontation des différentes expériences vécues lors des pratiques professionnelles, confrontation par rapport aux normes qui régissent les pratiques professionnelles pédagogiques. L'accent est mis sur la réflexivité et la responsabilité des professionnels à charge de l'organisation du bon fonctionnement des actions de formation. Il s'agit en quelque sorte de rechercher le critère de pertinence, ce qui signifie que la finalité de la démarche de l'organisation pratique n'est plus uniquement la vérification de l'atteinte ou non des objectifs fixés à l'avance, mais également de repérer le progrès réalisé par les apprenants ou le professionnel de santé lors de leur exercice. C'est donc à l'issue de cette organisation des pratiques professionnelles que sont identifiés les besoins en formation. Mais le constat sur le terrain est tout autre.

- ***Le recrutement des étudiants***

*« La santé concerne un individu et la santé est un concept très cher. Pour cela, la formation en matière de santé, doit être bien suivie. Je dis ceci, par rapport au recrutement, on commence par le recrutement. Le plus souvent dans nos écoles actuelles, le recrutement n'est pas fait comme cela se doit. On fixe une barre. On fait passer le test de recrutement. Et après on se retrouve avec peu d'étudiants qui sont au-dessus de la barre. Et on pose le problème économique, on dit mais, si on prend ces étudiants, nous ne pouvons pas survivre, descendons, et on descend, on descend, on descend jusqu'à 05/20 de moyenne. Qu'est-ce que vous allez faire avec des étudiants qui ont eu 05/20 de moyenne au recrutement ? » L'orateur s'exclame tout en continuant son discours, « qu'est-ce qu'on va faire avec ceux-là ? Et quelque fois on trouve des arguments on dit, bon le Ministère nous a accordé un quota, mais nous n'avons seulement que 10 candidats admis, or le Ministère nous en avait accordé 15 et ceux franchissant la barre ne sont que 10, mais pourquoi ne pas prendre puisque on a des places vides », (Ibid., L. 282-284).*

- ***Le niveau des étudiants***

Une des personnes rencontrées (I.D.3, L. 684-696) montre son indignation sur le recrutement des étudiants quant à leur niveau:

*« Je pense que le vrai problème de la formation des agents socio-sanitaires au Tchad, à ma façon de voir c'est qu'il y a un problème de recrutement, de niveau des apprenants. Il n'y a pas de niveau homogène bien défini et concrètement retrouvable. Et puis, euh, il y a que la formation initiale qui ait trop besoin des réalités de terrain donc on reste vraiment beaucoup sur l'abstraction. Il n'y a même pas de modèles comme le jeu de rôle pour pouvoir dire écouter concrètement ça se passe comme ça ». [...] « Donc je pense que cette manière de*

*faire, peut même faire taire des vocations dans certaines formations parce qu'au tout début les apprenants n'ont pas la perception réelle de ce qui pourra être leur futur métier. Et donc ça blâme ceux qui ont un bon niveau qui sont disposés, mais ne comprennent pas parce que c'est très abstrait ce qu'on leur explique, et en même temps, cette manière peut faire avancer des apprenants qui n'ont pas un bon niveau, et qui de toute façon vont rester un peu en marge et ça influera sur la qualité globale de la formation des agents qui sortiront de ces formations des agents socio sanitaires ».*

Le non prise en compte d'une notion de mobilisation des modèles théoriques du processus d'apprentissage pourrait donner la latitude aux apprenants de s'instruire par leurs pairs et de s'instruire eux-mêmes, fait réagir les personnes dirigeantes dans leurs discours, en ce terme :

*« oui, oui, absolument bon, c'est un peu la même question que celle qu'on avait posée tout à l'heure, donc du point de vue formel, il peut y avoir disons respect du référentiel, mais dans le concret, même si nous recrutons du personnel qui a le niveau théorique d'apprentissage, nous nous rendons compte que pour ce qu'on doit leur enseigner, il y a beaucoup des gens qui n'ont pas le niveau requis, donc il faut déjà revoir le recrutement. Et l'autre volet c'est que même les enseignants n'ont pas une formation théorique sur la manière d'enseigner. Donc on a une autre manière de faire nous avons beaucoup des techniciens dans des disciplines bien précises qui se prédisposent à enseigner mais qui n'ont pas une formation professionnelle, un tant soit peu diriger de l'acte professionnel d'enseigner. Donc c'est du volontarisme que cela peut influencer sur la manière donc de transmettre le message. Et donc, on a des fautes professionnelles qui s'enchaînent l'une sur l'autre », (I.D.3, L. 702-711)*

- ***Le recrutement des enseignants***

En nous situant dans cet environnement, la production et/ou l'explicitation de l'analyse des pratiques professionnelles lors de la formation initiale des soignants ne semblent pas s'inscrire dans un processus formatif qui vise entre autres, à conduire le futur professionnel de la santé au dépassement de la simple production des gestes ou des modèles théoriques liés aux normes prescrits. Les personnes des institutions dirigeantes s'inquiètent de la qualité et du manque d'enseignants qualifiés pour conduire cette œuvre. En ce qui concerne la compétence pédagogique des enseignants, certaines personnes rencontrées s'inquiètent, comme l'indique ce segment de discours:

*« La formation les enseignants eux-mêmes, il faudrait que ce soit des enseignants expérimentés. Je crois que le problème n'est pas le problème de diplôme. Parce que le plus souvent quelquefois on dit il faut qu'il soit d'abord ça. Or, il y a des gens qui n'ont pas de diplôme, mais très éveillés mais qui sont très expérimentés. Ils savent communiquer, ils enseignent les étudiants même apprécient et ils sont terre à terre, [...] Ça c'est un problème sérieux et en plus de ça comme il y a déjà des écoles qui sont multipliées dans N'Djaména, il y a pénurie d'enseignants vraiment d'enseignants expérimentés là, on est en train d'utiliser les étudiants. On utilise les étudiants en médecine, moi quand j'étais Directeur des études là j'ai reçu combien des dossiers des étudiants en médecine, de 4<sup>ème</sup> année, de 5<sup>ème</sup> année, de 6<sup>ème</sup> année tout ça. Je me dis à moi hein, toi tu es étudiant, tu connais même pas la pédagogie, tu viens demander à enseigner, tu veux communiquer quoi ? ». (I.D.1, L. 294-306, 309-311).*

La formation des enseignants qualifiés et compétents doit permettre la mobilisation d'un système d'analyse complexe des pratiques adaptées au contexte de la production de mémoire ou des soins. Majoritairement, les répondants ont évoqué, que l'absence d'explicitation, de formalisation et de mobilisation, du processus d'enseignement des modèles de santé par les enseignants pendant la formation initiale, pourrait expliquer la difficulté qu'ils ont à s'inscrire consciemment et de façon réflexive dans le registre épistémologique lors des pratiques sur le terrain. Les institutions dirigeantes disent :

*« Parmi les enseignants là, il y a des gens qui ne sont pas pour l'enseignement, mais ils sont là. Et puis il y a des erreurs qui sont commises, moi je suis le DE je recrute les enseignants, celui-là est mon ami, ou bien celui-là est mon parent, je le recrute mais qu'est-ce qu'il va faire devant les étudiants » [...] on a de problèmes de qualité d'enseignants aussi à part le recrutement que nous avons parlé tout au début. Et si on met l'accent beaucoup sur l'aspect, c'est la troisième problématique hein, quand on met beaucoup l'accent sur l'aspect financier là, ça risque de tout gâcher. J'ai déjà souligné ça là-bas qu'il fallait trouver un nombre écrasant d'étudiants d'abord c'est faux, deuxième aspect, les écoles privées là elles survivent grâce aux frais payés par les étudiants. Si on ne paye pas les frais, on renvoie l'étudiant, vous comprenez, l'étudiant est bloqué à la porte pendant peut-être une semaine, c'est normale, parce que le fondateur lui son but c'est d'avoir de l'argent c'est bien, mais, moi en tant que technicien ou bien en tant que le Directeur des études cela me fait trop mal », (I.D.1., L. 324-331).*

- ***Les compétences pédagogiques des enseignants***

Bien d'autres freins bloquent la mise en place d'un agir professionnel que relèvent les personnes dans leurs discours :

*« Mais, on peut ne pas arriver au summum de ce qu'on veut se fixer, parce que les enseignants n'ont pas tous les outils de professionnalisation c'est-à-dire le processus d'apprentissage pour pouvoir transmettre le message requis. Tous les apprenants quand bien même disons euh, formellement sont dans la classe, ils peuvent ne pas avoir un niveau requis pour pouvoir vraiment participer au processus d'apprentissage, parce qu'en fait le niveau n'y ait pas. Donc ça c'est un problème réel que nous sommes en train de vivre actuellement parce que par exemple, il y a eu beaucoup des écoles de formation socio sanitaires sans qu'il n'y ait un réel contrôle au niveau du recrutement. Au recrutement, le vrai niveau des recrutés est inexistant et il y a une répercussion au niveau des services. Quand nous voyons actuellement, les infirmiers dans les services cliniques par rapport aux infirmiers qu'il y a 10 ans, 15 ans, il y a une réelle différence. Parce qu'il y a 15 ans, on était presque sûr, que tous ceux qui ont été recrutés étaient à peu près presque au même niveau [...] maintenant avec la création de beaucoup des écoles privées, certes reconnues par l'Etat, le recrutement de base laisse à désirer. C'est pour cela que je dis du point de vue formel, il y a les gens qui sont bacheliers qui font une formation de Bac+3 mais en réalité est-ce que ces bacheliers sont à même de comprendre vraiment tous les enjeux. Et il y a réel contrôle à faire sur ces formations-là de la part des institutions publiques je pense », (I.D.3, L. 713-728),*

La formation c'est un domaine qui tient à cœur les responsables à tous les niveaux car les professionnels formés doivent être compétents. Et pour ce faire, il faut qu'un certain nombre de principes soit respecté :

« Par rapport à l'accréditation il y a déjà reçu euh un consultant de l'OMS, qui nous a déjà tracé les chemins et je crois que dans les années qui vont suivre, ce projet verra le jour. Maintenant par rapport au TD/TP comme je l'ai dit là également, il y a ce problème d'enseignants qui se pose. Les TD/TP il faut nécessairement que la personne qui enseigne cela doit quand même avoir la compétence professionnelle requise, sinon il aura toujours tendance à fuir. Ça c'est un aspect important, comme nous n'avons pas assez d'enseignants, on ne va pas non plus fermer, et là effectivement on a fait appel souvent parfois à des vacataires cadres professionnels du terrain qui interviennent pour nous aider dans ce sens. Maintenant l'approche par compétence, l'évaluation, en termes de cette approche par compétence comme je l'ai dit, avec le nouveau curricula, il faut nécessairement former là également ça ressort dans notre document plaidoyer qu'on a intitulé formation continue des enseignants, je pense que dans un proche avenir, on pourra n'est-ce pas effectivement faire à cette situation. Voilà le chemin sur lequel nous y sommes, et nous pensons tenir à tout le coup », (I.D.2, L. 536-547),

- **Insuffisance de l'encadrement en stage**

Comme l'indiquent des personnes des institutions dirigeantes il existe des pistes dont certaines sont actuellement en chantier. Mais, il y a également des aspects qu'elles veulent évoqués par rapport à la pléthore des écoles de santé et du manque de tuteurs pour encadrer les étudiants en stage :

« Je veux parler des écoles privées et là déjà la formation de nos agents se fait sur le terrain de stage. Compte tenu de cet effectif pléthorique, le problème se pose avec acuité. De ce côté je crois que avec l'examen unique de certification a été initié par le Ministère et qui a donné le résultat, je pense que à la longue ce problème va trouver de solution. A partir du moment où c'est déjà un souci pour les hautes autorités, le chef de département même a pris le dossier en main, je crois que dans un avenir proche ce problème également va être résolu. Puisque en fait avec cette pléthore des élèves, insuffisance des sites de stage, manques des encadreurs sur le terrain, on ne peut pas s'attendre quand même à un produit de qualité. Je crois que voilà la conclusion que je peux apporter, c'est vrai il y a eu des problèmes c'est un constat, les compétences étaient plus ou moins décrites, je pense que maintenant avec cette nouvelle formule, euh, pour régulariser ce processus même de ces écoles pour que ces écoles rentrent quand même dans la logique. Ça c'est important à partir du moment où nous n'avons vraiment pas des textes aussi clairs pour donner quitus à telle ou telle école, etc., je crois que c'est toujours pas facile. Et là je l'ai dit il faut nécessairement que nous revenions sur cet aspect d'accréditation, c'est déjà le début une accréditation, il faut une coordination assez efficace et puis il faut une supervision régulière. Je pense que si on met ces éléments, je pense que le résultat va être quand même bon. Et je pense que ce n'est pas trop tard et à partir du moment où c'est déjà lancer, dans un proche avenir comme je l'ai dit hein, le résultat serait satisfaisant ». (I.D. 2, L. 556-570).

- **Les difficultés des étudiants à manifester leurs désirs d'être encadrés**

Les personnes des institutions dirigeantes déplorent dans leurs discours l'incapacité des étudiants à manifester le désir d'être accompagnés ou encadrés dans un processus d'apprentissage développé dans les précédentes pages de la thèse.

*« Les étudiants comme je venais de souligner au début, nos étudiants qui viennent bon nos élèves qui viennent du Lycée, et qui sont (rire) appelés ici étudiants, je déplore le fait qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer et quand on n'arrive pas à s'exprimer bien en français, on ne peut pas faire une bonne lecture ! Les élèves même ne sont pas encouragés à faire la lecture, [...] mais maintenant là tout est à l'eau. Les étudiants ne peuvent pas lire. Je voudrais vous dire ceci, j'avais un groupe d'étudiants pour le mémoire, je leur dis aller à la bibliothèque vous allez rencontrer des documents qui parlent de ces choses, ils sont partis à la bibliothèque et ils sont revenus, ils me disent Monsieur nous n'avons rien trouvé parce qu'ils ne savent pas exploiter un document. C'est grave encore, comment si tu ne sais pas exploiter un document comment tu peux écrire un mémoire ? Le mémoire là c'est les connaissances des autres plus ton organisation à toi pour pouvoir mettre ces choses de manière logique. Mais si tu n'arrives pas à lire, à exploiter, à découvrir que ça, c'est un élément qui vaut pour ton mémoire qui est utile et si tu n'arrives pas à distinguer cela ; ils lisent comme ils lisent un journal. C'est tout ça, c'est encore un problème très sérieux. Il faudrait qu'on puisse trouver une solution à ça ».*(I.D.1, L. 251-267).

#### ❖ **Les pistes de sorties**

Il devient fondamental, d'appréhender le processus de l'organisation privilégiée. Les personnes des institutions dirigeantes tirent la sonnette d'alarme en donnant leur avis et quelques pistes de sortie. De nombreuses pistes de sortie de crise sont en cours pour solutionner ou endiguer les difficultés qui minent le système de la formation des agents socio-sanitaires au Tchad.

#### • **L'implication de l'état.**

*« C'est un avis, il n'est pas dit que c'est un avis très valable, mais c'est mon avis tout de même. Il faudrait que ces écoles, les fondateurs se mettent ensemble. Il faut qu'ils essaient de voir où est-ce que nous allons avec tout cela ? Avant tout, qu'ils essaient de voir tout ça, où est-ce que nous allons avec la formation, nous formons les gens là pourquoi ? Est-ce que nous formons les gens pour avoir l'argent ou nous formons les gens pour aider l'Etat avec la population et là il est bon d'essayer de trouver quand la question serait posée comme ça, chacun va essayer de dégager les idées et vous essayer de réaffirmer leur position par rapport à ça, un. De deux, il faudrait que l'Etat lui-même s'implique davantage. L'Etat avait donné des autorisations des ouvertures des écoles. Mais, je crois que l'Etat ne suit pas bien ces écoles-là. Il ne suit pas bien les écoles, il laisse les gens à faire de n'importe quoi au niveau de ces écoles. Même le recrutement comme je venais de souligner tout à l'heure-là, il y a ces écoles-là où l'Etat avait mis des gens : vous vous suivez ce travail avec eux. Mais il y a des fondateurs qui s'arrangent à venir corrompre ceux que l'Etat a mis pour les suivre sur les terrains. L'Etat t'a dit de recruter 50, mais ils vont baratiner ces gens qui sont placés par l'Etat en disant non, non, non il faut ajouter 10 pour que ça nous fait 60, pourquoi il faut ajouter, tu as déjà tout mis en branle en acceptant de (faire, bon d'accord mais prochainement cela ne plus être comme ça... !). Vous voyez le problème ? Pourquoi accepter de prendre 60 ? L'Etat avait dit 50, il faut que cela reste 50. Ils sont tentés toujours à faire ce*

*genre de choses. Bon, alors qu'est que l'Etat peut faire en ce moment, je me pose encore cette question, dans ces conditions l'Etat dira, mais j'ai mis déjà des gens pour suivre ces choses. [...] L'Etat doit mettre à la disposition des gens un programme. Il doit veiller sur les enseignants qu'on recrute pour enseigner, ce sont lesquels ? Est-ce qu'ils ont de l'expérience ? Non, non, non moi je m'en fou de diplôme hein, mais est-ce qu'ils ont de l'expérience pour enseigner ? », (I.D.1, L. 342- 362 et L. 362-364).*

Ainsi, disent-ils, que les bases théoriques qui sous-tendent les interventions, afin de pouvoir justifier en cas de nécessité les choix opérés et de rectifier les incohérences en cas de besoin inadaptées.

Ainsi, parle l' (I.D.1., L. 375-378) « *la plus part des fondateurs sont des commerçants hein ! Et quand on part avec l'esprit de commerce, que je vais créer cette école parce que l'école rapporte beaucoup d'argent, on va se retrouver alors avec un nombre comme ça, pléthorique. [...] C'est le gros problème et puis peut-être un autre problème, un autre aspect, les parents même là, ils partent avec la notion de débouchée. Je vais envoyer mon fils là-bas il va trouver du travail, non, ce n'est pas ça, ce n'est pas ça ! Il faut que l'étudiant ait une motivation personnelle au départ. Comme ça quand il vient, il sait ce qu'il cherche. Mais il y a beaucoup d'étudiants qui ne savent même pas ils sont venus ici pourquoi faire ils ne savent pas. Parce que leurs parents les ont envoyés ici, c'est un débouché. Voilà monsieur nos problèmes » (Ibid., L., 385-390).*

Les personnes des institutions dirigeantes évoquent toutes les dysfonctionnements dans le système actuel de la formation initiale dans le pays.

- ***Les ressources allouées à la formation par la recherche***

Pour traduire la formation par la recherche concrètement dans son contexte, les personnes des institutions dirigeantes se plaignent, le cas de l'une d'elles qui évoque :

*« Je pensais à ces écoles de pensée, que ce soit béhavioriste ou cognitiviste ou maintenant on parle d'humaniste, et justement chaque école a ses courants de pensée. Maintenant le vrai problème pour être concret, c'est à travers surtout les expériences. Et comme je l'ai dit la recherche sur le terrain nous amène effectivement à parfois à poser un diagnostic et c'est là effectivement tel que c'est posé, des recommandations s'en suivent. Mais maintenant comme je l'ai dit, c'est la mise en œuvre. C'est la mise en œuvre qui fait que parfois nous sommes limités. Il faut le reconnaître peut-être que nous n'avons pas toujours les moyens euh, de notre politique pour je dirais pour traduire euh, tout ce que nous pensons faire, pour améliorer cette manière de faire. Voilà ce que de manière brève, je dirais un peu peut-être très théorique pour le moment et qui constitue effectivement une difficulté puisse que la recherche pour obtenir un parchemin c'est différent que quand c'est vraiment une recherche où on doit chercher à corriger une situation professionnelle donnée » (I.D.2, L. 501-512).*

Même si l'application sur le terrain du processus d'apprentissage en lien avec le processus de la rédaction de mémoire des étudiants en formation a semblé difficile, elle n'a pas été totalement occultée. Dans sa logique de voir les choses en vraie difficulté dans le système de formation des agents socio-sanitaires au Tchad :

« La vraie problématique de la formation des agents socio-sanitaires au Tchad, bon en fin, ça se résume à une insuffisance sur trois aspects que je dirais clefs dans la formation. Il y a le volet je dirais l'organisation de la formation, ça c'est important, carence des enseignants qualifiés comme tels dans le domaine, absence aussi des textes officiels ça aussi il faut se le dire quand vous prenez les ERSASS qui jusque-là non pas de textes, repose essentiellement sur nos épaules. Donc ça constitue effectivement aussi un problème ». (I.D.2, L. 518-523)

D'autres faits marquants constituent à leurs yeux un frein à l'organisation de la formation et à l'Agir professionnel des agents socio-sanitaires.

- ***L'absence de cadre juridique***

« On peut aussi parler également de l'absence d'un cadre juridique, si vous voulez d'accréditation, de coordination ou tout simplement de supervision, ça c'est le volet organisation. Mais il y a aussi le volet planification parce qu'en fait le volume de travaux pratiques par exemple, n'est pas toujours enseigné, le suivi également c'est toujours dans la planification, et enfin je dirais même insuffisance aussi dans l'évaluation. Parce qu'en fait il n'y a pas je dirais un mécanisme formel pour évaluer si nous voulons faire appliquer l'approche par compétence. Donc ce sont un peu là les problèmes que je dirais qui se résument en une insuffisance par rapport à ces trois je dirais fonctions : organisation, planification et évaluation », [...] « Nous avons sur ce plan déjà par rapport au premier volet hein, que je dirais l'organisation, déjà il y a le plaidoyer dans ce sens, par rapport à la formation continue des enseignants puisqu'on est déjà dans le processus de réforme même de nos textes, là il y a lieu déjà d'envoyer les enseignants en formation. C'est un problème assez important. Par rapport aux textes qui sont en ce moment dans les circuits, au niveau même du gouvernement qui vont sûrement être revus ». (I.D.2, L. 524-535).

Notre analyse se limite plus aux aspects des blocages dans la formation des cadres moyens. Qu'en est-il au niveau de l'enseignement supérieur des médecins ? Les problèmes sont récurrents partout. A ce niveau, il ressort que comme la majeure partie des missionnaires qui sont recrutés dans le cadre de partenariat, sont des missionnaires qui font des formations dans le domaine de l'enseignement, de l'apprentissage, de pédagogie sont déjà chevronnés dans la manière de transmission de savoirs et nombreux sont des professeurs agrégés sinon des professeurs titulaires et donc des professionnels de l'enseignement.

Le manque des Professeurs agrégés des universités en nombre suffisant, ni des Maîtres de Conférences, donc pour beaucoup de matières, la Faculté est obligée de faire appel aux missions et les missionnaires qui arrivent donc, des vrais professionnels de l'enseignement. Nous constatons que ces missionnaires de part leur formation, à part la transmission de savoirs, savent aussi évaluer mieux que les enseignants qui sont professionnels de terrain. Il apparaît surprenant que, le budget de la faculté n'est pas assez conséquent pour que les dirigeants puissent faire venir des missionnaires afin de combler le manque de qualification

tant au niveau fondamental qu'au niveau du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> cycle. Il est convenu quand même à faire venir un certain nombre d'enseignants du rang magistral et c'est vraiment au bénéfice de l'enseignement.

Les inquiétudes et les blocages ne manquent nullement. C'est ainsi, dans un cadre de partenariat bien déterminé, déclare une personne :

*« c'est dans le cadre de partenariat bien déterminé parce que la faculté fait partie (euh), d'une organisation qui regroupe les universités francophones, les facultés de médecine francophones et cet organisme nous pousse à une collaboration au niveau sous régional entre les pays francophones, pas seulement le CAMES, qui regroupe les Doyens, et donc les enseignants que nous faisons venir sont les enseignants de CAMES dans la sous-région. Nous faisons les enseignants du Sénégal, du Niger, du Cameroun, du Gabon et du Congo Brazzaville, je crois que ce sont les principaux pays où nous recrutons les enseignants[...]intéresse le processus de formation des agents socio sanitaires, et je pense au point où nous en sommes actuellement, c'est un sujet intéressant, d'autant plus que la grande partie des enseignants ici, ne sont pas les professionnels de l'enseignement, et donc on ne part pas du principe de discuter la manière d'enseigner et d'apprendre les techniques d'enseigner, de transmettre le message et de percevoir si ce message a été correctement reçu et comment peut être appliqué. Et donc nous avons vraiment tout à gagner, que finalement qu'il ait des professionnels de la santé qui s'intéressent strictement à l'aspect de l'apprentissage », (I.D.3, L. 746-752 et L.754-760).*

Cependant, il est établi que c'est le principal moyen dominant tant sur la scène de l'organisation de la formation.

En croisant les résultats du discours des entretiens des personnes des institutions dirigeantes, nous remarquons qu'une certaine similitude se dégage. Ce qui intéresse dans la problématisation de changement en vue d'une mobilisation des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage pour la production de savoirs académiques, ce n'est pas le passé des étudiants en apprentissage, ni le présent avec leur niveau actuel, mais le futur, le devenir qu'il faut occulter. Il convient de se centrer sur les objectifs poursuivis ; le niveau initial de recrutement des étudiants est alors à prendre en compte, mais pas au pied de la lettre sous peine de limiter des objectifs visés. C'est ce qui se passe couramment, lorsqu'en référence à la pédagogie par objectif, on s'inquiète du pré requis comme points de performance obligée.



❖ **Les freins liés au processus de la professionnalisation par la recherche dans les écoles**

Par rapport à la professionnalisation par la recherche, nous recueillons énormément des informations dans les discours. Les étudiants rencontrent des problèmes qui sont en lien avec les problèmes rencontrés avec les enseignants. La dynamique du projet professionnel, tout comme la nécessité d'avoir recours à la théorie comme repère dans la pratique professionnelle, confère un statut spécifique des savoirs dans la formation professionnelle et suppose un mode d'acquisition spécifique. Le processus d'apprentissage en formation par la recherche ne consiste plus à consommer des savoirs déjà constitués et judicieusement mis à la disposition du formé. L'apprentissage pour le professionnel passe par « la production de savoirs » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998, p. 97). La production de savoirs académiques, plutôt que leur consommation, est rendue possible par deux moyens complémentaires qui structurent tout projet de formation : la formation en alternance et la formation par la recherche. Le premier communique les savoirs produits à travers les rapports de stages, le second dans et par l'élaboration du mémoire professionnel.

En ce sens la professionnalisation par la recherche dont il est question ici, est bien la recherche scientifique qui se distingue de la recherche-action par ses finalités. La première vise à communiquer des connaissances nouvelles dans un champ disciplinaire ou théorique, le second vise à innover, à optimiser les pratiques et les modes de décision par la mobilisation des praticiens: c'est la recherche praxéologique. Cependant dans le champ des pratiques sociales et de la formation à la santé, à l'enseignement, au travail social etc...., la recherche a toujours une dimension qu'on nomme parfois praxéologique, en ce sens que si la recherche ne dicte pas les remèdes aux praticiens agents socio sanitaires, elle nourrit la pratique. Elle peut apporter bénéfice aux praticiens sans pour autant aboutir à des préconisations. La recherche n'est pas « conseiller » (Donnadieu *et al.* p. 97). C'est la connaissance des recherches par les professionnels eux-mêmes qui peut changer les pratiques professionnelles. D'où, l'intérêt de rendre capable le professionnel de lire l'action de la professionnalisation par la recherche. Pour cela, le processus d'apprentissage et les modèles théoriques engagés en formation des cadres de santé comportent des passages obligés.

Alors, comment encourager la professionnalisation par la recherche des agents socio sanitaires au Tchad ? Cette recherche professionnelle s'engage toujours à partir d'une théorisation des modèles sur les pratiques. Le formé est dans la posture du chercheur, doit s'assurer que le problème qu'il pose est bien une question pertinente et situé dans l'univers de

la profession. Il doit s'assurer en quoi et comment elle interroge les pratiques. Cependant le processus de modélisation théorique ne se réduit à poser ou à repérer un ou des problèmes à résoudre, même si un dysfonctionnement dans un service de formation par exemple, peut être le point de départ de la recherche. Mais ce n'est pas en tant que difficulté à résoudre qu'on va le travailler, sinon on en arriverait à une attitude de « conseiller, de contrôleur des pratiques », (Ibid., 1998, p. 97).

Pour les personnes, nous relevons dans leurs discours les procédures déjà engagées et ancrées dans les processus d'apprentissage qu'évoquent ces institutions dirigeantes :

*« Ok ! Je crois que nous ici nous formons des sages-femmes diplômées, nous formons des infirmiers d'Etat diplômés, nous formons aussi des agents sanitaires (assainissement) de santé d'une manière générale. Alors quand les IDE comme on l'habitude de dire, les IDE et les sages-femmes choisissent leur thème de mémoire nous aimerions qu'ils choisissent dans le domaine de leur spécialité. Une sage-femme va choisir un thème qui a trait aux pratiques gynécologiques et obstétricales. Un IDE va choisir un thème basé plus dans le domaine de pathologie médicale, pathologie chirurgicale et de la santé aussi d'une manière générale parce que on ne va pas seulement baser sur la médecine et un IDE peut aussi je l'encourage comme ça peut aussi choisir un thème qui a un peu de relation avec le domaine de la sage-femme parce que pratiquement dans les centres de santé de brousse où beaucoup de centres de santé n'ont pas de sages-femmes et si un IDE a touché du doigt le travail de la sage-femme, il ne va pas tourner le dos au travail qui l'attend là-bas au centre de santé qui n'a pas de sage-femme . Alors c'est pour quoi pour les encourager davantage à se sentir dans leur peau comme vous venez de dire la professionnalisation par la recherche, il faut que l'étudiant fasse aussi ce qu'il veut faire. Mais pas beaucoup imposer parce que si on impose à l'étudiant qui a choisi un thème il a tendance de dire comme c'est quelqu'un qui m'a demandé de faire, lui-même il ne se met pas dedans comme il le faut alors ça ne serait pas bon ». (I.D.1, L. 136-149)*

La professionnalisation par la recherche et la production de savoirs académiques doivent être mises en lien à travers les modèles théoriques et le processus d'apprentissage avec leurs significations pour le professionnel, les décideurs, aussi pour l'institution.

*« Nous ne pouvons pas demander aux étudiants, de composer un thème sur tous les aspects de travail du terrain qu'il va faire. Parce que cela n'est pas possible mais néanmoins s'il choisit déjà un thème qu'il traite et qui reflète le travail du terrain, un des aspects du travail du terrain si c'est un étudiant intelligent il va pouvoir généraliser à d' (autres aspects [...]). Il faudrait qu'il se mette dans la tête quand il prend un aspect, que cessera pour lui aussi une motivation parce qu'il va foncer dans ce domaine précis et un jour il va se dire je suis spécialiste en ça. Pourquoi pas, parce qu'il a fait une étude il fait une recherche, en faisant une recherche il a pu mettre à la disposition des gens son mémoire des informations que les gens ne connaissent pas! ». (I.D.1, L. 157-167)*

L'impact de la professionnalisation par la recherche sur le développement des compétences des étudiants en formation à toute problématisation des pratiques professionnelles, ne peut se faire que dans sa mise en lien des modèles théoriques :

*« Quand on les envoie dans les lieux de stage, en principe on les prépare. Ce ne sont pas de troupeaux de bœufs ou de troupeaux de moutons où on les déverse dans les pâturages comme ça. Il faudrait les préparer, les préparer dans trois domaines. Le domaine de savoirs ce qui est déjà fait au cours, le domaine du savoir-faire et le domaine du savoir-être. Alors quand ils vont partir en stage, on est toujours tenté de mettre beaucoup plus de l'accent sur le savoir-faire et le savoir-être. Tu peux connaître, tu peux savoir prendre en charge un malade mais si tu te comportes mal vis-à-vis de ce malade ça sert à rien ça gêne tout le travail que tu viens de faire alors pour cette raison là nous les avons envoyé sur le terrain en les préparant d'abord comme ça et arrivé déjà sur le terrain s'ils sont des gens qui savent mettre en pratique ce qu'on leur dit, ils vont se retrouver donc sur le terrain de stage avec ce problème de savoir-faire et savoir-être comme ça ils renforcent leur compétences parce que les théories qu'ils ont apprises ici c'est nul ça va toujours servir, et au niveau de lieu de stage aussi, les MCD, ou bien les MCH ou bien les majors les réunissent de temps en temps, on les encourage aussi à le faire ainsi pour leur poser certaines questions d'ordre théorique ou bien d'ordre pratique pourquoi pas ; et quand je vais derrière les stagiaires, je les réunissais et je leur posais la question quelles sont les choses qui vous tracassent, quelles sont les pratiques que vous n'avez pas comprises et que vous n'avez eu le courage de poser la question au major ou bien parce que savez bien quand on descend sur le terrain on rencontre des encadreurs qui ne sont peut-être quelquefois pas ouverts aux étudiants aussi et quand je viens de cette manière, c'est pour renforcer, pour combler certains trous alors on discute entre nous, ils me posent certaines questions pratiques dans ce cas est-ce qu'il fallait faire bon voilà, voilà, voilà ce qu'il faut faire ainsi de suite même sur le plan théorique aussi, je leur rappelle ce qu'on leur enseigne ici et ensuite c'est aussi une occasion pour eux de lier les deux choses et si ces deux choses sont liées, normalement je crois que les compétences sont déjà là ! Le savoir-faire plus le savoir-être liés maintenant aux savoirs d'une manière générale, je crois là on a déjà une image de compétences ». (I.D.1, L. 171-194),*

Cela répond aux besoins et à la demande des étudiants, « elles adaptent l'exposé ou l'activité professionnelle à leur développement cognitif et/ou émotionnel », (Eymard, 2010). C'est notamment vrai pour l'exposition des savoirs biomédicaux ou biopsychosociaux selon le modèle de santé dans lequel s'inscrit l'action éducative.

L'extension de l'objet de départ pris dans les modèles théoriques jusqu'à l'enseignement théorique et pratique constitue aussi un passage obligé de processus de recherche. Il s'agit alors de convoquer et de travailler les concepts, les modèles théoriques qui interrogent les pratiques et permettent de s'en distancier pour construire un objet et des questions de recherche. Le processus d'apprentissage devant accompagner les étudiants à développer les potentielles capacités vers une professionnalisation par recherche, selon (cf. Eymard, 2010) les enseignants dans ce cas pourraient miser alors sur la pédagogie du contrat, pour soutenir l'appropriation des savoirs susceptibles de conduire les étudiants à acquérir de savoirs professionnels, faisant sens pour eux et visant un développement de compétences plus ou moins totale et accrue. Ils prennent donc ainsi en compte le ressenti et les connaissances préalables, théoriques, pratiques ou expérientielles des étudiants, mais visent aussi la

transformation cognitive et représentative qui peuvent constituer un obstacle aux apprentissages qu'on retrouve dans les discours :

*« Quand un étudiant a été encouragé à choisir un domaine puisque moi le plus souvent je demande à choisir un domaine qui les intéresse. Alors s'il choisit un thème sur un aspect qui l'intéresse, il est plus à même de l'utiliser sur le terrain parce qu'il se dit que ça c'est quelque chose dès qu'il aura à rencontrer une situation pareille, il se dira ah ! Tient, ça c'est mon domaine. Ce n'est déjà pas mal quand un étudiant se dit que ça c'est mon domaine, c'est déjà pas mal ». (I.D.1, L. 225-229),*

Problématisations et modélisations constituent un préalable pour aboutir à une nécessaire recherche de terrain qui recueille ses données, construit ses résultats dans des pratiques sociales effectives à l'aide de méthodes théoriques pertinentes aux questions posées, aux théorisations développées et débouchant sur des méthodes d'investigation justifiées :

*« Il faut se dire que les thèmes sont toujours et ont le lien déjà avec la recherche. Parce que quelqu'un qui n'est pas du domaine ne peut pas, n'est-ce pas ne pourrait pas mener la recherche dans ce domaine-là. Et faute de spécialistes en ce moment, sur la base déjà de ces mémoires dont x ou y, ils deviennent d'emblée des spécialistes compte tenu de l'insuffisance criante de nos professionnels. Et là, je peux peut-être aller au-delà, quand vous prenez les thèses de nos étudiants en médecine, faute de spécialistes pour telle ou telle spécialité, pour avoir écrit et défendu une thèse sur tel aspects, faute justement de ces professionnels, je dirais certifiés ils font office des spécialistes dans ces domaines ». (I.D.2, L. 466-472*

La professionnalisation par la recherche aura un impact sur le développement de compétences professionnelles des étudiants si et seulement si, les modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage sont mobilisés dans l'enseignement des agents socio sanitaires pour les vulgariser.

Pour les enquêtés, *« la production de ces écrits scientifiques ou professionnels d'emblée on voit leur impact dans les suggestions et recommandations produits par nos différentes structures hein, et là ça permet effectivement, ces suggestions et recommandations à aider en tout cas, à développer les compétences d'un cadre professionnel euh... je dirais professionnel. Comme on l'a dit, j'ai dit en face, je l'ai déjà dit peut-être autrement terre à terre. Dans les injections par exemple, exemple aussi banal, vous allez trouver peut-être dans une zone de responsabilité donnée, où il y a assez des abcès, n'est-ce pas ? Effectivement les écrits rapports sur ces aspects-là vont éveiller déjà à corriger ces lacunes ». (I.D.2, L. 475-482*

Mais comment encourager la professionnalisation par la recherche des étudiants socio sanitaires en cours de formation ? Les réponses sont assez nuancées, en portant l'accent sur la difficulté d'accès aux ressources bibliographiques :

*« bon, l'encouragement en tant que tel nous mettons l'accent surtout sur les ouvrages. Ça il faut se le dire chaque année dans le budget on prévoit quand même une ligne par rapport au renouvellement de ces ouvrages parce que nous, dans le domaine scientifique il faut se dire que on est obligé de renouveler ou plutôt de nous approvisionner avec de nouveaux ouvrages, ça c'est le premier aspect. Le deuxième aspect, on a le nouveau curricula où a intégré*

*l'informatique, on a déjà une salle d'informatique avec le nouveau curricula. Euh, les cours d'informatiques seraient introduits à partir de la 2<sup>ème</sup> année, là déjà cette année on a pu mettre, euh on a pu équiper cette salle d'informatique avec des ordinateurs, et maintenant nous sommes dans le projet, en tout cas de connexion. Puisqu'en fait, la recherche c'est ça aussi. A travers la connexion bien sûr à haut débit pour nous permettre justement, d'avoir assez d'informations pour nos étudiants et élèves. Voilà un peu ce que nous sommes en train de faire maintenant pour les encourager dans leur recherche, et le processus de développement les outils qu'on mettra à leur disposition en faveur de la professionnalisation par la recherche de nos étudiants en cours de formation ». (I.D.2, L. 485-497).*

La nécessité d'une organisation pédagogique est mise en avant :

*« Je crois qu'il faut comprendre pour les encourager dès le début, leur faire comprendre concrètement sur le terrain qu'il y a beaucoup d'option au-delà de ce qu'on leur apprend théoriquement. Il faut qu'ils sachent, je pense qu'il faut vraiment allier très tôt à la théorie et puis une activité de terrain de manière à ce que ça puisse ouvrir beaucoup de brèches et qu'il y ait une orientation beaucoup plus facile parce que en fait chez nous, il n'y a pas encore de manière structurée un conseil pédagogique qui puisse adresser les apprenants vers une option plutôt que vers une autre. Et on a constaté que quand ils vont sur le terrain, il y a beaucoup de vocation qui se crée parce que justement ils voient faire et ils se rendent compte qu'on peut trouver beaucoup d'options pour la professionnalisation ». (I.D.3, L. 663-671)*

La distinction entre démarche de résolution de problème et démarche de recherche est pointée :

*« Oui, qui dit mémoire qui est une écriture scientifique, dit plus ou moins aussi les techniques de recherche. Ce n'est fondamentalement pas une démarche de recherche comme on le voudrait mais c'est plutôt une démarche de résolution des problèmes qui amène à la recherche et qui amène l'étudiant à développer à lui, le sens et l'amour de la recherche, parce que je ne sais pas si on peut mesurer le plaisir que l'étudiant peut ressentir et à la fin de ses travaux de recherche qu'il sache que bon, voilà un problème qui est peu flou pour tout le monde et que de par sa démarche qu'il arrive à clarifier et même à formuler des suggestions à l'intention des autorités ça, c'est un plaisir profond. Donc, faut-il encourager la formation à la recherche oui, et mais cette formation à la recherche nous le disons ça doit être initialement vu à travers les travaux de mémoire, il ne faut pas que les travaux de mémoire se présentent sous forme de simple rapport d'une situation donnée, mais non, il faudrait que l'étudiant apprenne à creuser ». (I.D.4, L. 858-868),*

En lien avec la modélisation : Développement du sujet en associant le Béhaviorisme par l'action aux prises avec le modèle Biomédical ou Biopsychosocial, montre l'approche néo béhavioriste qui valorise l'expérimentation et la répétition d'exercices, ainsi que l'élaboration de savoirs d'expérience (Eymard, 2010), qui sont considérées comme des moyens de renforcer l'acquisition des comportements adéquats à une situation donnée. Cette approche est utilisée pour les étudiants qui participent aux séances de cours magistral en formation initiale.

en ce qui concerne, le développement de la professionnalisation par la recherche en lien avec la production de savoirs académiques issue de la mobilisation des modèles théoriques, les personnes des institutions dirigeantes la perçoivent diversement. L'un d'entre eux met en avant son intérêt en termes de processus de professionnalisation de l'étudiant :

*« Ma perception du mémoire ou de la thèse de fin d'études pour l'expérience que nous avons dans notre institution, c'est un moment capital. Je pense pour notre étudiant qui est en fin d'études de pouvoir appliquer le processus de la professionnalisation par la recherche est que nous en général, on propose qu'il choisisse un thème, un sujet sur lequel il veut travailler et puis il se rapproche d'un enseignant qui a de l'expérience dans le domaine, qui va l'aider, qui va le diriger pour terminer son mémoire. Bon, le mémoire est fondamental parce qu'il permet à l'étudiant de faire une recherche personnelle, certes guider pour les recherches bibliographiques, pour une confrontation avec d'autres écrits scientifiques du thème qu'il a et euh certains des étudiants par ce premier travail de recherche, peuvent aussi trouver la manière de pouvoir être disons mis sur le chemin d'une future spécialisation ». (I.D.3, L.624-633)*

Un autre met en avant le lien entre la réalisation d'un mémoire et l'orientation professionnelle :

*« Dans notre expérience que je viens de vous citer, dans l'expérience concrète en médecine, oui ça arrive. Mais je pense que c'est encore plus vrai dans euh, des formations socio sanitaires, dans des diplômes même s'ils sont plus courts que les diplômes de médecine générale, guident les étudiants vers la professionnalisation par la recherche, et je pense que c'est un moment fondamental et capital pour pousser même les apprenants à rester dans un domaine bien précis et aller au fond de cette logique. Nous avons par exemple, certains de nos infirmiers qui étaient des infirmiers diplômés d'Etat qui sont repartis sur le banc de l'école et euh, certains se passionnent pour l'enseignement, d'autres pour la clinique, d'autres encore optent pour être des cadres de santé. Tout cela part du travail de thèse qu'ils font, donc la recherche clarifie un peu la position de ces apprenants-là vers quelque chose qu'ils aimeraient faire plus que d'autres choses ». (I.D.3, L. 642-651)*

Ces trois problématisations « (pratiques – théorique – de terrain) ne constituent pas l'algorithme » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998, p. 98) de toute la recherche, elles sont complémentaires et jouent ensemble. Une des personnes rencontrées met en avant la capacité au questionnement induit par le travail de recherche :

*« Oui, la recherche simplement pour nous, pour un chercheur c'est un peu difficile hein ! C'est le questionnement qu'on vit tous les jours, chaque jour on fait de la recherche. Tous les matins quand on se réveille on se pose des questions alors une fois question posée, il faut aller à la recherche de la réponse, de la solution. C'est ça la recherche. Au fait, c'est une clef qui est là à la portée de tout individu qui voudrait bien l'utiliser et à bon échéant et assez souvent nous ne l'utilisons pas dans un cadre assez formel de la formation etc. et nous l'utilisons aussi dans la vie quotidienne, mais bon ici la recherche telle que voulue dans l'enseignement c'est vraiment une démarche scientifique, n'est-ce pas qui aide à trouver des réponses à un certain nombre de questionnements, un certains nombres d'interrogations qu'on saurait posés à soi-même ou dans l'environnement ». (I.D.4, L. 881-889).*

Le tableau sombre de l'analyse dégagée par les extraits des discours des enquêtés, illustre parfaitement la situation des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage qui sont absents et qu'il faut mobiliser afin d'encourager une professionnalisation par la recherche des étudiants issus des écoles de formation initiale. Il ressort aussi des entretiens la nécessité du lien entre théorie et pratique :

*« Il y a des aspects théoriques qui restent assez souvent vagues. Et la recherche c'est un enseignement à mon sens qui doit être pratique et donc la théorie doit être vue pour peut-être j'aime bien ce chiffre de 30% et puis faire beaucoup plus et des simulations à dimension réelle de terrain par rapport donc à l'identification des problèmes. C'est conceptuel c'est vrai, mais il faudrait ramener cette conception dans son contexte pour dire que nous sommes dans tel domaine. Nous en santé de la reproduction et concrètement les femmes ici chez nous combien vont à la consultation prénatale ? Qu'est-ce que vous avez remarqué dans la consultation prénatale ? Est-ce que les femmes viennent pour un besoin contraceptif ? Oui et non ? Le problème est conceptuel mais en même temps amène l'étudiant à voir les aspects pratiques. Déjà au niveau de la conception et puis dans le questionnement il faut renvoyer chaque fois l'étudiant à des aspects pratiques et maintenant une fois que le protocole est ficelé, la démarche méthodique sur le terrain : Comment procéder à un échantillonnage ? Comment définir la taille de l'échantillon ? Comment apprécier la représentativité de la taille de l'échantillon et comment maintenant interviewer les enquêtés, comment s'entretenir avec les enquêtés donc par des petites démonstrations des travaux plus ou moins dirigés dans les quartiers et amener les étudiants à être à la réalité de ce que la théorie voudrait bien les renseigner et moi j'ai fait l'expérience avec un groupe d'étudiants, et franchement ils ont fini par m'exprimer toute leur joie à la fin de pré-test, bon j'allais dire que ce n'est pas un pré-test mais à la fin des exercices pratiques on est allé sur le terrain dans le cadre d'une enquête nutritionnelle on leur a montré comment respecter les pas de sondage, comment donc évaluer concrètement la taille, le périmètre brachial, le périmètre crânien, prendre le poids, s'entretenir avec les mamans, le choix des concessions, le choix des individus etc., mais ils étaient vraiment assez contents. Là nous le faisons dans le cadre de la formation en l'initiation à la recherche ».(I.D.4, L. 894-915)*

**Légende des initiales rencontrées dans l'analyse de contenu des entretiens :**

*I.D.1. = Institution dirigeante première ;*

*I.D.2. = Deuxième Institution dirigeante ;*

*I.D.3. = Troisième Institution dirigeante ;*

*I.D.4. = Quatrième Institution dirigeante ;*

*L. = Ligne : 1 à 987 = Numéro de ligne, (voir annexes 7, p. 95).*

### **3.6. SYNTHÈSE DES ANALYSES DE CONTENU DES DISCOURS**

En croisant les résultats du discours des quatre entretiens des personnes des institutions dirigeantes, on observe qu'une congruence s'établit dans les informations recueillies. L'enseignement des modèles théoriques pouvant engager le processus d'apprentissage en vue d'activer la production de savoirs académiques que les enquêtés déclarent avoir vécu dans les établissements d'enseignement professionnel, sont largement dominées par le manque de mobilisation des pratiques d'enseignement théorique des modèles de santé, la méconnaissance du contenu des programmes des enseignements pouvant accompagner les étudiants dans le processus de professionnalisation par la recherche et le non-respect de rapports pédagogiques entre le formateur-formé au niveau des écoles.

Dans les entretiens aussi, il n'y a pas suffisamment la mise en œuvre de toutes les conditions pédagogiques dans leurs aspects de questionnement du sens. Et pourtant ces conditions favorisent des interactions entre le formateur et le formé, suscitant ainsi chez le formé le développement de ces potentiels et autonomie à problématiser des pratiques professionnelles, prenons par exemple, les modes de travail pédagogique que nous avons développés dans la recension des écrits de la deuxième partie de la thèse.

Nous notons tout de même, sans valeur de preuve, que les seuls étudiants ayant choisi des thèmes de leurs stages en lien avec la production de mémoire émanent des entretiens des personnes des institutions dirigeantes. Cette tendance, même infime, pourrait être considérée comme les prémices d'une prise de conscience de l'importance de la motivation et du caractère éducatif en vue d'activer le processus d'apprentissage de l'enseignement de modèles théoriques en santé. Quoi qu'il en soit, cet élément ne peut qu'encourager les responsables pédagogiques à poursuivre leurs efforts dans une démarche de formation par la recherche dans leur projet pédagogique. Dans une formation en Sciences infirmières celles auxquelles nous travaillons, l'élaboration du sens face aux pratiques professionnelles, « dépendrait des conceptions des formés à propos de leur dynamique de transformation identitaire professionnelle et de l'environnement dans lequel se déroule la formation » (Barbier, 2000, pp. 61-86).

Pour aborder les mécanismes de mobilisation des modèles théoriques de santé dans l'enseignement et du processus d'apprentissage, il convient d'analyser les pratiques professionnelles en formation en soins infirmiers d'un point de vue « historique, sociologique, psychologique et épistémologique » (Ibid., 2000). Dans cette perspective, le sens accordé à la formation ou à la production de savoirs académiques est lié à la logique dominante que



confère chaque visage de la formation ou au projet professionnel pouvant déboucher sur un processus d'activation de production de l'écriture scientifique. En ce sens, une formation ou une analyse des pratiques professionnelles peut mettre l'accent sur la vérification du respect des normes pédagogiques établies en vue de production de savoirs, savoir-faire de fin d'études plutôt que dans le questionnement du sens de l'action, c'est-à-dire la signification de l'acte de la formation. L'accent peut aussi être mis sur le repérage des lacunes en vue d'une remédiation ou d'une innovation : c'est la perspective du suivi et d'amélioration des compétences ou des performances des apprenants dans leur cursus. Dans cette condition, le sens, c'est-à-dire le savoir de l'apprenant en cours de formation peut alors être saisi comme un résidu d'une réduction : « quand la référence, la signification ou manifestation pose problèmes » (Fabre, 2000, p. 131). Le sens alors est de l'ordre de la problématique de l'enseignement des modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage qui s'adapteraient au contexte de la formation.

Dans cette perspective, la professionnalisation par la recherche dans la formation en soins infirmiers peut être saisie comme une gestion continue de savoirs savants. La professionnalisation par la recherche et la signification du savoir académique sont abordés dans ces résultats à partir de deux approches : l'approche de l'enseignement des modèles théoriques abstraits et l'approche cognitiviste de l'apprentissage. Dans le champ de théorie de l'abstraction, les processus invoqués pour apprendre relèvent essentiellement de l'abstraction. Le processus d'apprentissage procéderait par schématisation, c'est-à-dire que la confrontation à une ou plusieurs situations professionnelles provoquerait la construction d'un schéma mental qui serait actualisable dans de nouvelles situations, schéma qui pourrait lui-même, à son tour, se trouver modifier par cette nouvelle confrontation. Il faut noter ici, l'influence de la notion d'équilibrage dans les travaux de J. Piaget selon lesquels, « les schémas mentaux qui correspondent à des opérations et des capacités logico-mathématiques (ranger, comparer, ajouter, retrancher, classer etc...), s'affinent, se précisent en fonction de l'activité du sujet sur les objets sur lesquels ces schèmes sont appliqués (classer des objets dans des séries distinguées par un seul critère, par exemple) » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998, p. 49). C'est le processus d'assimilation.

Ainsi, on peut concevoir l'évolution de la connaissance comme régulation dans le temps où l'évolution de schèmes mentaux relève d'un processus d'abstraction endogène dû à une cause interne au sujet capable d'intégrer un nombre croissant d'opérations sur les situations de

processus d'activation de production de savoir de fin de formation à travers les modèles théoriques de sante.

Dans l'approche cognitiviste, il y a deux possibilités d'activation du processus de production de savoirs par l'enseignement des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage s'offrent : modèles du novice et de l'expert, et modèles de la résolution des problèmes. Cependant, il est à noter un développement important de recherche sur le fonctionnement cognitif et un nombre beaucoup moins élevé de travaux renvoyant explicitement à l'apprentissage. Or, si le processus d'apprentissage ne peut faire l'économie de recherches sur l'activité cognitive, « il ne peut y être réduit, les processus d'apprentissage sont plus généraux que les processus cognitifs » (Ibid.,1998, p. 49). On peut évoquer à ce sujet deux courants majeurs : celui de la résolution des problèmes et celui des comparaisons experts/novices. L'apprentissage est posé comme le passage du statut de novice à celui d'expert, par accommodation à des savoirs constitués et à des procédures nécessaires dans le champ d'expertise considéré. L'apprentissage pour le novice consisterait à parvenir au mode de raisonnement de l'expert et à l'adopter. Pour comprendre un problème dans une situation, il suffit d'observer et de comprendre le fonctionnement de l'expert pour conduire le novice sur les mêmes voies. En fait, le mode de résolution d'un problème par un expert ne dit rien sur la façon dont il a acquis cette expertise et ne peut complètement renseigner sur le processus d'apprentissage de production de savoirs académiques en vue de permettre à l'étudiant la possibilité d'entreprendre une action de professionnalisation par la recherche.

Quant aux travaux sur la résolution des problèmes pour une professionnalisation par la recherche, leur hypothèse implicite est qu'il n'existe pas d'opération ou de mécanisme spécifique aux apprentissages pour problématiser une situation. L'apprentissage des résolutions découlerait des activités cognitives élémentaires qui interviennent dans le fonctionnement habituel. En fait, l'apprentissage serait la seule acquisition des mécanismes, des plans, des algorithmes de résolutions des problèmes dans le processus d'activations de production, c'est-à-dire du système de prescriptions et de règles définissant ce qu'il faut faire et dans quel ordre pour résoudre une classe de problèmes professionnels donnés.

En somme, si on apprend en résolvant des problèmes, « on apprend sans doute mieux en travaillant à la compréhension des énoncés (problématisation qu'en appliquant des modes de résolutions préconstruits et assimilés », (Donnadieu, Genthon & Vial., 1998 p. 50).

## QUATRIEME PARTIE

---

### 4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

#### 4.1. UTILISATION DU MODELE THEORIQUE

En tant que construction théorique, les modes d'action pédagogique des modèles de santé et du processus d'apprentissage ne sont qu'un moyen destiné, non pas à appréhender toute la réalité des pratiques de formation et du processus d'apprentissage dans tous ses détails, mais à déceler les aspects de ces pratiques correspondant à leurs fonctions sociales fondamentales.

##### 4.1. 1. Un instrument à l'usage de l'enseignant

L'enseignant se veut généralement agent de changement, rôle que ne lui confère pas automatiquement le choix de tel ou de tel moyen pédagogique dans l'arsenal des méthodes, des techniques et des matériels. Les modes de travail pédagogique constituent en quelque sorte un instrument de diagnostic des pratiques effectives, une grille d'analyse, un mode de lecture, élaboré à l'intention des formateurs en vue de leur permettre une meilleure saisie du sens qu'ils donnent au sens de leurs pratiques professionnelles en santé.

- *Un outil théorique, non une description ou une étude des moyens et des pratiques pédagogiques.*

Ainsi que nous l'avons développé au début de ce travail, notre intention n'était pas de décrire ou de classer les méthodes, les techniques et matériels pédagogiques – les moyens pédagogiques – en vue de les présenter d'une façon de celles qui sont actuellement en usage. Notre intention est d'introduire une nouvelle lecture des modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage à partir du rôle pédagogique joué par la formation initiale des agents socio-sanitaires.

A défaut d'études empiriques sur les modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage eux-mêmes, nous avons utilisé comme matériaux d'analyse les moyens pédagogiques tels qu'ils sont décrits ou modélisés dans les ouvrages de formation essentiellement rédigés par des praticiens relatant ou modélisant la mise en pratique de ces modèles. Nous avons ainsi considéré que les modèles théoriques et le processus d'apprentissage et les méthodes applicables correspondraient à des pratiques réellement éprouvées dans certaines circonstances professionnelles considérées comme utilisables dans d'autres situations de formation. Ces modèles théoriques et le processus d'apprentissage

représentent en quelque sorte des pratiques pédagogiques professionnelles cristallisées, des dispositifs plus ou moins complets de formation, utilisées dans d'autres démarches inventives ou au sein d'autres dispositifs nouveaux, ou simplement reproduits par une pratique mimétique ou répétitive. A partir d'un aspect de la réalité de formation des agents socio sanitaires, à savoir son rôle dans le processus de production de savoirs académiques des agents socio sanitaires, c'est-à-dire d'une perspective de dynamique professionnelle, nous avons essayé de bâtir une représentation signifiante de cet aspect de la réalité en regroupant certains éléments significatifs autour d'une relation aux modèles théoriques (Eymard, 2010) et d'une relation au pouvoir de (Lesne, 1994) qui nous ont permis de structurer toute action pédagogique.

Non seulement dans ce travail d'exploration descriptive, nous n'avons pas décrit l'ensemble des moyens pédagogiques, ni chacun d'eux en particulier, mais nous nous sommes bien gardés de les classer. Ils n'ont été examinés qu'en fonction de notre propos qui n'est pas de les réduire à tel ou tel type de modèles mais de ne retenir que les éléments susceptibles de concourir à une construction théorique. La pertinence de cette construction ne peut se mesurer que par son application en retour sur la réalité de terrain professionnel des modèles qu'elle a utilisés et sur les processus d'apprentissage réels de formation qui offrent des connaissances nouvelles.

Enfin, notre construction théorique n'est pas une démonstration de ce qui existe mais un cadre théoriquement en considération tout ce qui pourrait aussi exister concrètement. Elle ne s'oppose nullement au constat des effets reproducteurs de nos systèmes d'enseignement tels que les ont démontrés certaines personnes des institutions dirigeantes de l'éducation. Elle n'est pas un outil d'analyse scientifique du réel, mais un outil de clarification au service de l'action de professionnalisation par la recherche. C'est justement la lecture des résultats d'enquêtes objectives sur la réalité qui nous a amenés à construire un modèle d'analyse qui s'efforce, d'une part, de dévoiler les mystifications pédagogiques camouflant le rôle réel de certaines pratiques, d'autre part, de dépasser les conclusions fatalistes que peuvent induire les études objectives de la situation actuelle de la formation des agents socio sanitaires, en proposant aux formateurs une matrice des modèles théoriques d'analyse ouverte sur le possible pédagogique puisqu'elle s'appuie sur une virtualité réelle de la dynamique professionnelle et aussi des pratiques allant dans ce sens.

- *Un modèle théorique d'analyse des pratiques professionnelles, non d'action pédagogique*

En aucun cas, les modes d'action pédagogique ne doivent apparaître comme des modèles théorique d'action pédagogique, des voix contradictoires entre lesquelles on pourrait relever celle qui serait seule appliquée. Nous n'avons pas essayé de dépasser les habituelles bipolarisations des discours pédagogiques entre ce qui serait traditionnel ou actif, technocratique ou humaniste, direct ou non-directif, etc., pour proposer une nouvelle opposition ternaire entre modes d'action professionnels pédagogiques. A nos yeux, selon (Lesne, 1994, p. 164) « il n'existe pas trois manières pédagogiques différentes de faire de la formation, mais une manière globale fort complexe qui n'est que la spécification dans le champ pédagogique d'un processus social fondamental et où ne peuvent pas ne pas coexister à des degrés divers ». Les trois aspects que nous avons essayé de caractériser.

Les rapports entre les trois aspects de ce processus sont en définitive fonction des conditions socio-historiques qui peuvent favoriser l'exercice, différencié selon les groupes socio-éducatifs, de tel ou tel d'entre eux. Les pratiques professionnelles de formation élaborées et mises en œuvre dans le domaine pédagogique sont le résultat des efforts orientés des hommes, dans le cadre de ces conditions socioprofessionnelles qui les structurent ; et les conditions qui autorisent l'exercice de telles ou telles pratiques dominantes sont les mêmes que celles qui permettent l'existence de pratique différentes. Nous avons essayé de défricher le champ de leur complexité et de leur et de leur relations réciproques en traversant ce champ de manière à relier ses parties visibles à trois aspects fondamentaux mais plus cachés du processus de professionnalisation par lequel toute formation professionnelle se maintient, évolue ou se transforme. Nous avons ainsi élaboré, en définissant des types de rapports au savoir et au pouvoir de (Lesne, 1994) trois modèles théoriques d'action pédagogique : ils recouvrent des systèmes de relation qui ne sont pas une essence extraite du réel mais qui sont destinés à être appliqués au réel à partir des présupposés théoriques que nous venons de rappeler.

Ces présupposés théoriques nous ont paru bons pour atteindre un but : celui de permettre aux formateurs une lecture de leur pratique professionnelle et par conséquent une meilleure adéquation de celles-ci aux objectifs qu'ils poursuivent et une plus grande lucidité vis-à-vis de la portée véritable des objectifs pédagogiques eux-mêmes. Ils nous ont paru également en accord avec les faits qu'ils prétendent mieux faire connaître. Mais, le danger serait grand d'assimiler, par habitude mentale, ces moyens d'étudier et de comprendre des phénomènes complexes à des modalités réelles d'action de la professionnalisation par la recherche en formation initiale des agents socio sanitaires. Nous ne proposons pas des théories de

pratiques, mais un modèle d'analyse, non pas de normes d'action mais un outil d'appropriation de connaissances.

Certes, et nous l'avons observé dans la déclaration des personnes enquêtées, la tentation est grande de réifier la modélisation théorique de Chantal Eymard (2010), les modes de travail pédagogique de Marcel Lesne (1994) et de choisir alors comme modèle d'action pédagogique ceux qui paraissent les plus conformes à leur idéologie ou aux conditions de leurs pratiques en vue d'une professionnalisation par la recherche. Il faut avouer d'ailleurs, que la modélisation théorique et les modes de travail pédagogique semblent s'exclure l'un l'autre par les différentes antinomiques la production de savoir et les rapports au savoir et au pouvoir de chacun d'eux. Comment un enseignant peut-il en même temps servir de façon peut-être différenciée mais réelle, deux ou trois conceptions absolument opposées du savoir et du pouvoir ? Le cours magistral, la dynamique de groupe, l'alternance, par exemple, ne sont pas que l'objet de conflit instrumentaux, ils représentent des conflits de finalité, et le formateur peut difficilement composer théoriquement avec ces moyens pédagogiques qui semblent ne pas pouvoir coexister.

En réponse à ces objections, nous argumentons que le modèle d'analyse ne s'applique pas au style de l'enseignant ou du formateur, à sa disposition d'esprit, à la visée qu'il entend poursuivre : à ce niveau psychologique du problème, notre construction théorique opérée n'apporte pas de réponse et chacun peut, en quelque sorte, trouver dans un des modèles théoriques ou des modes de travail pédagogique la voie idéale qu'il entend suivre. Notre modèle s'applique comme grille d'analyse au champ des pratiques pédagogiques effectives, telles qu'elles résultent des contraintes des situations sur le terrain, non à des intentions ou à des styles personnels qui ne peuvent pas toujours s'actualiser.

Les modèles théoriques et les modes de travail pédagogiques s'articulent de façon contradictoire et complémentaire en un processus circulaire qui ne peut s'observer pleinement que dans le cadre d'actions pédagogiques complètes et non à propos d'actions ponctuelles. Dans cette dimension temporelle apparaissent plus nettement les infléchissements des projets pédagogiques du formateur, les intentions entre les dispositifs pédagogiques mis en place et les situations de formation où interviennent de multiples variables institutionnelles et sociales, le sens véritable de l'action pédagogique développée en fonction de ce que les situations professionnelles permettent de faire et sous la contrainte de ces situations.

#### **4.1.2. Un modèle applicable aux démarches pédagogiques dans leur globalité et leur réalité**

- *Les moyens pédagogiques sont rarement employés seuls*

Remarquons d'abord que si certains moyens pédagogiques, tels ceux cités ci-dessus, peuvent s'identifier à des modes de travail pédagogique par les relations au pouvoir et au savoir qu'ils recouvrent, s'ils s'excluent effectivement en tant que pratiques isolées, ils sont rarement employés seuls. Ils sont souvent précédés ou suivis d'autres moyens pédagogiques où apparaissent des modalités d'action pédagogique différentes. Dans son chapitre consacré aux buts formatifs poursuivis à travers l'expérience du groupe de diagnostic, en soi module archétypal de notre deuxième mode de travail pédagogique, Ardoïno cité par (Lesne, 1994), rappelle avec pertinence sa subordination finale aux objectifs de la formation : « Aucune technique, quelle que soit sa pureté ou sa valeur intrinsèque, ne peut ni ne doit être privilégiée par rapport aux autres. L'efficacité finale est seulement fonction du but. Dans cette perspective, le groupe de diagnostic n'est à lui tout seul un instrument de formation suffisant à lui-même et, comme tel, comparable à d'autres. Il est ingrédient, un outil de formation, entrant dans la composition d'une action pédagogique plus complexe », (Lesne, 1994, P. 167). C'est ainsi des groupes d'exercices, des travaux pratiques, des soirées culturelles, des conférences faites par des experts, des théoriciens ou des professionnels apportent des matériaux théoriques et pratiques véhiculant des rapports au savoir et au pouvoir différents de ceux relatifs à l'outil pédagogique autour duquel ces nouveaux moyens s'articulent. Même si la visée essentielle demeure déconditionnement à la faveur de l'analyse de ce qui se passe dans le groupe, et le maintien d'un climat permissif pour que le reconditionnement à partir des matériaux présents soit élaboré par la personne en formation elle-même, il n'empêche que le reconditionnement s'opère alors par une appropriation de schèmes ou d'éléments de schèmes offerts, ce qui renvoie au mode de travail pédagogique premier dans la mesure où les matériaux ainsi préposés véhiculent ces schèmes ou éléments de schèmes. De même, dans la formation l'analyse institutionnelle, « on ne s'interdit pas des importations didactiques dans le stage, on ne cède pas au fétichisme de la non-directivité » (Ibid., 1994 p. 168). Des travaux de groupe peuvent aussi très bien succéder à un exposé magistral. Telle formation de type didactique comportera des séminaires préalables de sensibilisation. Mieux, l'orientation béhavioriste et directive du micro-enseignement, en tant que méthode de formation mettant l'accent sur les aspects comportementaux de l'acte pédagogique, pourrait très bien converger vers les principes d'une orientation non-directive :

« en structurant d'une certaine façon le processus d'apprentissage, le micro-enseignement permet de précipiter la combinaison entre formation active et formation non-directive. Du même coup, il se prémunit contre le danger laxiste non interventionniste qui pèse sur l'orientation non-directive » (Ibid., 1994, p. 168).

- ***L'ambivalence de certains moyens pédagogiques***

Ce qui peut paraître comme un moyen univoque qui peut se révéler dans la pratique comme capable d'accommodation et susceptible de servir plusieurs fins. Nous avons vu comment la méthode des cas peut relever du premier mode de travail pédagogique par son caractère de simulation du réel, du deuxième mode de travail pédagogique lorsque la relation pédagogique développée à son propos se centre sur les relations dans le groupe qu'on appelle le (socio constructivisme) et non sur le contenu, du troisième mode de travail pédagogique, lorsqu'il s'agit des problèmes réels de la vie professionnelle quotidienne considérés comme points de départ et points d'arrivée de l'action pédagogique menée avec les personnes en formation.

Le groupe semi-structuré (ou groupe d'évolution) et plus encore le groupe structuré (visant à la fois l'apprentissage et l'évolution) qui combinent diversement ce qui relève de la prise de conscience et ce qui ressortit à l'apprentissage, ne servent-ils pas de fins différentes relevant du premier mode ou du deuxième mode de travail pédagogique selon que l'accent est mis sur l'une ou l'autre des deux composantes ? Le procédé de l'alternance, aujourd'hui à la mode, peut également servir les trois modes de travail pédagogiques dans les formes de « fausse alternance » (simple juxtaposition d'enseignement didactique et de stages pratiques), d'« alternance approchée » (réintroduction de données recueillies à l'extérieur dans le vécu et le travail d'un groupe), d'« alternance véritable » (articulation réelle de la formation théorique et pratique).

- ***L'importance du sens de la démarche pédagogique complète***

En tout état de cause, dans le processus d'une action de formation (et non dans le d'une courte séquence) aussi bien que dans le processus de formation suivi par une personne dans les lieux de formation successifs, interviennent des modalités pédagogiques que l'on pourrait juger contradictoires du seul point de vue du formateur acquis à tel ou tel style de travail, mais fondamentalement complémentaires (surtout si le formateur laisse à d'autres le soin d'effectuer ce qu'il ne veut, ne peut ou ne sait pas faire). Les effets de la mise en application d'une méthode ou d'une technique pédagogique varient selon les conditions de leur mise en œuvre. Ce sont des outils sociaux reliés à la réalité sociale globale et qui contiennent toutes



sortes de virtualités. Ils peuvent provoquer des effets contraires ou différents de ceux que l'on pourrait attendre d'une technique sûre ou d'un procédé éprouvé. L'enseignement magistral peut changer d'allure et s'orienter vers d'autres modalités d'action pédagogiques, parfois tout à fait opposés à ses caractéristiques fondamentales, lorsqu'il s'adresse à un groupe très restreint. Le non-directivisme selon Lesne (1994) « non exempt de malentendu et de confusion » appliqué dans le cadre d'un grand groupe peut très bien instaurer, sous l'illusion d'une levée de contraintes et celle d'une libération de spontanités, une autorité répressive fondée sur la culpabilisation ou une dépendance cachée mais véritable. Le travail en groupe n'articule sa logique interne, sa centration sur l'ici et maintenant, le vécu d'un groupe et son refus du passé et de l'avenir, que s'il s'inscrit en rupture avec le monde extérieur, dans un cadre temporel et spatial déterminé.

Les orientations méthodologiques, les styles personnels eux-mêmes ne sont pas le reflet de rapports au savoir et au pouvoir absolument désincarnés : beaucoup d'animateurs se voulant non-directifs poursuivent en même temps des objectifs simultanés de provocation à un changement interne au niveau des attitudes et de transmission, par eux ou par d'autres, de schémas de pensée en pertinence avec des modèles de connaissances. De farouches partisans de l'enseignement programmé individuel et à distance ne croient pas à dévier de leur conviction pédagogique en insérant des travaux de groupe et des séances d'échange allant parfois, au-delà de la simple comparaison de progrès individuel, jusqu'à la formation mutuelle.

En fait, si le dispositif pédagogique peut être, dans le meilleur des cas, entièrement mis en place par le formateur ou l'enseignant qui cherche à y inscrire la finalité qu'il enseigne à l'éducation, la stratégie d'ensemble qu'il a choisie, les objectifs et les moyens pédagogiques retenus, ce dispositif n'est jamais totalement maîtrisé par lui dans sa structuration et dans son dynamisme. La formation est le lieu de rencontre de nombreuses déterminations sur lesquelles il ne peut agir que partiellement. Si bien que, croyant servir l'idée qu'il se fait de la formation, ou réaliser un projet pédagogique déterminé, il lui arrive d'aboutir à des résultats inattendus, contraires ou différents de ceux qu'il poursuivait. En réalité, dans une action de professionnalisation en formation, le dispositif mis en œuvre et/ou animé par l'enseignant fonctionne en relation avec la situation de formation de socialisation bien définie. Le formateur ne réalise qu'en définitive que ce que la situation pédagogique lui permet de faire, y compris sa propre insertion institutionnelle et professionnelle.

Les instruments d'analyse que nous proposons dans le cadre de cette étude ne sont pas destinés à améliorer un conflit de finalités ou de résoudre instrumental professionnel en proposant des axes d'action et des instruments pédagogiques classés selon ces axes. Il devrait tout simplement permettre un recul réflexif du formateur par rapport à sa pratique afin d'en mieux lire le sens. Car, enfin, l'idiologie non-directive du formateur ou de l'enseignant ne confère pas à tout ce qu'il fait, la vertu de développer automatiquement les personnes en formation : elle peut coexister avec des pratiques de formation fortement cadrées ; la mise en œuvre sans vergogne d'un enseignement magistral (comme cela se passe le plus souvent dans nos écoles) peut très bien jouer un rôle d'incitation ou d'éveil plus puissant que celui recherché par toutes les méthodes cherchant à libérer les forces créatrices, la spontanéité agissante, les potentialités de l'individu et les forces instituant. Le désir de mettre en œuvre une véritable alternance n'évacue pas le danger à un véritable conditionnement socioprofessionnel. A nos yeux, la réussite totale et isolée d'un seul mode travail pédagogique dans l'hypothèse où il serait pris comme modèle d'action professionnelle serait la négation même de la formation : « celui où l'identique reproduirait l'identique, celui où la pure incitation personnelle aboutirait au fantasme de la formation totale de soi par soi, celui où l'action au niveau de l'insertion de socialisation se réduirait à la pure agitation sociale.

L'impossibilité théorique au niveau de la construction des modèles et impossibilité pratique devant la mixité méthodologique et le caractère synthétique des actions de formation se rejoignent ici pour inciter à user simultanément des trois clés que sont les méthodes de travail pédagogiques pour essayer de lire plus complètement les pratiques de formation<sup>85</sup>.

#### **4.1.3. Quelques esquisses d'application à des pratiques rapportées**

En construisant les modèles théoriques d'action pédagogiques, nous avons été amenés à évoquer certaines pratiques de formation ou certaines méthodes de formation qui ne sont en définitive que des pratiques cristallisées nées dans certaines situations de formation et hissées au niveau de la généralité ou de l'universel. Nous avons été conduits à n'en prélever que des éléments signifiants d'un des aspects de la réalité que nous avons retenu dans notre projet d'étude, à savoir le rôle de la formation des agents socio sanitaires au Tchad. Nous voudrions, à titre d'exemple, jeter un rapide coup d'œil sur certaines pratiques rapportées par leurs auteurs sur le terrain, en soulignant que leur récit formalisé et rationalisé ne reflète pas la réalité des pratiques et qu'un certain biais peut ainsi être introduit dans cette opération.

---

<sup>85</sup> Nous raisonnons ici en pédagogue à travers la sociologie, et non en sociologue qui étudierait alors les pratiques concrètes dans le cadre de leurs déterminations sociales.

Sans en avoir le privilège, la formation des agents socio sanitaires recouvre un champ de pratiques où le mode de travail pédagogique de niveau trois se retrouve peut-être d'avantage qu'ailleurs. Un tel constat n'est pour étonner si l'on note qu'il s'agit d'une formation explicite d'agents socio sanitaires impliqués institutionnellement dans le processus de formation lui-même. C'est ainsi qu'une formation des agents socio sanitaires en milieu professionnel s'articule autour d'un projet professionnel étroitement proche du modèle de travail pédagogique de niveau trois : (Lesne, 1994, p. 173) « construire les situations qui permettent le mieux l'élaboration et l'appropriations des connaissances par les formés d'un projet pédagogique et sa mise en relation avec les situations professionnelles réelles, sans pour autant qu'il s'agisse d'une reproduction pure et simple des modèles théoriques... ». l'alternance véritable, le travail de groupe (socioconstructivisme), l'approche globale et pluridisciplinaire des situations, la formation méthodologique conduisant à une appropriation par les personnes en formation, la possession d'un savoir au niveau de l'équipe de formation (un animateur et un spécialiste du contenu étudié pour chaque séquence de formation), la relation dialectique entre l'analyse des situations et les différents apports théoriques, l'explicitation des cadres de référence des analyses à partir des lieux de parole (position sociale), sont ici autant de caractéristiques d'une formation destinée à permettre aux personnes en formation d'agir sur leur milieu de travail professionnel ; pour se réaliser pleinement, cette formation conçoit la situation de formation elle-même comme une situation où elles sont également des agents de socialisation, ce qui implique son analyse et sa transformation constantes.

#### **4.2. CONTRIBUTION POUR LA MOBILISATION DES MODELES THEORIQUES DE SANTE DANS UN PROCESSUS D'APPRENTISSAGE**

Dignes d'une recherche scientifique, ces pratiques ne relèvent donc pas du simple empirisme ou d'hypothétiques prédispositions individuelles, elles supposent aussi de multiples savoirs, savoir-faire, savoir être et une multitude de compétences qui s'apprennent et se travaillent, notamment pendant la formation initiale. La mise au jour d'une certaine tendance à la sclérose des pratiques éducatives, non sans lien avec le manque de formation, devrait donc conduire à une prise de conscience et à l'évolution de la formation des agents socio-sanitaires dans ce domaine, mais aussi à l'évolution du processus d'apprentissage des pratiques professionnelles en santé.

#### **4.2.1. Seul l'enseignant lui-même...**

Les agents socio sanitaires ont généralement le sentiment d'exercer une profession mal connue; la perception d'un manque de reconnaissance est alors associée à cette méconnaissance. Nous sommes convaincus que si la reconnaissance professionnelle des agents socio sanitaires peut être accrue, ce ne peut être qu'à la suite d'un travail de réflexion profond des professionnels sur leur activité, leur rôle et leur place dans la naissance de professionnalisation.

Cette thèse contribue sans aucun doute à ce travail de réflexion sur l'activité et les pratiques des agents socio sanitaires en formation initiale. Elle devrait donc concourir à l'amélioration de la connaissance et de la reconnaissance de la profession, des pratiques professionnelles menées auprès des enseignants, mais aussi des pratiques formatives auprès des étudiants. Et, en conséquence, à l'amélioration des pratiques elles-mêmes, puisque la reconnaissance est une condition première au développement de compétences (Jobert, 2003).

Cette recherche participe sans aucun doute de la valorisation des pratiques éducatives, et tout particulièrement des pratiques en mode de travail pédagogique, mais aussi de leur inscription concrète dans le champ de l'enseignement de modèles théorique de santé, parfois encore mal identifié sur le terrain du processus d'apprentissage. Souvent sous-évaluées au profit des dimensions médicale et technique de la profession, ces pratiques sont éclairées d'un nouveau regard par notre étude, rendant visibles dans un même temps les savoirs et les modèles théoriques qui leur sont sous-jacents.

S'éloignant d'un rôle d'éducateur pour lequel serait prescrit «un idéal type de la pratique» (Jorro, 2002a, p.24). Les personnes des institutions dirigeantes que nous avons interrogées ont mis en évidence qu'il était possible d'agir sur une posture professionnelle. En menant une réflexion critique à la fois sur leurs propres pratiques et sur le contexte sanitaire, social et culturel qu'elles prennent en compte, ces agents socio sanitaires retrouvent une liberté de parole et d'action, montrant les vertus autonomes propres au questionnement des pratiques. Il existe toujours une «marge d'initiative» (Gagnayre *et al.* 2008, p. 39) qu'il est possible d'exercer en vue de «déconstruire des normes dont certaines limitent l'émancipation» (Ibid.,2008 p.43). Ainsi, le développement de l'autonomie des enseignants ne semble pas indépendant de celui des étudiants. Favoriser le développement de l'autonomie au sens où elle permet l'émancipation de l'étudiant suppose des pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans une démarche de développement du processus d'apprentissage pour les agents socio sanitaires.

Ceci devrait être un encouragement à la diversification des ancrages théoriques de leurs pratiques pédagogiques, mais aussi au développement de pratiques réflexives de questionnement et d'analyse qui pourraient conduire à faire reculer peu à peu la prédominance des pratiques behavioristes et instructives et à étendre leur marge d'initiative.

Face à la modélisation actuelle des modèles théoriques et aux contraintes de la prise en charge formative et du systématisme pédagogique qu'elle implique, les séances de mode de travail pédagogique sont une occasion unique d'accueillir le « souci de soi » au sein de la formation, (Lesne, 1994) préservant un espace de parole pour les étudiants, un temps d'ouverture à l'autre et de reconnaissance de sa singularité. L'enseignant ou le formateur ne peut ignorer cette opportunité. S'en saisir est sans aucun doute une voie en faveur de l'évolution des pratiques autour des modèles théoriques, même si l'enseignant s'expose alors à développer leur autonomie et à faire évoluer leur rapport au savoir, au corps professionnel auquel il appartient et au système de formation auquel il apporte sa contribution.

Par ailleurs, les résultats de cette thèse, mettent en exergue l'aspect souvent minimaliste des pratiques d'encadrement. Au-delà de la valorisation que produit le fait de s'y intéresser pour un travail de recherche, les résultats apportés par cette recherche pourraient inciter, dans un premier temps, à un questionnement de la part des professionnels. Dans un deuxième temps, il est légitime d'espérer, compte tenu des offres actuelles de formation au tutorat proposées par certaines écoles de formation des agents socio sanitaires et plusieurs organismes professionnels, une amélioration de l'encadrement des étudiants stagiaires. Ceci pourrait, notamment, être le cas en vue du développement de compétences de professionnalisation, répondant ainsi à la nécessité d'amélioration de la formation initiale dans ce domaine. On peut alors imaginer la mise en place d'un cercle vertueux : les agents socio sanitaires mieux formés feraient évoluer leurs pratiques professionnelles et formatives favorablement.

Ainsi, l'illustrent les esquisses d'application pédagogique tentées ci-dessus, notre instrument d'analyse convient difficilement à des récits qui sont des constructions mettant en œuvre des modèles théoriques explicites ou implicites de la réalité du terrain et ne reflètent qu'une partie ou certains aspects de faits. Les modèles théoriques que nous proposons, et qui viennent à dégager l'usage du processus d'apprentissage des moyens pédagogiques, ne peuvent pleinement jouer leur rôle que s'ils interviennent à propos des faits eux-mêmes et au moment où ils se produisent. C'est un outil essentiellement conçu pour le formateur non mimétique ou répétitif qui, au cours de toutes les phases d'une action de formation, élabore en même temps la théorie de sa pratique. C'est un rapport d'appropriation que proposent les modèles

théoriques, non un rapport d'adéquation ou de similitude avec le réel. En présentant un cadre d'analyse de situation à un enseignant qui se situe comme un homme d'action et se veut souvent agent de changement, notre ambition est de lui offrir simplement un moyen de s'approprier de connaissances sous l'angle de sa fonction professionnelle de formateur. Nous pensons en effet que, à chaque situation toujours singulière de formation, la tâche du formateur ou de l'enseignant est une action renouvelée et une création difficile qui rend la pédagogie fille de l'obstacle et de la réflexion armée sur les obstacles. Chaque situation de formation exige des réponses mettant en jeu les forces intellectuelles, les connaissances et les valeurs du formateur ; sous l'acte pédagogique apparent et parfois rituel s'ajoutent cependant des actes invisibles et néanmoins essentiels qui donnent sens à l'ensemble de son action professionnelle. Pour que le métier de l'enseignant continue à être habité par la pédagogie, pour que l'authenticité de ses connaissances pédagogiques ne découlent pas de consignes édictées par les situations de formation elles-mêmes ou dans les lieux éloignés des réalités de sa pratique, il convient que l'enseignant soit invité et incité à la formulation théorique de ses observations. Si l'enseignant se tourne vers le théoricien ou le formateur de formateur, ce n'est pas pour savoir ce que ces derniers feraient s'ils étaient à sa place ; il cherche au travers de cette quête au-delà de sa propre pratique, non des consignes mais ce que lui, formateur, pourrait faire s'il possédait les connaissances postulées chez ceux à qui il s'adresse, compte tenu de sa personnalité, de ses idées, de ses valeurs et des situations dans lesquelles il se trouve placé.

C'est pourquoi, considérant le formateur comme faisant la pédagogie, « comme un authentique producteur théorico-pratique » (M. Lesne, 1994, p. 180). Nous avons essayé de lui présenter un outil d'appropriation de connaissances et de la réalité pédagogique. L'outil provisoire qui est le reflet de notre propre activité théorique et pratique. Un outil que nous cherchons à mettre constamment en relation critique avec les faits de formation que nous sommes amenés à affronter. Un outil que tout formateur peut par conséquent, lui aussi, adopter provisoirement sous un tableau, d'après Lesne, (1994), à adapter ou à rejeter. L'essentiel pour nous, est qu'il puisse contribuer d'une manière ou d'une autre, à nous méfier de l'illusion de la transparence pédagogique, et, qu'il soit l'occasion de nouvelles constructions individuelles davantage conscientes aussi bien des limites que des possibilités de l'action pédagogique dans notre système de formation des agents socio-sanitaires au Tchad. Voyons le tableau d'illustration de la « *matrice des principales caractéristiques des modèles théoriques de modes d'action pédagogique* », (annexes 6, P. 86-87).

### **4.3. APPORT A LA COMMUNAUTE SCIENTIFIQUE**

En termes de projet de recherche, à la communauté scientifique, il est évident que la République du Tchad à travers le Ministère de la Santé Publique comme dans tous les pays au sud du Sahara, est confrontée à de nombreux défis sanitaires parmi lesquels : les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies cardiovasculaires, les complications de la grossesse et de l'accouchement, et les maladies dues aux carences nutritionnelles etc. Les conditions climatiques difficiles, la pauvreté et les troubles sociopolitiques que connaît le pays depuis plusieurs années ont contribué à la dégradation de la situation sanitaire.

Les principaux indicateurs de santé, selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Tchad-Tome A (2010), font partie des moins bons de la sous-région africaine : « mortalité infantile à 103‰, la mortalité néonatale à 39‰, la mortalité maternelle à 1099 pour 100000 naissances vivantes ». Dans le même temps, les ressources humaines (RH) qualifiées (qui ont reçu une formation en sciences infirmières appropriées) pour faire face aux différents défis de santé demeurent insuffisantes. Préoccupé par cette situation tant sur le plan des ressources humaines que la qualité de la formation spécialisée en soins, des modèles de santé mobilisés dans la formation professionnelle des agents socio sanitaires, le Ministère de la Santé Publique a déployé depuis quelques années de nombreux efforts pour améliorer l'état de santé de la population par le biais, entre autres, de l'accroissement des ressources humaines en qualité dans une dimension de l'approche théorique et pratique des modèles biomédical et biopsychosocial de la santé.

Ainsi, les structures de formations ont été créées et soutenues par l'Etat et ses partenaires techniques et financiers. Divers plans de développement des ressources humaines et de la formation ont été élaborés. Nous retenons notamment le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad couvrant la période de 2000 à 2030 (qui a été révisé en décembre 2009 pour couvrir la période jusqu'en 2020), les plans triennaux de formation continue, Politique Nationale de formation des ressources humaines de santé, 2010-2015, version du (12 juin 2010). Plusieurs évaluations ont été réalisées portant sur la formation initiale, la formation continue ainsi que les structures de formation. Ces évaluations ont relevé des points forts, mais aussi des insuffisances qu'il convient de corriger. Ces efforts qui ciblent les ressources humaines et la formation visent à assurer de façon efficiente la mise en œuvre de la politique nationale de formation dont l'objectif est d'assurer à la population l'accès au service de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité. Le plan national de développement sanitaire 2009-2012 qui découle de la

politique nationale de santé a retenu comme problème prioritaire à résoudre « l'insuffisance quantitative du personnel qualifié dans le domaine de la formation ». La notion de personnel qualifié fait référence aux compétences professionnelles nécessaires à acquérir par le personnel de santé pendant sa formation initiale pour fournir des services de santé de base de qualité permettant d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité. Pour disposer d'un tel personnel, il faut une formation de qualité professionnelle scientifique qui confère les compétences professionnelles requises tant en cours de la formation initiale qu'en cours d'emploi. D'où la nécessité de définir un cadre de référence pour le développement de cette formation initiale dans les établissements d'enseignements en santé. Le présent travail de recherche en thèse de doctorat en sciences de l'éducation vise à répondre à cette nécessité en se penchant sur l'approche complexe de la santé qui s'inscrit dans les trois modèles de santé : modèle biomédicale, le modèle biopsychosocial et le modèle global de santé ou la (santé holistique).

La vision de cette recherche exploratoire, est celle d'un système intégré reliant les objectifs du système de santé, et un réseau d'institutions de formation professionnelle pour la préparation des prestataires de services compétents, bien formés au cours de leur apprentissage en formation initiale. A termes, cette étude permettra de fournir au personnel ayant des compétences professionnalisation par la recherche pour offrir des services uniformes et de haute qualité, répondant aux besoins de la population et respectant l'éthique et les normes culturelles des communautés. La dynamique de ce projet scientifique, tout comme la nécessité d'avoir recours à la théorie comme repère dans la pratique, confère un statut spécifique des savoirs dans la formation professionnelle et suppose aussi un mode d'acquisition spécifique (dans les modèles). La problématisation des pratiques dans un apprentissage ne consiste pas à consommer des savoirs déjà constitués et judicieusement mis à la disposition du formé. L'apprentissage d'analyse des pratiques professionnelles pour le professionnel passe par la production de savoirs.

La production de savoirs, plutôt que leur consommation, à notre avis est rendue possible par deux moyens complémentaires qui structurent tout projet de formation : la formation en alternance (théorie/pratiques) et la formation par la recherche. Le premier communique les savoirs produits à travers des rapports de stages, le second par l'élaboration du mémoire professionnel. La recherche a toujours une dimension qu'on désigne parfois praxéologique, en ce sens que si la recherche ne dicte pas des solutions aux étudiants en formation, elle nourrit la pratique, elle peut apporter bénéfiques aux étudiants et les praticiens de terrain sans pour



autant aboutir à des préconisations. Le chercheur n'est pas « conseiller » évoque (Donnadieu *et al.* 1998, p. 97). C'est la connaissance des recherches par les étudiants eux-mêmes qui peut changer les pratiques professionnelles et de l'intérêt de rendre capables les étudiants de lire la recherche.

Pour cela, le processus d'initiation à la recherche engagé dans la formation initiale en santé comporte en son sein des passages obligés pour l'étudiant afin de problématiser et modéliser les pratiques professionnelles dans le but d'activer son processus de l'écriture de mémoire et d'analyses des pratiques professionnelles. La formation initiale et la formation continue sont harmonisées et coordonnées dans un cadre règlementaire sous-tendu par les orientations stratégiques des analyses des pratiques professionnelles dans un but bien défini à cet effet.

Ainsi, nous nous donnons comme thème à ce projet de thèse: « Activation du processus de production de l'écriture de mémoire et d'analyses des pratiques professionnelles : le cas des établissements d'enseignements supérieurs et des instituts de formation en santé». La question de départ de recherche et de l'hypothèse de thèse restent les mêmes comme dans le présent travail de recherche.

Le but de cette thèse est de contribuer à l'atteinte des objectifs des stratégies de la formation initiale, par l'activation des processus de production scientifiques par la professionnalisation par la recherche dans les établissements d'enseignements supérieurs et des instituts de formation en santé.

L'objet général de recherche est d'améliorer la qualité de la formation par la recherche dans les Facultés d'enseignements médicaux et les Ecoles de formation des paramédicaux, en vue de trouver une réponse appropriée aux besoins de santé des populations d'une part, et du personnel en matière de compétences, de développement de l'identité professionnelles d'autre part, en tenant compte des priorités de programmes de la formation dans la perception de l'être humain issu des modèles de la santé : modèles biomédical et global.

Nous proposons pour le moment à ce projet, l'atteinte des objectifs spécifiques évoqués ci-haut. Ces axes stratégiques de la recherche ont la responsabilité de fournir du personnel compétent et professionnel. Pour y parvenir, un champ de recherche institutionnel adapté doit être attribué permettant d'une part, de garder une crédibilité auprès des étudiants et des décideurs et d'autre part, disposer d'une autonomie de décision à l'abri de toutes influences pouvant altérer la qualité des travaux de la présente thèse. D'où la nécessité de trouver un champ de recherche efficace et approprié en gestion de formation.

Nos résultats ont mis en évidence différentes logiques des pratiques pédagogiques pour la santé, tout d'abord, d'un point de vue de l'action éducative proprement dite (stratégies pédagogiques, etc.).

Ensuite, en ce qui concerne la posture professionnelle des agents socio-sanitaires, et enfin, quant aux attendus des professionnelles à l'égard des étudiants, notamment selon la perception qu'elles ont de l'autonomie de ces derniers.

Ainsi, à l'issue de cette thèse, de nouvelles caractéristiques spécifiques d'autonomie de chaque association des modèles théoriques ont pu être identifiées. Ces résultats nous conduisent donc à proposer une évolution de la modélisation théorique initialement utilisée par (Eymard C., 2010), liée à son application dans le champ de l'éducation pour la santé en matière de formation. Une nouvelle taxonomie des critères et indicateurs caractérisant les différentes associations définies à la croisée des modèles du processus d'apprentissage dans le tableau n° 40 à la page suivante.

**Tableau n° 36:** Caractéristiques de l'autonomie des agents socio-sanitaires perçue en pédagogie, croisant des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage.

**Modèles d'éducation et de santé**

	<b>Instruction</b>	<b>Développement du sujet</b>	<b>Socialisation</b>	
<b>Modèles du processus d'apprentissage</b>	<b>Béhaviorisme par l'exposé</b>	<p><b>Associée au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur la rationalité du sujet capable de s'imposer le bon comportement pour la santé en fonction des savoirs BM ou BPS accumulés.                      -Autonomie résultant de guidage, injonction et conditionnement verbal (sait que faire)</p>	<p><b>Associé au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur la négociation des normes BM ou BPS par le sujet en fonction de ses besoins.                      -Autonomie résultant des choix réalisés par le sujet dans la confrontation entre ses connaissances ou besoins</p>	<p><b>Associée au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur l'appropriation de normes BM ou BPS socialement valides                      -Autonomie résultant de l'action souhaitée par les membres du groupe, rendue possible par l'appropriation de savoirs socialement, médicalement valides.</p>
	<b>Béhaviorisme par l'action</b>	<p><b>Associée au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur la rationalité du sujet capable de s'imposer le bon comportement en fonction des gestes transmis.                      -Autonomie résultant du conditionnement gestuel (sait comment faire)</p>	<p><b>Associé au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur la négociation des apprentissages d'action à réaliser pour améliorer ou maintenir sa santé.                      -Autonomie résultant de choix réalisés par le sujet selon ses compétences et ses besoins.</p>	<p><b>Associée au Modèles BM ou BPS :</b>                      -Autonomie basée sur l'appropriation des exercices permettant d'agir.                      -Autonomie résultant de l'action souhaitée par les membres du groupe d'appartenance, de la communauté.</p>
	<b>Constructivisme</b>		<p><b>Associé au Modèles BM ou BPS ou SA :</b>                      -Autonomie comme processus situé, relatif et en devenir constant selon le contexte et l'histoire de la personne                      -Autonomie résultant de la capacité du sujet à questionner les normes BM ou BPS et à élaborer ses propres normes.</p> <p><b>Associé au Modèles santé SA :</b>                      Autonomie comme facteur de santé individuelle.</p>	<p><b>Associée au Modèles BM ou BPS ou SA :</b>                      -Appropriation du savoir en tant que qu'instrument d'émancipation                      -Autonomie comme processus évolutif de conscientisation dans et pour le groupe                      -Autonomie résultant de la capacité des membres du groupe à confronter les normes BM ou BPS à ses propres normes.                      Associée au Modèles SA :                      Autonomie comme capacité à agir sur la santé du groupe.</p>

L'autonomie des étudiants et enseignants est une question centrale de l'enseignement des modèles de santé. Elle est évoquée par la majorité des agents socio-sanitaires et des personnes des institutions, indépendamment des ancrages théoriques de leurs pratiques. Les résultats à ce propos mettent au jour, différentes perceptions de l'autonomie par les professionnels qui ont pu être rapprochés de modèles théoriques, d'autonomie retrouvés dans la littérature.

Les caractéristiques de l'autonomie des étudiants et des enseignants perçues dans le cadre d'une action pédagogique, en fonction de l'ancrage théorique des pratiques des professionnels, semblent pouvoir être généralisables, à des actions menées en formation par la recherche. Le tableau n°40 ci-dessus, expose donc différentes manières d'appréhender l'autonomie perçue par des agents socio-sanitaires que nous nous proposons d'innover ou mobiliser au processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé à vulgariser « modèle sujet autonome et socialisation » (Eymard, 2010).

Le tableau ci-dessus montre l'action pédagogique qui tend vers l'abolition d'une séparation entre le temps d'apprentissage et le temps de l'action pédagogique, entre la formation instituée et la formation incidente, entre la connaissance et l'action professionnelle, entre la formation et le travail productif, entre les épreuves personnelles des milieux de vie et les enjeux collectifs liés aux structures sociales, entre une nécessaire autonomie de la formation et la prise en compte de la réalité sociale qui la contient et tend à l'assujettir « modèle sujet autonome et socialisation » (Eymard, 2010).

#### **4.4. PERSPECTIVES**

A l'issue de ce travail de thèse, en termes de perspectives de recherche nos orientations et références aux modèles de la santé, nous paraît être l'un des éléments clés d'une piste de recherche ultérieure qui permettrait l'élaboration d'une approche complexe de la santé dans la formation. C'est un élément essentiel pour engager l'activation du processus de production de l'écriture scientifique (mémoire) et d'analyse de la professionnalisation par la recherche au niveau des établissements d'enseignement en santé.

##### **4.4.1. Les perspectives de recherche**

Il nous paraît de ce point de vue fondamental, que les modèles de santé ainsi que leur enseignement ou mobilisation de leur apprentissage en cours de la formation initiale, permettraient dans une certaine mesure la problématisation des pratiques professionnelles dans une approche complexe de la santé. Si apprendre passe par faire des liens entre la théorie et la pratique, alors il est nécessaire de s'y préparer. Mettre les chances de son côté, prendre

une attitude qui favorise la réussite de la formation. Ne se donner qu'un seul point de vue, selon (Donnadieu *et al.* p. 84), « c'est-à-dire un seul référentiel théorique pour construire des repères, c'est de s'empêcher de connaître la situation que je souhaite comprendre ». En ce sens, c'est aussi mettre en perspective les éléments nouveaux que nous rencontrons avec ceux qui nous constituent déjà.

Cette mise en liens, ou perspective est un travail que personne ne peut faire à la place de celui qui apprend pour affranchir son identité professionnelle. La formation professionnelle en santé s'est depuis longtemps intéressée aux liens entre la théorie et les pratiques. L'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être professionnels serait facilité par l'articulation entre l'Université ou l'Institut de formation et le terrain. D'où il y a nécessité d'initier les étudiants futurs cadres soignants pendant leur formation initiale à la problématisation de leurs pratiques professionnelles à travers la formation par la recherche en vue d'engager l'activation du processus de l'écriture scientifique de (mémoire) dans une approche complexe des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage à mobiliser. Il n'existe à notre connaissance, aucune étude nationale d'évaluation des pratiques de professionnalisation en formation des agents socio-sanitaires ou de leurs pratiques d'encadrement en situation d'éducation du processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé.

Cependant, quelques mémoires de fin d'étude des étudiants ou de formation de techniciens supérieurs en enseignement abordent la question de l'encadrement des étudiants socio-sanitaires stagiaires (IDE, SFDE), nous y avons fait référence. Dès lors, les pistes de recherche sont nombreuses. Si nous nous limitons à ce qui pourrait être une suite à notre thèse, compte tenu du caractère minimaliste des pratiques de professionnalisation, une enquête nationale (recherche) pourrait être réalisée auprès des étudiants socio-sanitaires en vue de dresser un état des lieux de leur formation en mode de travail pédagogique des modèles théoriques, notamment à l'occasion de l'immersion professionnelle en stages.

L'étude pourrait être réalisée sur plusieurs années, à la recherche d'une évolution dans ce domaine, en lien avec la mise en place du nouveau référentiel de formation et de la formation au tutorat des praticiens. Une étude sur la «modélisation théorique du système de santé», telle que l'a réalisée Eymard (2010) ou sur les principales caractéristiques des modèles théoriques de modes d'action pédagogique de Marcel Lesne (1994), pourrait être répétée dans plusieurs écoles du pays, en s'intéressant au processus d'apprentissage de l'enseignement des modèles théoriques de santé (voir volume, annexe 6, P. 82).

Enfin, une étude qualitative auprès des enseignants formés au tutorat pourrait également permettre d'appréhender les changements, estimés par ceux-ci, dans leurs pratiques d'encadrement en situation de mode de travail pédagogique. Pour poursuivre ou compléter notre recherche, à propos de professionnalisation par la recherche, une étude de ce type pourrait être réalisée auprès des étudiants et enseignants ayant participé à des séances de formation pédagogique, afin de mieux appréhender ce qu'ils estiment avoir appris pendant les séances de cours ; notamment en termes de développement de compétences, d'adaptation avant, pendant et après la formation.

Par ailleurs, en vue de mieux répondre aux besoins des étudiants et les enseignants dans le domaine de la professionnalisation par la recherche, l'enquête exploratoire pourrait mettre en évidence, compte tenu du spécimen d'échantillon. Nous estimons que l'enquête a requis un pourcentage (78.28% chez les étudiants et 64.6%) chez les enseignants évoqué ci-haut, en pages (212-213), tout de même représentatif, ne mobilisent pas le processus d'apprentissage approprié en vue d'un accompagnement pourrait s'avérer pertinente. Une étude qualitative auprès de plusieurs étudiants pourrait également apporter des données complémentaires à notre étude concernant les pratiques de professionnalisation par la recherche des agents socio-sanitaires au Tchad.

Il serait notamment, intéressant, en corrélation avec les ancrages théoriques des pratiques de mode de travail pédagogique des enseignants, d'apprécier la perception des étudiants, en termes du processus d'apprentissages, de diminution du stress en situation de formation, de sentiment d'autonomie et d'adaptation à leur nouvelle situation, au regard des séances pédagogiques auxquelles ils auraient participé. Enfin, notre étude pourrait être reproduite, en utilisant le même protocole de recherche plus largement, dans d'autres régions du Tchad, afin de confirmer ou d'infirmer les tendances que nous avons mises au jour.

#### **4.4.2. Apport personnel à l'innovation professionnelle**

Au-delà des enseignements occasionnés par l'élaboration de cette thèse, en matière de l'enseignement théorique des modèles de santé et de lecture de la professionnalisation par la recherche, l'effort constant de distanciation exigé par la rigueur scientifique, a été un véritable processus d'apprentissage sur soi, tant d'un point de vue personnel (pour nous-mêmes) que la profession. Après avoir été Infirmier diplômé d'Etat ensuite formateur, Enseignant auprès des étudiants socio-sanitaires à l'Ecole Nationale des Agents Sociaux et sanitaires, Responsable de Formation à la Direction des Ressources Humaines et de la Formation du Ministère de la Santé Publique, cette thèse n'a pas pour vocation de venir mettre un point final à une carrière,

et, en aucun cas, à notre activité pédagogique. Bien au contraire, elle a été envisagée comme une façon de prolonger la vie active, non comme obligation conduisant souvent, avec l'avancement dans l'âge, au déclassement professionnel, mais comme projet d'apprentissage continu ou continué.

En effet, il a été bien difficile à l'occasion de la lecture et de l'interprétation de la perception des agents socio-sanitaires à l'étude, de ne pas revisiter mes propres pratiques. La mise en tension permanente des processus d'implication et de distanciation a été source de réflexion constructive. De plus, la présentation des travaux face à la communauté scientifique, tout en conduisant à un sentiment d'humilité, incite au dépassement de soi et de ses inhibitions. La réalisation de cette thèse a ainsi, constitué une action formative inscrite de façon privilégiée dans la croisée du développement personnel et du constructivisme. Ainsi, ce projet s'ouvre donc sur de nouvelles perspectives qui se situent à nouveau au Tchad, notamment, dans le cadre de la formation initiale des agents socio-sanitaires et de la formation continue des professionnels de santé, mais aussi dans le cadre de la recherche.

Des activités qui supposent une remise en question permanente de son agir professionnel et de ses connaissances, préservent de la fascination pour les certitudes et poussent le formateur, tout autant que le chercheur, à se maintenir dans un processus formatif permanent, fondé sur la relation à l'Autre et aux savoirs scientifiques, inspirés d'une dynamique maïeutique, tel est le cas.

#### **4.5. CONCLUSION GENERALE**

En guise de conclusion, nous formulons des recommandations pertinentes à l'attention du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et à l'endroit des établissements d'enseignement professionnel, pour un meilleur rendement de qualité scientifique qui refléterait le résultat d'une professionnalisation par la recherche. Il s'agit notamment des :

##### **4.5.1. Recommandations communes aux deux Ministères :**

- Développer une collaboration étroite entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le Ministère de la Santé Publique pour mieux coordonner leurs politiques et l'utilisation de leurs ressources en faveur des établissements d'enseignement professionnel ;
- Développer un partenariat international soutenu entre l'Université de N'Djaména et Aix-Marseille Université :

- Il s'agit là d'encourager et de soutenir le développement de relations avec d'autres institutions à l'étranger dans le but de partager les expériences scientifiques, des enseignements, des étudiants et d'autres ressources ;
- Le partenariat sera orienté aussi bien vers d'autres institutions qui s'intéressent à la formation par la recherche des ressources humaines de santé pour des appuis techniques, professionnels et financiers.
- Clarifier la bi-appartenance de l'octroi des autorisations de fonctionner aux établissements privés et le recrutement des enseignants : il s'agit d'élaborer des textes qui reconnaissent et rétribuent les efforts des cadres, en particulier les enseignants ;
- Encourager le Gouvernement à faire adopter le projet d'érection de l'ENASS en un établissement d'enseignement supérieur et l'application la Loi 014/PR/2007 en faveur des ERSAS afin de jouer pleinement à leur prérogative.

#### **4.5.2. Recommandations spécifiques au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS):**

- Exiger et soutenir la formulation d'un plan stratégique de développement de la FSSH et organiser une table ronde avec différents partenaires pour son financement et pour un enseignement vraiment scientifique de qualité de la professionnalisation par la recherche;
- Favoriser l'autonomie financière et administrative cohérente de la FSSH ;
- Améliorer l'infrastructure et l'équipement informatique de la FSSH aux normes internationales pour permettre aux étudiants de mener les recherches de manière autonome;
- Encourager la formation par la recherche scientifique et à l'expertise pédagogique à la FSSH en invitant les enseignants tant nationaux qu'expatriés à y adhérer;
- Faire promulguer des textes portant statut d'enseignants universitaires et de chercheurs pour une bonne transparence des activités de recherche;

#### **4.5.3. Recommandations spécifiques au Ministère de la Santé Publique (MSP):**

- Transformer la division actuelle de la formation (DF) en Direction Technique de Formation (DTF) qui doit être dotée de ces éléments essentiels entre autre:
  - Un pouvoir de décision forte pour mieux intervenir dans l'organisation et le contrôle de la formation des Agents Socio-Sanitaires au Tchad ;



- Des ressources financières nécessaires et humaines indépendantes pour assurer les fonctions de suivi et de contrôle de l'activité pédagogique des institutions de formation ;
- Instaurer de nouvelles mesures pour juger les progrès au niveau de recrutement des nouveaux candidats à l'entrée, en vue d'une amélioration de la professionnalisation ;
- Identifier et promouvoir les besoins de formation dans les domaines du processus d'amélioration de l'apprentissage et la résolution des problèmes du contenu des programmes communs de formation dans les écoles privées et publiques;
- Identifier les personnes à former pour une meilleure coordination des projets de professionnalisation de formation par la recherche;
- Organiser et innover la formation en mettant l'accent sur le programme des cours et modules d'enseignement intégrant le référentiel de compétences, la formation par la recherche avec le matériel didactique approprié ;
- Clarifier le profil descriptif de poste à l'issue du cursus du futur cadre Socio-Sanitaire tchadien : le profil descriptif de poste devrait être mis à jour en tenant compte des besoins de santé en évolution pour les prochaines années à venir afin de pouvoir orienter sans ambiguïté les programmes de formation au niveau des Ecoles;
- Promouvoir et soutenir la formation des encadreurs de stages : (formation continue des cadres du Ministère servant d'encadreurs aux étudiants en stage doivent être qualifiés ; et donc, avoir bénéficié d'une formation pédagogique et scientifique nécessaire, même de courte durée, afin d'assurer un processus d'apprentissage mobilisant les modèles théoriques de santé et un mode de travail pédagogique adapté) ;
- Faciliter l'implication des établissements de formation initiale aux projets de recherche: (le Ministère devrait encourager la formation par la recherche dans les établissements qui doivent s'investir dans la recherche sur la professionnalisation par la recherche des services de santé. Par exemple, une zone expérimentale district sanitaire ou zone de responsabilité) devrait lui être attribuée où elle pourrait développer ses projets de recherche.
- Organiser et améliorer la qualité de la profession en formulant la politique de formation par la recherche autour de quelques grands principes : (le référentiel de compétences professionnelles des Agents Socio-Sanitaires);
- Intervenir dans la notation au mérite et à l'évaluation des dirigeants des établissements pour apprécier : la qualité des améliorations apportées et leur performance;

- Mettre en place un système de projet de recherche pour sélectionner les projets conduisant à la professionnalisation et désigner des équipes de pilotage ;
- Fixer les responsabilités des experts formateurs, pour la réalisation des programmes tout en rédigeant la charte de l'équipe qui serait mise en place.

**4.5.4. Recommandations aux responsables des établissements de formation professionnelle publique et privée en santé:**

- Organiser les modalités de recrutement des nouveaux étudiants, de l'évaluation et du diplôme de fin d'études des étudiants;
- Organiser la coordination au sein de chaque institution, et regroupant aussi tous les établissements, en vue de tenir les réunions de coordination périodique pour un bon suivi des activités pédagogiques ;
- Recommander les rôles dévolus à la haute Direction Technique de Formation pour:
  - examiner et approuver la politique de formation et le référentiel de compétences;
  - autoriser la mise en place de l'infrastructure : (conseil de qualité de formation, rôles et responsabilités de chacun, programme de formation qui mobiliserait les unités d'enseignement, programme de publication des résultats) ;
  - examiner et approuver les résultats dans les tableaux des résultats et dans le système de notation au mérite pour la clarification et la justice;
  - examiner les comptes rendus intermédiaires sur l'avancement des calendriers d'enseignement et de toutes activités pédagogiques durant l'année académique;
  - Ecouter le rapport final de chaque équipe de coordination lors des réunions pédagogiques;
  - Participer aux projets de recherche et d'enseignement de l'institution s'il y a lieu;
  - Participer à la formation là où il en fait défaut pour donner des orientations ;
  - Evaluer les principaux facteurs de difficultés constituant un frein à la qualité de la formation ;
- Harmoniser les programmes de cours théoriques et pratiques dans les différents paliers pédagogiques et entre les différentes filières : Identifier des matières à enseigner qui vont être accompagnées des orientations pédagogiques nécessaires ;
- Elaborer un programme de publication des résultats aux étudiants : Remise de récompenses pour marquer la fin de la formation ; Utilisation de supports divers ; Présentation du rapport final à la Direction Technique de Formation (DTF).

Pour ne pas mésestimer la culture du processus d'apprentissage et la mobilisation des modèles théoriques de santé en formation initiale par la recherche, la charge de manœuvre est étroite entre la mise en œuvre non négociable de la démarche de professionnalisation et son appropriation. Ainsi, accroître la modalité du travail pédagogique ou l'autonomie au sein d'une structure professionnelle, (Detrie 2003), « peut conduire à déstructurer partiellement l'entreprise ». Dans son livre conduire une démarche qualité, l'auteur admet que : « la culture d'entreprise doit assurer que chacun connaissance les objectifs de l'entreprise, y adhère et conduise sa propre action vers la réalisation des objectifs », (Detrie, 2003, p. 206).

Car, la perception des Agents Socio-Sanitaires dans notre construction du travail de cette thèse sur la professionnalisation par la recherche, nous prenons en compte l'enseignement des modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage dans les établissements d'enseignement professionnel en santé qu'il faut considérer et mobiliser avec des modes d'action pédagogique innovante.

La finalité de la professionnalisation par la recherche en santé est de contribuer au développement des compétences professionnelles spécifiques par les agents socio-sanitaires, pour une prise en charge efficace des problèmes de santé de la population, à travers la formation. Les missions des écoles publiques, tout comme celles du secteur privé, sont la formation initiale et continue qui serait soutenue par les modèles théoriques de santé (biomédicale et bio-psycho-sociale ou globale) conduisant à la professionnalité. Actuellement, la formation continue ne figure pratiquement plus dans le cahier des charges des écoles de province qui avaient été ouvertes à l'origine comme des centres régionaux de formation continue du personnel.

Il va falloir intégrer cette dimension de la mission dans les nouveaux textes statutaires de ces institutions qui ne sont pas encore adoptés.

Ce mode de travail pédagogique n'a pas pour monopole de former des agents socio-sanitaires simplement. Toutes les actions de formation remplissant, de façon consciente ou inconsciente, cette fonction de production cognitive de savoirs académiques des étudiants. Il reflète simplement un type d'action pédagogique et professionnelle centré sur le fait qu'une personne en formation est une personne en relation avec le monde des choses et des hommes et que le développement de ses capacités dépend pour beaucoup de son insertion sociale ; c'est-à-dire de sa situation sociale et de sa position professionnelle.

Il s'en suit une nouvelle définition du champ pédagogique et une excentration de l'action de professionnalisation par la recherche. Il s'agit de comprendre d'abord le réel en vue d'agir sur lui « mode de travail pédagogique » (Lesne, 1994, p. 160) et d'en faciliter l'appropriation progressive par la connaissance et l'action. Il s'agit moins de libérer des virtualités ou des énergies latentes en vue d'induire des conduites nouvelles dans « un environnement socio professionnel », (Ibid., 1994) que d'aider à une action sur les réalités de vie professionnelle quotidienne afin de créer des conditions propres à l'épanouissement des capacités.

Ainsi, ni formation par donation (formation initiale) imposée de savoir, ni autoformation (formation continue) consécutive à des prises de conscience, à des actions au niveau des attitudes, à des déstructurations plus ou moins profondes de la personnalité psychosociale, mais une action professionnelle centrée sur la relation entre l'interaction sociale des personnes en formation et leurs systèmes de schèmes de perception, de raisonnement et d'action professionnelle.

La mobilisation des modèles théoriques de santé et le processus d'apprentissage à mobiliser dans la pédagogie réaliste prend en compte la relation entre les agents socio-sanitaires et leur environnement socio professionnel, mais aussi la pédagogie de l'explicitation qui ne se cache pas des problèmes en autonomisant leur action, qui ne se contente pas de les aborder verbalement, mais de les affronter réellement. La situation de la formation, différente certes des situations réelles où vivent les étudiants, est considérée néanmoins comme un lieu où se spécialisent, et sont donc prises en compte, des relations au savoir et au pouvoir qui existent dans la société.

Les systèmes de schèmes de perception, de raisonnement et d'action de tous les acteurs en situation de formation, y compris les enseignants, sont explicités et replacés dans l'univers de la connaissance scientifique et le champ de leur exercice professionnel quotidien. La pédagogie volontariste enfin, qui trouve rarement les conditions propices à son épanouissement dominant, puisqu'elle crée en même temps son champ d'exercice. En s'opposant à l'imposition modélisant qui valorise la reproduction sociale, au spontanéisme pédagogique allié au relâchement théorique qui facilite l'adaptation sociale, l'action du mode de travail pédagogique des enseignants se situe au cœur de la dynamique sociale et de la production de savoirs académiques.

Les forces qui modèlent les milieux où se déroule la vie professionnelle quotidienne sont issues d'ailleurs ; « les épreuves personnelles rejoignent les enjeux collectifs » (Lesne, 1994, p. 161). Une formation qui désire agir professionnellement sur les personnes en formation en

tant qu'agents socio-sanitaires ne peut pas éluder la mise à jour des structures qui, seule, permet de transcender les milieux quotidiens et autorisent des transformations structurelles.

La démarche pédagogique consiste donc en un va-et-vient incessant entre l'approche des modèles théoriques et la confrontation pratique, afin que soient comprises les interférences entre les épreuves de la vie professionnelle quotidienne et les rapports sociaux globaux. Toute pédagogie est socialement engagée. Mais, par définition, « cet engagement est assumé dans le mode de travail pédagogique, en réunissant réflexion théorique et action pratique », (Ibid., 1994, 167) en visant la transformation des situations en même temps qu'en leur donnant une signification.

## REFERENCES

- ALLIN, A-C. & MOREND, M. (2002). « *Formation à la recherche: présentation d'une alternative au mémoire de fin d'études* ». Revue : Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°68, pp. 93 - 109.
- ALTET, M. (1997). « *Les pédagogies de l'apprentissage* », Editions Presses Universitaires de France, Paris, 128 p.
- AMIEC RECHERCHE, (2005). « *Dictionnaire des soins infirmiers* », 3e éd. Masson, Paris, 2005, p. 603-604
- ARDOINO, J. & G. BERGER (1989). « *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes : le cas des universités* », Paris, Matrice Andsha, p. 9.
- ARDOINO, J. (1990). « *Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, Les nouvelles formes de la recherche en éducation* », Colloque international francophone d'Alençon, Paris, Andsha Matrice, pp. 22 - 34.
- ARDOINO, J. (1993b). « *L'approche multi référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives* », Pratiques de formation. pp. 16-34.
- ARDOINO, J. (2000a). « *De l'accompagnement en tant que paradigme, Pratique-Formation-Analyse* ».
- ARDOINO, J. (2000b). « *Les avatars de l'éducation, Education et formation, pédagogie théoriques et critiques* », 1<sup>o</sup> édition, Paris : PUF, ISBN 2130502520.
- ARDOINO, J., BERGER, G. (1997). « *Du discours et des faits scientifiques dans les dites sciences de l'éducation* », in L'Année de la recherche en Sciences de l'éducation, Paris : PUF, 1997, p.5-55.
- ARDOINO, J., BERGER, G., (1994). « *Les sciences de l'éducation : analyseurs paradoxaux des autres sciences ?* », in L'année de la recherche en Sciences de l'éducation n°1, Paris : PUF, 1994, p. 29-52.
- ARGYRIS, C. & SCHÖN, D. (1996). « *Le praticien réflexif* ». Paris : Editions Logiques.
- ARGYRIS, C. (2000). « *Savoir pour agir, surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel* ». Dunod. Paris. p .15
- ASTOLFI, J. P. & DEVELAY, M. (1993). « *La didactique des sciences* ». 3<sup>e</sup> édition corrigée. Paris:
- BACHELARD, G. (1971). « *Epistémologie* ». Paris, PUF, 216 p.
- BACHELARD, G. (1972). « *L'engagement rationaliste* ». Paris : PUF, 1972.

BAIL, J-N., EL HASNAOUI, A., CHICOYE A., et GREMY, F. (2007). « *Place de la prévention dans la politique de santé* », John Libbey Euronext.

BAKHTINE, M. (1990). « *Marxisme et philosophie du langage, essai d'application de la méthode sociologique en linguistique* ». Paris : Minuit, p. 123.

BANCEL, D. (1989). « *Créer une nouvelle dynamique de la formation des maîtres* ». Ministère de l'Éducation nationale.

BANDURA, A. (1976). « *L'apprentissage social* ». Bruxelles, Pierre Mardaga, 206 p.

BANQUE DE DONNEES DE SANTE PUBLIQUE (BDSP). (2013). « *Glossaire européen de santé publique* ». En ligne <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>, consulté le 5.03.2013.

BARBIER, J. M. (2004), « *Voies nouvelles de la professionnalisation* » In Lenoir, Y (dir.), *Savoirs professionnels et curriculum de formation*. Laval : Presses de l'Université de Laval (Québec), p.23-46.

BARBIER, J.M. & GALATANU, O. (1994). « *Communication reprise d'une conférence donnée par les deux auteurs en janvier pour la Fédération des étudiants francophones de Belgique* ».

BARBIER, J.M. (1985), « *Analyser les démarches de recherche : enjeux et impasses de la recherche en formation* », *Éducation permanente*, n°80, p. 103-123.

BARBIER, J.-M. (1985). « *L'évaluation en formation* ». 1<sup>ère</sup> édition 1985. Paris : PUF, p. 14.

BARBIER, J.M. (2000). « *Évaluation en formation* », 5<sup>e</sup> édition. Paris, PUF, p. 5-10.

BARBIER, J.M. (2004). « *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences* » ? Paris : L'Harmattan.

BARBIER, J.M., BERTON, F. & BORU, J.J. (1996). « *Situations de travail et de formation* ». Paris : L'Harmattan.

BARBIER, J.M., éd. (1996). « *Savoirs théoriques et savoirs d'action* ». Paris : PUF.

BARRIER, P. (2007). « *Le temps du patient (chronique)* ». In : Simon, D. Traynard, P.-Y., Bourdillon, F. et Grimaldi, A. *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Masson, coll. Abrégés. 40-51.

BECK, C.M. et al. (1984). « *Soins infirmiers en santé mentale psychiatrique: une vie holistique – approche du cycle* ». St-Louis, C.V. MosbyCompany.

BENNER, P. (1995). « *De novice à expert, excellence en soins infirmiers* » Paris, Inter Editions, (256 p.).

BERAUD, C., GREMY F., GRENIER B., GRIMALDI A., KERVASDOUE J. et LEVY G. (1996). « *Quelle santé, quelle médecine, quels médecins voulons nous pour le 21<sup>o</sup>siècle en France et en Europe* » ? Réforme Debré, un tiers de siècle après, Acte du colloque de Caen, 1-22

BERBAUM, J. (1998). « *Développer la capacité d'apprendre* », ESF Editeurs, Paris, 191p.

- BERBAUM, J. (1999). « *Apprentissage et formation* ». Editions Presses Universitaires de France, Paris.
- BERLE, E. (1992). « *Tant que vous penserez à moi* ». Paris : Grasset.
- BERNARD, C., (1865). « *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* ». Paris : Garnier-Flammarion, (1865) 1966. 138
- BERTALANFFY, L.V. (1973). « *Théorie générale des systèmes* », traduction Française de J.P chabrol. Paris. Dunod, 1980.
- BERTHET, E. (1983). « *Information et éducation sanitaire* ». Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, n° 2069, 127 p.
- BILLON, J. (2000). « *Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé* », spirale, l'éducation pour la santé, n°25, pp. 17-30.
- BLANCHARD-LAVILLE, C., (1992). « *Au-delà du sujet didactique* ». Pratiques de formation, Éducation et psychologie, 1992, p. 77-93.
- BLATTNER, B. (1981). « *Holistique, soins infirmiers* ». Falaises d'Englewood. New Jersey, Prentice-Hall, Inc. P. 4
- BONNIOL, J. J., & NUNZIATI A. (1996). « *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur* ». Les cahiers de l'année n°1, En question, Université de Provence, Département des sciences de l'éducation,
- BONNIOL, J-J., & VIAL M. (1997). « *Les modèles de l'évaluation, textes fondateurs et commentaires* ». Editions De Boeck Universités, Bruxelles, 368 p.
- BRENIFIER, O. (2001). « *Le concept* », L'Agora, mai, n° 9.
- BROUSSEAU, G. (1998). « *Théorie des situations didactiques. La pensée Sauvage* », Grenoble.
- BRUGGEN, V-D. (1980). « *La recherche infirmière et l'enseignement infirmier* », AMIEC, LYON, Cahier n°6, Les soins infirmiers et la recherche, p.117.
- BURY, J. A., FOUCAUD J. (2009). *L'éducation thérapeutique* ». In F. Bourdillon dir. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine sciences, coll. Traités, p. 81-87.
- BURY, J.A. (1988). « *Éducation pour la santé Conceptions, enjeux, planifications* ». Bruxelles : De Boeck, coll. Savoirs et santé. 235 p.
- CAMPANALE, F. (1997). « *Auto-évaluation et transformations de pratiques pédagogiques, Mesure et évaluation en éducation* », Vol 20 n°1, p 1-24.
- CANGUILHEM, G. (1969). « *Le XVIIIe siècle, Physiologie animale* ». In : Taton R. (dir.). La science moderne. Paris : PUF, 1969.
- CANGUILHEM, G. (1988). « *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie* ». Paris : Vrin, 1988.



CARRE, P. & CASPAR, P. (2011). « *Traité des sciences et techniques de la formation* ». Paris : Dunod. P. 419-436.

CARRE, P., MOISAN, A., & POISSON, D. (1997). « *L'autoformation* ». Paris : PUF.

CHAMPAGNOL, R. (1974). « *Aperçus sur la pédagogie de l'apprentissage par résolution de problèmes* ». Revue Française de Pédagogie, 1974, n° 28.

CHAMPAULT, G., SORDELET, S., (1995). « *Le métier d'infirmière: des études à la pratique* », Paris, Masson, p.48.

CHATER, S. (1975). « *Introduction à la recherche infirmière* ». OMS, Genève, p.3.

CHERBONNIER, A. (2000). « *Agir en promotion de la santé : un peu de méthode* ». Vie Sociale, n° 3, P.13-22.

CHEVALIER, G. (2010). « *Systèmes de santé : Clés et comparaisons internationales* », Paris, Le Harmattan, 2010.

CIFALI, M. (1987). « *L'infini éducatif...* », P. 109-161.

CIFALI, M. (1987). « *L'infini éducatif: mise en perspectives dans les trois métiers impossibles* ». Paris : Les Belles lettres, p. 142.

CIFALI, M. (1994). « *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique* ». Paris : PUF, (1994) 1998, (coll. Education et formation l'éducateur).

CLEACH, A., DELEZIE E., LEBIHAN F., PARCELIER M., PERON-MAGNAN T., DELPLANQUE D. (2005). « *Education thérapeutique, éducation à la santé* ». Kinésithérapie scientifique n° 456-457, Editions SPEK, Paris.

CLOT, Y. (1999). « *La fonction psychologique du travail* ». Paris : PUF.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE FRANÇAIS : Issu du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, modifiant le décret n° 2002-194 relatif à l'exercice de la profession infirmière.

COLLECTIF AMIEC RECHERCHE, (2005). « *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* ». 3e édition, révisée, actualisée et augmentée, Éditions Masson. Paris, 2005, 333 p. (ISBN 2294017609).

COLLIERE, M-F., (1999). « *La recherche, entre décisions de soins et élaborations des savoirs* », Revue, Décision santé, n°143, p.14.

COMITE INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. (1998). « *Guide pratique de la recherche en soins infirmiers* », William L. Holz mer, p.4.

COMITE DE REDACTION, (1996). « *Informations: Journées internationales des Infirmières: Améliorer la santé par la recherche en soins infirmiers* ». Revue, Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°44, p.72.

COOPERSMITH, SEI. (1999). « *Inventaire d'estime de soi* ». Revue Européenne de Psychologie Appliquée.

COULON, A. (1987). « *L'ethnométhodologie* ». Paris : PUF, 1987, (Coll. Que sais-je? n° 2393). P. 26

CROS, F. (1999). « *Le mémoire professionnel en formation des enseignants. Un processus de construction identitaire* ». Paris : L'Harmattan.

CROS, F., (2002), « *Une innovation en formation initiale : le mémoire professionnel* ». Revue Les réformes en éducation, leurs impacts sur l'école, Paris : L'Harmattan, p. 39 à 61.

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). « *L'acteur et le système* ». Paris, Seuil.

D'IVERNOIS, J.-F., GAGNAYRE R. (2011). « *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique* ». Paris : 4<sup>ème</sup> Editions ; Maloine, coll. Education du patient.

DAHLGREN, G. (1995). « *Intersectoriel. Action pour la santé. Européenne santé politique Conférence des chances pour l'avenir* ». Vol. 11, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1995.

DARWIN, C. (1876). « *L'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle ou la lutte pour l'existence dans la nature* ». (Trad. E. Barbier d'après le 6ème édit. 1876), Paris : Maspero, 1980.

DE ROSNAY, J. (1975). « *Le microscope, vers une vision globale* ». Paris : Seuil, 1975, Coll. Points. P. 93

DECCACHE, A. (1997). « *Éducation pour la santé, éducation du patient* », Revue l'éducation à la santé en médecine générale. Université d'été château de Mialaret du 4 au 7 juillet 1996, éditions CFES. PP. 51-62.

DECHANOZ, G., MAGNON, R. (sous la direction de), (1995). « *Dictionnaire des soins infirmiers* ». Pantin, AMIEC, (Lettre R).

DELAHAYE, T., GROUSSET, L.M. (1994). « *Comment optimiser le travail avec des stagiaires* ». Les questions de l'entreprise, Nathan. Paris : 127 p.

DESCARTES, R. (1936). « *Discours de la méthode* ». Document produit en version numérique par J.M. Tremblay. Chicoutimi : Université du Québec, 1936. Coll. Les classiques des sciences sociales.

DESPLEBIN, M., (2000). « *Perspectives: Une profession sans chercheurs ni enseignants* ». Revue Soins (Dossier: L'identité professionnelle infirmière), n°645, p.17.

DETRIE, P. (2003). « *Conduire une démarche qualité* ». Quatrième édition ; Deuxième tirage 2003. Editions d'Organisation, Paris.

DEWEY, J. (1993). « *Logique, la théorie de l'enquête* ». Paris : PUF, 1993 (1re édition 1938).

DICTIONNAIRE LAROUSSE, édition 2006.

DICTIONNAIRE, (2008). « *Dictionnaire Larousse illustré* », p. 538.

D'IVERNOIS, J.F. et GAGNAYRE, R., (1995). « *Apprendre à éduquer le patient* ». Vigot, Paris.

DOISE, W., MUGNY, G. (1997). « *Psychologie sociale et développement cognitif* ». Paris: Armand Colin, coll. U, n° 341, 23

DOISE, W., MUGNY, G., MOSCOVICI, S. (1981). « *Le développement social de l'intelligence* ». Paris : Inter-éditions, 199 p.

DONNADIEU, B., GENTHON, M., VIAL, M. (1998). « *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé* » ? Editions Inter éditions, Masson. Paris.

DUBOS R., WEINSTEIN N. trad., MAUROIS A. (1961). « *Préface. Mirage de la Santé* ». Paris: DE noël, XII-235 p.

DUBOYS FRESNEY, C., PERRIN, G. (1999). « *Le métier d'infirmière en France* ». Paris, PUF, 2<sup>ème</sup> édition, p.99.

DUCHARME, F. (2000). « *Méthodologie: La recherche... pour le développement des connaissances sur le soin* ». Revue Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°63, p.20.

EISNER, A. (1994). « *Survey of empowerment initiatives communautaire globale, axée sur le quartier* ». Heath Education Quarterly, V. 21, 2, 235-252.

ÉTIENNE, D. (2006). « *Le couple médecin-infirmière, de 1900 à nos jours - Dossier spécial 50 ans* ». Revue Soins, no 711, décembre 2006 (ISSN 0038-0814

ETIENNE, R. (2003). « *Publier des mémoires professionnels : acte anodin, effet-vitrine ou valorisation de la formation ?* ». Revue ; Crinon, J (éd.), Le mémoire professionnel des enseignants : observatoire des pratiques et levier pour la formation. Paris : L' Harmattan.

EYMARD, C., VIAL, M., (sous la dir. De-) (2000). « *La clinique, essai 2, une méthode pour les sciences de l'éducation* ». Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions, 2000b, pp.99-150.

EYMARD, C. (2004). « *Essai de modélisation des liens entre éducation et santé* ». Questions vives ; Education à la santé ou pour la santé ? Vol. 2, n°5, Université de Provence, Département des sciences de l'éducation, pp. 13-34

EYMARD, C. (2000). « *La problématisation méthodologique dans la formation à la recherche en éducation* ». Cahiers de la recherche en éducation ; édit. CRE ; vol. 7, n°2, pp. 296-301

EYMARD, C. (2003). « *Initiation à la recherche en soins et santé* ». Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003.

EYMARD, C. (2003b). « *Initiation à la recherche en soins et santé* ». Rueil-Malmaison. Editions Lamarre, p. 243.

EYMARD, C. (2004). « *Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Éducation et santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche* »? Questions vives. État de la recherche en éducation. Vol.2, N°5, pp.11-32

EYMARD, C. (2005). « *De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé* ». Note de synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches. Université

de Provence Aix-Marseille I, Département des sciences de l'éducation. UFR Psychologie et sciences de l'éducation, 2005. Aix-en-Provence.

EYMARD, C. (2010). « *Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique en France : pratiques, modèles, évaluations* ». Foucaud J., Balcou-Debussche M., Bury J., Eymard C. (sous la dir.) Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, pp. 39-53.

EYMARD, C., (2000). « *La problématisation méthodologique dans la formation à la recherche en éducation* ». Cahiers de la recherche en éducation, vol. 7, no 2, pp. 293-312

EYMARD, C., (sous la dir. de-), THUILIER, O., VIAL, M. (2004). « *Le travail de fin d'études. S'initier à la recherche en soins et santé* ». Rueil-Malmaison : Lamarre, 2004.

EYMARD, C., VIAL, M. (sous la dir. de-), (1999). « *La clinique, essai 1, de la thérapie à la recherche* ». Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions. 1999, p.11-70.

EYMARD, C., VIAL, M., (2000c). « *La parole comme objet d'étude de la recherche clinique en sciences de l'éducation* », in La clinique, Essai 2. Une méthode pour la recherche en sciences de l'éducation, Université de Provence : Les sciences de l'éducation en question, 2000c, pp.193-206.

EYMARD, C., VIAL, M., (sous la dir. de-) (2000a). « *La clinique : parole de cliniciens autour du cahier 23* ». Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions, 2000a, pp.11-80.

EYMARD, C., VIAL, M., (sous la dir. de-) (2000b). « *La clinique, essai 2, une méthode pour les sciences de l'éducation* », Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions, 2000b, pp.99-150.

EYMARD, C., VIAL, M., (sous la dir. de-) (2001). « *L'inscription clinique du chercheur en sciences de l'éducation* », Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions, 2001, pp.161-206.

EYMARD-SIMONIAN, C. (1998). « *La recherche en soins infirmiers : quelles méthodes ?* » in Dossier la recherche. Revue Soins, Formation, Pédagogique, Encadrement, 1998, n° 28, 4ème trimestre, pp. 8-15.

EYMARD-SIMONIAN, C. (2003 a). « *Processus d'évaluation et processus de formation* ». Soins cadres n°45, Editions Masson, Paris. pp. 39-42.

FABRE M. & ORANGE, C. (1997). « *Construction des problèmes et franchissement d'obstacles* ». ASTER, 1997, n° 24, pp.37-57.

FABRE, M. (1994). « *Penser la formation* ». Editions Presses Universitaires de France PUF, Paris, 274 p.

FABRE, M. (1993). « *De la résolution de problème à la problématisation* ». Les Sciences de l'éducation- Pour l'Ère nouvelle, 1993, n° 4-5, pp. 71-101.

- FAVRE, D. (1997). « Des neurosciences aux sciences de l'éducation : contribution à une épistémologie de la variance ». Thèse de doctorat en psychologie et sciences de l'éducation : Lyon : université de Lyon 2, 1997.
- FELDMANN, GIROUX & Cauchy, (1994). « *Introduction à la Psychologie Approches Contemporaines* ». Chenelière McGraw-Hill, Montréal, p. 475.
- FERRY, G. (1970). « *La pratique du travail en groupe* ». Dunod, Paris.
- FERRY, G. (1983). « *Le trajet de la formation* ». Collection savoir et formation. Le Harmattan, Paris.
- FERRY, G. (2003). « *Le trajet de la formation, les enseignants entre la théorie et la pratique. Collection savoir et formation* ». Le Harmattan, Paris, p. 29.
- FIGARI, G. (1995). « *Evaluer : quel référentiel* », De Boeck.
- FIOL, C.M. & MALYLES, M.A. (1985). « *Apprentissages Organisationnelles* ». Academy of Management Review, vol. 10, n° 4.
- FORMARIER, M. (1988). « *Conférences: La recherche au quotidien approche méthodologique* ». Revue Recherche en Soins Infirmiers, n°14, ARSI, pp. 4 - 8.
- FORMARIER, M. (1989). « *Editorial: Comment une infirmière devient-elle chercheur* »? Revue Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°18, p.9.
- FORMARIER, M. (1991). « *La science d'hier à aujourd'hui, réflexions autour de sa genèse et de son développement* ». Revue Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°24, pp. 68–69.
- FORMARIER, M. (2010). « *Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui* ». Recherche en soins infirmiers, n° 100, mars 2010.
- FORMARIER, M., POIRIER COUTANSAIS G., PSIUKT., (1999). « *Les concepts organisateurs de la science, leur application dans les soins infirmiers* ». Revue Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°58, p.15.
- FORMARIER, M., POIRIER-COUTANSAIS G., (1988). « *Initiation à la recherche* », Paris, Lamarre Poignât, p.21.
- FORTIN, F. (1996). « *Conférences: Sciences infirmières et recherche* ». Revue Recherche en Soins Infirmiers, n°47, ARSI, p.19, décembre 1996.
- FOURNEL, S. (1999). « *Initiation à la recherche en soins infirmiers et travail écrit de fin d'études* », Mémoire de maîtrise des sciences de l'éducation, Université Lumière Lyon II, p.30.
- FOURNIER, M. (1999). « *Comment savoir* » ? Revue Sciences Humaines n°98, Octobre 1999.
- FRANCIS, J. (1985). « *Expliquer quelque chose avec quelqu'un. L'espace logique de l'interlocution* ». Paris : PUF, p. 41.
- FSU, LABAYE, E. (2004). « *Collectif Politiques de santé* ». Paris, Editions Syllepse, 2004.

GADAMER, H.-G., DAUTREY, M. (1998). « *Philosophie de la santé* ». Paris, Grasset, coll. La grande raison, 189 p.

GAGNAYRE, R. (2007). « *Le patient : un apprenant particulier* » ? In Simon D., Traynard, P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi A. *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Masson, coll. Abrégés,

GALTON, F. (1869). « *Hereditary Genius* ». London: Macmillan, 1869.

GATTO, F. (2003). « *Les masseurs-kinésithérapeutes se forment en sciences de l'éducation* ». Soins Cadres, n° 45. Masson, Paris., pp. 34-38.

GATTO, F. (2004-a). « *Kinésithérapie, éducation à la santé et universités* ». Kiné-actualité n° 937, pp 6-7. Avril 2004. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK), Paris.

GATTO, F. (2004-b). « *Evaluer, 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., RAVESTEIN, J. (2003). « *Pour une didactique des sciences et techniques de la kinésithérapie* ». L'exemple de la lombalgie. REK n° 1, SPEK, Paris.

GEDDA, M. (2001). « *Décision kinésithérapique: identité démarche, chaînes logiques* ». Paris, Masson.

GILLES, P.-Y. (1999). « *Psychologie différentielle* ». Rosny : Bréal, 1999. P. 22

GONIN-BOLO, A., & BENOIT, J.P. (2004). « *Le mémoire professionnel en IUFM : bilan de recherches et questions vives* ». Lyon : INRP.

GRAWITZ, M. (1996). « *Méthode des sciences sociales* ». Editions Dalloz, Paris. 1019 p.

GRAZIANO, C. (1994). « *Avis de recherche* ». Revue : Objectifs Soins, n°25, p.66.

GREMY, F. (1995). « *Modèle de santé, leurs implications pour la définition d'une politique de santé en cette fin de siècle* ». Version n°3. Paris.

GRMEK, M. D. (1997). « *Le legs de Claude Bernard* ». Paris: Fayard, 1997. P. 129.

HADJI, C. (1999). « *L'évaluation démythifiée* », Editions ESF Editeurs, Paris, 126 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2007). « *Méthode d'élaboration des guides patients pour les ALD : affection de longue durée. Guide méthodologique*. Saint- Denis La Plaine : enligne : [www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methode\\_guide\\_ald\\_patient.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methode_guide_ald_patient.pdf). HAS, 2007, p.10

HEDOUX, J. (1996). « *Se former à la pédagogie* ». Paris : Lamarre, p. 90.

HEIDEGGER, M. (1964). « *Etre et temps* ». Paris, Gallimard, pp.436-469.

HENDERSON, V. (1994). « *La nature des soins infirmiers* ». Éd. Inter Editions, Paris, 1994, 235 p. (ISBN 2729605037) in « NIGHTINGALE, Florence, et Notes on Nursing: ce qui est infirmière, quels soins infirmiers n'est pas ». D. Appleton and Company, New-York, 1860

HESBEEN, Walter. (2002). « *La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante* ». 2<sup>e</sup> Ed., Éd. Masson, Paris, 2002 (réédition.), 208 p. (ISBN 2294009215)

HOUSSAYE, J. (1996). « *La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui* ». Paris : ESF.

HOUSSAYE, J. (1996). « *Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique* ». (Ed.) In *La pédagogie, une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF.

HOUSSAYE, J. (Ed.). (1994). « *Quinze pédagogues t. I, leur influence aujourd'hui* ». Paris : Armand Colin.

HOUSSAYE, J. (Ed.). (1994-1996). « *Quinze pédagogues (t.1), leur influence aujourd'hui; Quinze pédagogues (t.2), textes choisis ; (t. 3) Pédagogues contemporains* ». Paris : Armand Colin.

HOUSSAYE, J. (Ed.). (1995). « *Quinze pédagogues t. II, textes choisis* ». Paris : Armand Colin.

HOUSSAYE, J. (Ed.). (1996): « *Quinze pédagogues t. III Pédagogues contemporains* ». Paris : Armand Colin.

ILLICH, Y. (1975). « *Némésis médicale : L'expropriation de la santé* ». Paris, Seuil.

IMBERT, F. (1985). « *Pour une praxis pédagogique, Matrice* ».

IMBERT, F. (1996). « *L'inconscient dans la classe* ». Le groupe de recherche en pédagogie institutionnelle. Paris : ESF, p.67.

JACOB, F. (1981). « *Le jeu des possibles* ». Paris : Fayard, 1981. PP. 29-30

JACOB, F. (1987). « *La statue intérieure* ». Paris : Odile Jacob.

JACQUES LECOMTE. (1998). « *Les théories de la motivation, Sciences humaines* ». Hors-série n° 19 - décembre 1997/janvier 1998.

JACQUES, F. (1985). « *L'espace logique de l'interlocution* ». Paris : PUF.

JACQUES, M., (1990). « *Journée de recherches européennes* ». Revue : Recherche en Soins Infirmiers. ARSI, n°23, p.92.

JOBERT, G. (2003). « *De la qualification à la compétence* ». Sciences humaines hors-série, n°40, PP. 36-37.

JOHSUA, S. (1999). « *La popularité pédagogique de la notion de (compétence) peut-elle se comprendre comme une réponse inadaptée à une difficulté didactique majeure* »? Raison éducative n°2, pp. 115-128.

JOHSUA, S. et DUPIN, J-J. (1993). « *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques* ». PUF, Paris.

JORRO, A. (2000). « *L'enseignant et l'évaluation* ». Editions De Boeck Universités, Bruxelles.

JOURDAN, D. (2004). « *Eduquer à la santé, éduquer pour la santé : quels enjeux pour la formation des enseignants* ». Questions vives, Eduquer à la santé ou pour la santé, Université de Provence, Département des sciences de l'Éducation, p. 83-96.

JOVIC, L., DUBOIS-FRESNAY, C. PEGNON HOUEE J. & FORTIN, F. (1996). « *Conférence, Table ronde: la recherche infirmière, où en sommes-nous ?* » Revue : Recherche en Soins Infirmiers, ARSI, n°47, p.42.

KAES, R. & al. (1976). « *Désir de former et formation du savoir* ». Paris: Bordas, p.195.

KAGAN, S. (1989-1990). « *L'approche structurale à l'apprentissage coopératif* ». Leadership pédagogique. C. 47, n° 4, pp.12-15.

KEROUAC, S. (1994). « *La pensée infirmière* », cf. bibliographie, pp. 83-84.

KÉROUAC, S. (1994). « *La pensée infirmière* ». Éd. Maloine, Laval (Québec), 162 p. (ISBN 2760705846).

KEROUAC, S. PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., MAJOR, F. (1994). « *La pensée infirmière, Conceptions et stratégies* ». Paris, Malouine, p.109.

KOLB, D.A. (1984). « *Apprentissage par l'expérience: expérience comme source d'apprentissage et de perfectionnement* ». Falaises de Englood (NJ); London : Prentice-Hall, XIII-256 p.

KOUCHNER, B. (2001). « *La santé pour un investissement pour une société équitable* ». Texte distribué à la XVIIème Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé, Paris, le 15 juillet 2001.

LA PYRAMIDE DE MASLOW : « *définition* » (archive) : Plusieurs scientifiques s'accordent à dire que la pyramide de Maslow connaît certaines limites dans la mesure où ses observations ont porté exclusivement sur la population occidentale. En ligne : Consulté, le 30 septembre 2011. Même quand ils sont au bord de la famine, les hommes ont aussi un besoin vital d'estime et de reconnaissance sociale (archive).

LA PYRAMIDE DE MASLOW « *le besoin* » (archive), sur le site erwan.neau.free.fr, en ligne : consulté le 27 décembre 2012.

LA PYRAMIDE DE MASLOW « *le besoin* » (archive), sur le site marketing-strategie.com, en ligne : consulté le 27 décembre 2012

LABAYE, E. (2004). « *FSU et Collectif Politiques de santé* ». Paris, Editions Syllepse.

LAHIRE, B. (1998). « *L'homme pluriel : les ressorts de l'action* ». Paris : Nathan.

LAMBERT, D-C. (2000). « *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels* ». Paris, Seuil, 2000.

LAPLANTINE, F. (1995). « *L'anthropologie* ». Paris : Petite bibliothèque Payot, 1995.

LAPLANTINE, F. (1996). « *La description ethnographique* ». Paris : Nathan/ HER, (1996), 2000. P. 15.



- LATOUR, B., & WOOLGAR, S. (1988). « *La vie de laboratoire* ». Paris : Editions La Découverte.
- LAUTREY, J. (1980). « *Classe sociale, milieu familial, intelligence* ». Paris : PUF, 1980.
- LE BOTERF, G. (2002). « *Développer la compétence des professionnels* », 4ème édition, Editions d'Organisation, p 29.
- LE FAOU, A-L. (2003). « *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada* ». Paris, Ellipses Marketing, 2003.
- LE ROBERT, (2004). « *Dictionnaire historique de la langue française* ». Tome I, 2004.
- LECLERCQ, G. (1996). « *Du paradigme transmissif au paradigme interactionniste en pédagogie dans l'année de la recherche en sciences de l'éducation* ». Paris : PUF, pp. 89-103.
- LECLERCQ, G. (1997). « *La communication pédagogique, vers une pragmatique pédagogique* ». Revue : Penser l'éducation, philosophie de l'éducation et histoire des idées pédagogiques, n° 4, Éditions du GREP, p. 93-105.
- LECORPS, P. (2002). « *De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé: questions et interrogations morales et éthiques* ». Revue : La Santé de l'homme, n° 362 : p. 21-23.
- LECORPS, P., PATURET J.-B. (1999). « Santé publique, du biopouvoir à la démocratie ». Paris, Revue : ENSP.
- LEGENDRE, R. (1993). « *Dictionnaire actuel* ». Guérin ESKA.
- LERICHE, R. (1936). « *Introduction générale ; De la santé à la maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine* »? Revue : Encyclopédie française, t. VI. L'être humain. Paris : Comité de l'Encyclopédie française.
- LESNE, M. (1977). « *Travail pédagogique et formation d'adulte. Eléments d'analyse* ». Editions Le Harmattan, Paris.
- LESNE, M. (1984). « *Lire les pratiques de formation d'adultes* ». Paris : Édilig, pp. 221-222, p. 91.
- LEVINAS, E. (1991). « *Entre nous, essais sur le pensé – à – l'autre* ». Paris : Grasset. L'expression «expliquer quelque chose avec quelqu'un» est empruntée à FRANCIS Jacques (1985). L'espace logique de l'interlocution. Paris : PUF, p. 41.
- LEVI-STRAUSS, C. (1973). « *Anthropologie structurale* ». Paris : Plon, 1973.
- LICHTENBERGER, Y. (2004). « *Préparer aux métiers de la recherche, mission fondamentale des universités...* ». Agence de Mutualisation des Universités et Etablissements (AMUE), Compte rendu du 06 juillet 2004, p 15.
- MAGNON, R. (2001). « *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle* ». Paris, Masson, p.141.

MAGNON, R. (2003). « *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers* ». 3e édition, Éditions Masson, Paris, 2003, 198 p. (ISBN 2294014553).

MALGLAIVE, G. & Weber, A. (1982). « *Théorie et pratique, approche critique de l'alternance en pédagogie* ». Revue française de pédagogie, 1982, n° 61.

MALLET, J. (1996). « *Développement des personnes et développement des organisations, Enjeux sous l'éclairage des théories de la complexité et des sciences cognitives* ». En question, Université de Provence Département des Sciences de l'Éducation, p. 42.

MANICOT, C. (2001). « *La recherche, du temps perdu* »? Revue : L'infirmière magazine, n°161, p.36.

MARK, R. (2000). « *Médecins et infirmières : nouveau jeu, même résultat. Journal Médical Britannique* ». Vol. 32, n° 1085, 2000 texte intégral.

MARTEL, F. (1993). « *Rencontre avec... La recherche en Soins Infirmiers, stratégie scientifique et politique de l'infirmière générale* ». In Recherche en Soins Infirmiers, Revue : ARSI, n°33, p.14.

MARTINAND, J.-L. (1992). « *Présentation* ». In : Enseignement et apprentissage de la modélisation en sciences. Paris : INRP, 1992.

MARTUCELLI, D. (2002). « *Le projet d'une société où chaque individu est tenu de l'intérieur n'a jamais été, dans la pratique, une réalité historique* ». Paris, PUF, p.58.

MEIRIEU, P. (1998). « *Les méthodes en pédagogie* ». Revue : Éduquer et former (propos recueillis par M. Fournier). Paris : Revue : Sciences Humaines, p. 105.

MEIRIEU, P., & DEVELAY, M. (1993). « *Émile, reviens vite... ils sont devenus fous* ». Paris, ESF, p. 127-128.

MIALARET, G. (1996). « *De la théorie de la relativité aux sciences humaines ou essai sur la recherche scientifique actuelle* ». L'Année de la recherche en sciences de l'éducation, 1996.

MIALARET, G. (1998). « *La psychopédagogie* » Editions Presses Universitaires de France. Paris, 127 p.

MILLER, S.W. & ROLLNICK, S. (1995). « *Ce qui est entretien motivationnel ? Psychothérapie comportementale et cognitive* ». V.23, 4. 325-334.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. (2009). « *BO Santé – Protection sociale – Solidarités* », n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 246.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2007). « *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et des Solidarités* ». (2007-2011). Avril 2007. En ligne : [www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/maladies-chroniques/plan-pouramelioration-qualite-vie-personnes-atteintsmaladies-chroniques-2007-2011.htm](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/maladies-chroniques/plan-pouramelioration-qualite-vie-personnes-atteintsmaladies-chroniques-2007-2011.htm)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2011). « *Loi portant réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991* ». En ligne : consulté, le 07 octobre 2011.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2012). « *Loi des infirmières et infirmiers du Québec sur oiiq.org* ». En ligne : consulté, le 27 mars 2012.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. « *Arrêté du 6 septembre, (2001), relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier et d'infirmière* », mars 2001: <http://www.e-si.net/>, (site santé.gouv.fr : consulté, le 17 mars 2013).

MINISTERE DE LA SANTE, RAFFARIN, JP. (2002). « *Projet Santé. Kiné-actualité* » ; n° 861, p 2.

MINISTEREE DE LA SANTE PUBLIQUE (2002). « *Loi n° 2002-303 du 4 mars, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* ». NOR : MESXO 0100092L (Journal officiel du 5 mars 2002).

MOINGEON, B. (1998). « *L'apprentissage organisationnel, Eduquer et former* ». Editions Sciences humaines.

MONNIER, J. DESCHAMPS, J.P. & al. (1980). « *Santé publique, santé de la communauté* ». Villeurbanne, SIMEP.

MORASZ, L., PERRIN-NIQUET, A., VEROT J.-P., BARBOT, C., (2004). « *L'infirmier(e) en psychiatrie* ». Préface de Marc Livet, p. IX à XI, Éd. Masson, Paris, 297 p., ISBN 2294006534.

MORIN, E. (1977). « *La méthode 1, La nature de la nature* ». Paris : Seuil, 1977. P. 125.

MORIN, E. (1986). « *La méthode 3, la connaissance de la connaissance* ». Paris, Seuil.

MORIN, E. (1990). « *Introduction à la pensée complexe* ». Paris, ESF.

MORIN, E. (1990). « *Messie, mais non. Arguments pour une méthode* ». Colloque de Sérisy, Seuil, Paris, p. 254-268.

MORIN, E. (1991). « *La méthode 4, les idées, leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation* ». Paris, Seuil.

MORIN, E. (1997). « *La méthode, Tome 1, la nature de la nature* ». Paris, Collection, Points, Seuil.

MOUNOU, Y. (2006). « *Étude des conditions à mettre en œuvre dans le but d'une démarche qualité : au bénéfice des établissements sanitaires et sociaux de formation professionnelle* ». Mémoire de Master 2 Professionnel, Parcours 3: Formation et Encadrement dans le Secteur Sanitaire et le Travail Social ; Sous la direction administrative de Franck GATTO. Université de Provence Aix-Marseille 1 ; U.F.R Psychologie, Département des Sciences de l'Éducation ; Aix-en-Provence, 2006, P. 77.

MOUNOU, Y. (2012). « *Etude des conditions de mise en œuvre de la démarche qualité en formation initiale: le cas des établissements professionnels d'enseignement en santé au Tchad* ». Mémoire de Master 2 Recherche, Sous la Direction de Chantal EYMARD, Maître de Conférences, HDR. Aix-Marseille Université ; U.F.R. de Psychologie, Département des

Sciences de l'Éducation ; Apprentissage, Didactique, Éducation et Formation, Aix-en-Provence, 2012, P.55.

NADOT, S (2001), « *Le mémoire professionnel. Représentations de formateurs* ». Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle, 34 - 4<sup>e</sup>, p. 41-56.

NIGHTINGALE, F. (1860). « *Notes on Nursing : Quels soins infirmiers est quels soins infirmiers n'est pas* ». Appleton and Company, New York, 1860, en Ligne: consulté, le 12 août 2012.

NKOUM, B.A. (2009). « *De l'évaluation scolaire à l'évaluation des pratiques professionnelles en santé cas de la formation initiale et spécialisée en soins infirmiers* ». Thèse de Doctorat, Université de Provence Aix-Marseille1, Sciences de l'éducation. Volume 1.

NOUSCHI, A. (1993). « *Initiation aux sciences historiques* ». Paris : Nathan, 1993. P. 87.

OMS, (1986). « *La Charte d'OTTAWA, vers une nouvelle santé publique* ». Prévenir n° 30, Genève.

OMS, (1998). « *Éducation thérapeutique du patient. Bureau régional pour l'Europe* ». Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.

OMS. (1978). « *Les soins de santé primaires : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires* ». Alma Ata (URSS). Genève, 1978, p. 142.

OMS. (1998). « *Éducation thérapeutique du patient : programme de formation continue pour les fournisseurs de soins de santé dans le domaine de la prévention des maladies chroniques* ». Rapport d'un groupe de travail OMS: Bureau régional de l'Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : VIII-76.

ORANGE, C. (1993). « *Repères épistémologiques pour une didactique du problème* ». Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 1993, n° 4-5, pp. 33-49.

ORANGE, C. (2002). « *Apprentissages scientifiques et problématisation* ». Les Sciences de l'éducation- Pour l'Ère nouvelle, 2002, vol.35, n° 1, pp. 25-42.

ORANGE, C. (2003). « *Débat scientifique dans la classe, problématisation et argumentation : le cas d'un débat sur la nutrition au cours moyen* ». ASTER, 2003b, n° 37, pp. 83-107.

ORANGE, C. (2003). « *Investigations empiriques, constructions de problèmes et savoirs scientifiques* ». In : Larcher (coord.). La pratique expérimentale dans la classe. Paris : INRP, 2003c.

ORANGE, C. (2003). « *Un exemple de problématisation en biologie : Claude Bernard et le milieu intérieur* ». Actes des troisièmes journées scientifiques de l'ARDIST, Toulouse, octobre 2003a.

ORANGE, C. (2004). « *Analyse des savoirs en jeu lors d'interactions verbales : de la connaissance commune aux savoirs scientifiques dans un (débat scientifique) au cycle 3* ». Actes du colloque (faut-il parler pour apprendre ?). Arras les 24, 25, 26 mars 2004. P. 83.

ORANGE, C. (2005). « *Problématisation et conceptualisation en sciences et dans les apprentissages scientifiques* ». Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle. CERSE - Université de Caen. 2005/3 Vol. 38 ; ISSN 0755-9593 ISBN 9782950687946. pp. 69-81.

PAQUAY, L. (1998). « *L'autoévaluation au cœur de la formation initiale d'enseignants professionnels ? Espoirs, écueils, perspectives* ». Revue : Actes de colloque international recherche(s) et formation des enseignants. Grenoble : IUFM de l'académie de Grenoble, pp. 143-164.

PATRICK VIVERET. « *Passer de la notion de besoin à la notion de demande* ». (Archive). En ligne : consulté, le 29 décembre 2013.

PEPLAU & HILDEGRAD, E. (1995). « *Relations interpersonnelles en soins infirmiers* ». Traduction de la réédition de 1988. « *Interpersonal relations in Nursing. A conceptuel frame of référence for Psychodynamic in Nursing* ». Revue : Inter Editions, Paris, (ISBN 2729604359), pp. 17-38.

PHILIPPE, G. (2011). « *De l'accompagnement du Soigné au Soignant* ». Extrait de l'ouvrage d'intitulé, paru aux Éditions Losange en novembre 2011.

PIAGET, J. & GARCIA, R. (1983). « *Psychogenèse et histoire des sciences* ». Paris : Flammarion, 1983.

PIAGET, J. (1967). « *Biologie et connaissance* ». Paris : Gallimard, 1967. P. 7.

PIAGET, J. (1974). « *La prise de conscience* ». Paris : PUF.

PIAGET, J. (2005). « *L'épistémologie génétique* ». 6e éditions. Paris : PUF, coll. Que sais-je ? N° 1399, 126 p.

POPPER, K. (1985). « *Conjectures et réfutations* ». Paris : Payot, 1985 (1re édition, 1963).

POPPER, K. (1991). « *La connaissance objective* ». Paris : Aubier, 1991 (1re édition, 1972). P. 297

POURTOIS, J-P., DESMET, H. (1988). « *Épistémologie et instrumentation de la science* », Bruxelles: Mardaga, 1988, p. 20.

PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW, SUR WIKIQUOTE, en ligne consulté, le 27 décembre 2012.

QUETIN, N. (2004). « *Préparer aux métiers de la recherche, mission fondamentale des universités...* ». Agence de Mutualisation des Universités et Etablissements (AMUE) Comptendu du 06 juillet 2004, p 24.

QUIVY, R. CAMPENHOUDT & VAN, L. (2006). « *Manuel de recherche en sciences sociales* », 3ème édition, Editions Dunod, 2006.

RADCLIFFE, M. (2000). « *Médecins et infirmières: nouveau jeu, même résultat, British Medical Journal* ». Revue : Vol. 32, n° 1085, 2000, texte intégral.

RAMBUTEAU, D. (2010). « *Loi de santé publique et politique de santé, Santé publique 2010* ». Revue : Volume 22, n° 2, p. 254.

- RAPPAPORT, J. (1984). « *Études en Empowerment : introduction aux questions* ». Prévention, Revue : Humann Services. N° 3, 1-17.
- RAYMOND, C. (1964). « *La Seconde Guerre mondiale* ». Revue : Vol. 2, 1964, p. finale.
- RAYNAL, F., RIEUNER, A. (1997). « *Pédagogie: dictionnaire des concepts clés, apprentissage, formation et psychologie cognitive* ». Paris, ESF, Collection pédagogie, p.143.
- REBOUL, O. (1992). « *Les valeurs de l'éducation* ». Paris: PUF, 1992.
- REVILLOT, J.M. (2001). « *Du même à l'autre : place de l'altérité dans la démarche de soins* ». En question, Cahier n°38. Université de Provence, Aix-Marseille 1.
- RICHARD, J.-F. (1990). « *Les activités mentales* ». Paris : Colin, 1990. P. 332-381.
- RICHELLE, M. (1978). « *Skinner ou le péril béhavioriste* ». Bruxelles, Mardaga.
- RIPOCHE, S., LLAMBRICH, C. (2007). « *La recherche clinique : intérêts et difficultés dans la pratique des soins* ». Revue : Recherche en soins infirmiers n° 90 septembre 2007.
- ROMAINVILLE, M. (2004). « *Préparer aux métiers de la recherche, mission fondamentale des universités...* ». Agence de Mutualisation des Universités et Etablissements (AMUE) Compte rendu du 06 juillet 2004, p. 9.
- RUANO-BORBALAN, J.-C. (1998). « *Éduquer et former* ». Éditions Sciences Humaines.
- SAINSAULIEU, R. (1997). « *Sociologie de l'entreprise* ». 2<sup>e</sup> édition, Dalloz, p. 84.
- SAINT ARNAUD, Y. (1983). « *Créer son propre modèle : devenir autonome* ». Montréal : Actualisation jour Editeur.
- SAINT ARNAUD, Y. (1992). « *Connaître par l'action* ». Sherbrooke : Presses de l'université de Montréal.
- SANDRIN-BERTHON, B. (2000). « *L'éducation du patient au secours de la médecine* ». Paris : PUF, coll. Éducation et formation.
- SHIRLEY, C. (2007). « *Introduction à la recherche infirmière* ». Revue : Recherche en soins infirmiers n°90, septembre 2007: OMS, 1975, p. 4.
- SIGNEYROLLE, J. (2004). « *L'émancipation professionnelle par l'écriture... Usage de l'écriture et du concept d'évaluation-régulation pour préparer des étudiants au rôle (formatif) de la kinésithérapie* ». Revue : Recherche En Kinésithérapie (REK), n°2, pp. 9-20.
- SKINNER, B.F. (1979). « *Pour une science du comportement : le béhaviorisme* ». Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- SKINNER, B.F., (1971). « *Analyse expérimentale du comportement* ». Bruxelles. D'essart.
- STEVENIN, P. (2003). « *Activation des processus de changement et régulation créatrice: Des axes prioritaires pour la formation des cadres de santé* ». Revue : Recherche en Kinésithérapie, n°1 Catalogue en Ligne, pp. 39-46, Sur les autres projets Wiki média.

TABUTEAU, D. (2010). « *Loi de santé publique et politique de santé* ». Santé publique 2010, volume 22, n° 2, pp. 253-264.

TESSIER, S. (2012). « *Les éducations en santé: éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours* ». Éditions Malouine, 2012 (ISBN 978-2-224-03291-3).

THUILLIER, G., TULARD, J. (1986). « *La méthode en histoire* ». Paris : PUF, 1986, (Coll. Que sais-je? n° 2388). P. 9-10.

TISSOT, N. (1998). « *Un exemple de constitution du savoir en soin infirmier* ». Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement, n°28, p.24.

TOUMIN, S. E. (1973). « *L'explication scientifique* ». Paris : Colin, 1973 (1re édition, 1961).

TOURETTE-TURGIS, C. (1996). « *Le counseling* ». Paris : PUF Que Sais-je ?

TRADUCTION LIBRE DE (2012): « *Pour nous qui allaitent, nos soins infirmiers est une chose qui, à moins que nous faisons des progrès chaque année, chaque mois, chaque semaine, de prendre mon mot pour lui, nous allons revenir* ». Dans Florence Nightingale Fondation (archive): en ligne, consultée en novembre 2012.

VAILLANT, J. (2002). « *Histoires sous le signe: kinésithérapie et médecine* ». Revue : Kinésithérapie Scientifique, juillet 2002, n° 424, p.35-52.

VAN DER BRUGGEN, (1980). « *La recherche infirmière et l'enseignement infirmier* ». AMIEC, Lyon, Cahier n°6, Les soins infirmiers et la recherche, p.117.

VAN DER MAREN, J-M. (1995). « *Méthodes de recherche pour l'éducation* ». Bruxelles : De Boeck, 1995. 505 p. Editions Pédagogies en développement.

VERGNAUD, G. (1995). « *Quelle théorie pour comprendre les relations entre savoir-faire et savoir* » ? In: Les entretiens Nathan, actes V. Paris : Nathan, 1995.

VERMEERSCH, P. (1994). « *L'entretien d'explicitation en formation initiale et continue* ». Paris : ESF.

VERMERSCH, P., & MAUREL, M. (1997). « *Pratiques de l'entretien d'explicitation* ». Paris : ESF.

VIAL, M. (1997). « *Modèles – références – méthodes, l'articulation des contraires en évaluation et en didactiques du français* ». Synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation, 1997.

VIAL, M. (2001). « *Une méthode de recherche pour l'ethnos* ». Université de Provence : Les sciences de l'éducation en questions, 2001a, p.121-159.

VIAL, M. (2001a). « *Se former pour évaluer, Se donner une problématique et élaborer des concepts* ». Bruxelles, Editions DE BOECK, ISBN 2804137228.

VIAL, M. (2001b). « *Evaluation qualité, formation, colloque international : Entre chercheur et démarche qualité, quelle complémentarité pour les soins* ». Genève. HUG.

VIAL, M. (2004). « *L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la santé* ». Questions vives, éducation à la santé ou pour la santé? Volume n°5, Université de Provence, pp. 49-81.

VUORI, H. (1984). « *L'Assurance de la qualité des prestations de santé Bureau européen de l'OMS* ». Copenhague, 1984, (ISBN 92-890-2151-7).

VYGOTSKI, L-S. (1985). « *Pensée et langage* ». Paris : Messidor : Éd. sociales, coll. Terrains, 419 p.

WALTER, B., (1988). « *Le Savoir infirmier* ». Édition. Lamarre-Poinat, Paris, ISBN 2-85030-040-3.

WATSON, J. (1972). « *Béhaviorisme, tradition ; Française : le béhaviorisme* ». Paris, centre d'études et de promotion de la lecture.

WATSON, J. B. (1913). « *Psychologie comme le béhavioriste la conçoit. Psychologico Review* ». Vol. 20, p. 158-177.

WATSON, J., (1998). « *Le Caring philosophie et science des soins infirmiers* ». Édition Sed Arslan, Paris, 1998, 320 p. (ISBN 2842760115).

WEBER, M. (1920). « *Le type idéal est une catégorie centrale de la sociologie* ». C'est une construction intellectuelle, un repère.

WITTORSKI, R. (2001), « *La professionnalisation en questions* ». INRP/Emergences, Questions de recherche en éducation, 2, p. 33-49.

ZIMMERMAN, M.A. (1990). « *Prenant l'objectif sur la recherche de l'autonomisation: sur la distinction entre le concept individuel et psychologique* ». Psychologie communautaire, American Journal, vol. 18, n° 1, 169-177.

#### **SITES INTERNET CONSULTÉS:**

[http://cud.ciuf.be/present\\_mission.htm](http://cud.ciuf.be/present_mission.htm)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Education\\_au\\_moyen\\_%C3%A2ge](http://fr.wikipedia.org/wiki/Education_au_moyen_%C3%A2ge)

<http://id.erudit.org/iderudit/000137ar>

<http://lambesc.educaix.com/enseignants/mallet/dossier-texte>.

<http://medieval.mrugala.net/Education/Naissance%20des%20universites.htm>

[http://www.cefi.org/cefinet/donn\\_ref/histoire/universities.htm](http://www.cefi.org/cefinet/donn_ref/histoire/universities.htm)

<http://www.eleves.ens.fr/home/robin/histoire/medievale/enseignement/universites.html>

<http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

<http://www.e-si.net/>



[http://www.ffmkr.org/\\_circ/S\\_2005\\_057\\_EP\\_reunion\\_groupe\\_convergence.pdf](http://www.ffmkr.org/_circ/S_2005_057_EP_reunion_groupe_convergence.pdf)

<http://www.has-sante.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/HomePage?ReadForm>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

<http://www.sante.cfwb.be> [archive]

[http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/PQ2004.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PQ2004.pdf) [archive]

[http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_prevention/PCO-web.pdf](http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PCO-web.pdf) [archive]

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)

<http://www.unesco.org/iau/conferences/durban/fre/rtf/confdurban0.rtf>

<http://www.unesco.org/iau/conferences/SaoPaulo/fre/confsaopaulo0.rtf>

[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RFPED\\_192\\_0109](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFPED_192_0109)

<http://www.cairn.info/publications-de-Eymard-Chantal--78397.htm>

[www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methode\\_guide\\_ald\\_patient.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methode_guide_ald_patient.pdf)

[www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/maladies-chroniques/plan-pouramelioration-qualite-vie-personnes-atteintesmaladies-chroniques-2007-2011.htm](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/maladies-chroniques/plan-pouramelioration-qualite-vie-personnes-atteintesmaladies-chroniques-2007-2011.htm)

## **RESUME**

### **BIOGRAPHIE**

*Yotoungabé MOUNOU, est Maître Assistant au Ministère de la santé Publique (MSP) de N'Djaména-Tchad, Doctorant au Laboratoire : Apprentissage, Didactique, Evaluation, Formation (ADEF), EA-4671, Ecole Doctorale - 356: « Cognition, Langage, Education » de l'Université d'Aix-Marseille.*

*Formateur, Responsable de formation, il a été successivement Chef de service de Formation Continue à la Division de Formation de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique de 2006 à 2011.*

*Il fut Enseignant Permanent, Coordinateur Pédagogique de la Filière Infirmière d'Etat à l'Ecole Nationale des Agents Sociaux et Sanitaires (ENASS), de 1998 à 2003. Ses objets de recherche sont : le projet d'établissement, l'innovation en Education et Formation, la formation des enseignants dans un processus d'apprentissage, de la professionnalisation par la recherche des agents socio-sanitaires au Tchad.*

### **RESUME DE LA THESE**

La professionnalisation par la démarche de recherche est de plus en plus utilisée par les organismes de formation professionnelle, aussi bien initiale que continue. La présente étude tente d'analyser les composantes et les conditions d'existence d'une telle recherche. En quoi la recherche est-elle professionnalisant et quelles seraient les conditions pour qu'elle le soit. Plusieurs dimensions sont à l'œuvre.

La pluralité des formateurs et le déroulement d'un tutorat, la production de savoirs académiques qui ne sont ni théoriques ni d'action, mais en relation avec des représentations nouvelles. Des possibilités offertes par la pratique et, enfin, le passage par une obligation d'écriture scientifique dont les caractéristiques se nichent dans le métissage théorie/pratique des modèles théoriques de santé et du processus d'apprentissage de ceux-ci.

L'étude prend comme exemple, l'enseignement des modèles théoriques/pratiques et du processus d'Apprentissage pour la mise en place d'une écriture scientifique en formation initiale des Agents Socio-Sanitaires. La formation professionnelle initiale présentant des caractéristiques plus fragiles face à ce genre de formation compte tenu de sa qualité.

### **MOTS-CLES**

Professionnalisation par la recherche, modèles théoriques, formation par la recherche, mémoire professionnel, mode de travail pédagogique, processus d'apprentissage, programme de formation.

---

### **BIOGRAPHY**

*Yotoungabé MOUNOU is Assistant at health Public Ministry of N'Djamena-Chad, PhD student at the laboratory of learning, teaching, assessment, training (ADEF), EA-4671, Doctoral School-356: "Cognition, language, Education" of the University of Aix-Marseille.*

*Trainer, responsible for training, it was successively head of Department of continuing education to the training Division of the Directorate of human resources of the Ministry of public health from 2006 to 2011.*

*He was teacher standing, pedagogical coordinator of the nurse State sector at the National School of Agents social and sanitary (ENASS) from 1998 to 2003. His objects of research are: the project, innovation in Education and training, the training of teachers in a process of learning, of professionalization by searching for health agents in Chad.*

### **ABSTRACT OF THESIS**

The professionalization by the approach of research is increasingly used by vocational, as well original a organization that continues. This study attempts to analyze the components and the conditions of the existence of such a search. What is research professional and what would be the conditions for it to be. Several dimensions are at work.

The plurality of the trainers and the conduct of a tutoring, academic knowledge which are neither theoretical production of action, not in relation to new representations. Opportunities offered by the practice and, finally, passing through an obligation to scientific writing whose characteristics Nestle in the interbreeding theory/practice of theoretical models of health and learning of these processes.

The study takes as an example, the teaching of theoretical/practical models and learning process for the establishment of scientific writing in initial training of health staff. Initial vocational training with more fragile characteristics to this sort of training in view of its quality.

**KEY-WORDS:** Professionalization by research, theoretical models, training through research, professional memory, pedagogical work, learning process, training program.



**AIX-MARSEILLE UNIVERSITE**

**UFR, Psychologie et Sciences de l'Education**  
**Ecole Doctorale-356: « Cognition, Langage, Education »**  
**Département des Sciences de l'Education**  
**Equipe d'Accueil : 4671**

**Laboratoire: « Apprentissage, Didactique, Evaluation et Formation (ADEF) »**

**THESE-TOME II**

**VOLUME DES ANNEXES**

\*\*\*\*\*

pour obtenir le grade de Docteur d'Aix-Marseille Université

Par **Yotoungabé MOUNOU**

**« PROFESSIONNALISATION PAR LA RECHERCHE EN  
FORMATION INITIALE DES AGENTS SOCIO  
SANITAIRES AU TCHAD ».**

Sous la Direction de  
**Chantal EYMARD**

Maître de Conférences, Habilitée à diriger les travaux de recherche.

Co-directeur : **Mignagnal KABORO**, Professeur titulaire, Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération, Faculté des Sciences de la Santé Humaine, Université de N'Djaména – Tchad.

Soutenance publique, le 05 décembre 2016

**Jury**

- ✓ **Stéphane SIMONIAN** : Professeur des Universités en Sciences de l'Education, Université Lyon 2, Institut des Sciences et Pratique d'Education et de Formation (ISPEF), Laboratoire : Education, Cultures, Politiques, Rapporteur ;
- ✓ **Mbailao MBAINGUINAM** : Docteur, Maître de Conférences, Recteur de l'Université des Sciences et de Technologie d'ATI, Rapporteur ;
- ✓ **Likius ANDOSSA** : Professeur, Vice-recteur chargé de la Recherche et de la Coopération, Université de N'Djaména, Membre du jury;
- ✓ **Monique ROTHAN-TONDEUR** : Titulaire de la chaire Recherche Sciences Infirmières AP-HPLEPS Université Paris 13, Professeure associée à l'université de Montréal, Membre du jury ;
- ✓ **Mignagnal KABORO** : Professeur Agrégé en Anesthésie/Réanimation, Vice-doyen Chargé de la Recherche et de la Coopération, Université de N'Djaména, Co-directeur de Recherche;
- ✓ **Chantal EYMARD** : Docteur, Maître de Conférences, HDR, Aix-Marseille Université, Directrice de Recherche.

## SOMMAIRE DES ANNEXES

<b>ANNEXES 1 : les Autorisations de recherche et la lettre explicative adressée aux Agents socio-sanitaires (étudiants et enseignants).</b> .....	<b>7</b>
<b>ANNEXES 2 : Outils de recueil des informations</b> .....	<b>8</b>
A). Questionnaire adresse aux agents socio-sanitaires.....	8
B). Questionnaire adresse aux professionnels socio-sanitaires.....	10
C). Guide d'entretien semi-directif auprès des institutions dirigeantes.....	12
<b>ANNEXES 3 : principaux résultats</b> .....	<b>13</b>
Description des répondants.....	14
Description de la population à l'étude.....	16
La population des étudiants .....	16
<b>Partie signalétique, question n° 1, 2 et 3</b> : âge, statut de l'établissement et statut professionnel des étudiants .....	17
Partie interrogative, Indicateur n° 4 : Comment percevez-vous, la conception de la santé ? .....	18
Indicateur n° 5 : Perception de l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de la formation : un enseignement professionnel juste plus-value, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ? .....	19
Indicateur n° 6 : Administration du traitement selon les protocoles préétablis pour guérir relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou Non.....	20
Indicateur n° 7 : Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?.....	21
Indicateur n° 8 : Des usagers et des apprenants sont de plus en plus méfiants, vis-à-vis des pratiques enseignantes? Oui ou Non .....	22
Indicateur n° 9 : Le contenu des programmes de formation des établissements sont-ils différents pour l'accompagnement pédagogique de l'étudiant? .....	23
Indicateur n° 10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont-ils : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance? .....	24
Indicateur n° 11 : Certains professionnels ou étudiants ne lisent pas, ce qui ne permettait pas d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis? .....	25

Indicateur n° 12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ? .....	26
Indicateur n° 13 : L'absence du processus d'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant ?.....	27
Indicateur n° 14 : les caractéristiques du processus d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir pratiquées dans les écoles de santé? .....	28
Indicateur n° 15 : Avez-vous confiance à votre formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être ?.....	29
Indicateur n° 16 : S'il vous est donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?.....	30
<b>Partie signalétique, Indicateur n° 1, 2,3: âge, statut de l'établissement (privé/public) et statut des enseignants (dans les filières). .....</b>	<b>31</b>
Indicateur n°4 : Perception de la santé par les enseignants .....	32
Indicateur n° 5 : Perception de l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé: un enseignement professionnel plus-value, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ? .....	33
Indicateur n° 6 : Administration du traitement selon les protocoles préétablis pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou Non. ....	34
Indicateur n° 7 : Traiter un malade en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?.....	35
Indicateur n° 8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes ?.....	36
Indicateur n° 9 : Les contenus des programmes de formation sont-ils différents dans les écoles les unes des autres pour l'accompagnement pédagogique de l'étudiant ? .....	37
Indicateur n° 10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont-ils : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?.....	38
Indicateur n° 11 : Certains professionnels ou étudiants ne lisent pas ce qui ne permettait pas d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis? .....	39
Indicateur n° 12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ? .....	40
Indicateur n° 13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant ? .....	41

Indicateur n°14 : Quelles sont les caractéristiques de pratique d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?.....	42
Indicateur n° 15 : Avez-vous confiance à un formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?.....	43
Indicateur n° 16 : Il vous est donné d'être maintenant formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?.....	44
<b>1.1.CATEGORIE DES ETUDIANTS.....</b>	<b>45</b>
<b>Partie signalétique, tableau 1.1, 1.2, 1.3: âge, statut établissement (privé/public), statut étudiants (filiales). .....</b>	<b>45</b>
Partie interrogative, tableau 1. 4 : perception de la santé.....	46
Tableau n°1. 5 : Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de votre formation? .....	47
Tableau n° 1.6: Administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche .....	48
Tableau n°1.7: Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?.....	49
Tableau n° 1.8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes?.....	50
Tableau n° 1.9 : Pensez-vous qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant? .....	51
Tableau n° 1.10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont- il : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?.....	52
Tableau n° 1.11 : De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?.....	53
Tableau n° 1.12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ? .....	54
Tableau n° 1.13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant? .....	55
Tableau n° 1.14: Quelles sont les caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?.....	56
Tableau n° 1.15 : Avez-vous confiance à votre formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?.....	60

Tableau n° 1.16 : S'il vous est donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel? .....	64
<b>2.1. CATEGORIE ENSEIGNANTS .....</b>	<b>65</b>
<b>Partie signalétique, tableau: 1, 2 et 3 : âge, statut de l'établissement et statut de l'enseignant .....</b>	<b>65</b>
Partie interrogative, Tableau n° 2.4 : Comment percevez-vous la conception de la santé.....	66
Tableau n° 2.5 : Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de votre formation : un enseignement professionnel juste, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ?.....	67
Tableau n° 2.6 : Administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou non .....	68
Tableau n° 2.7 : Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?.....	69
Tableau n° 2.8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes?.....	70
Tableau n° 2.9 : Pensez-vous qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant? .....	71
Tableau n°2.10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont- il : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?.....	72
Tableau n°2.11 : De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?.....	73
Tableau n°2.12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel? .....	74
Tableau n° 2.13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant? .....	75
Tableau n°2.14 (bis) : Quelles sont les caractéristiques du processus d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?.....	76
Tableau n°2.15 : Avez-vous confiance à votre collègue (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?.....	77
Tableau n° 2.16 : Il vous est donné maintenant d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel?.....	78
<b>ANNEXES 4 : La classification des 14 besoins fondamentaux selon (V. Henderson).....</b>	<b>79</b>



<b>ANNEXES 5 : Les spécificités du rôle professionnel par pays .....</b>	<b>82</b>
A). La France.....	82
B). Le Québec .....	84
<b>ANNEXES 6 : Tableau des principales caractéristiques des modes d’action pédagogique.</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES 7 : corpus lexical du verbatim des entretiens .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES 8 : La liste des écoles confessionnelles et privées au Tchad .....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXES 9 : Liste des tableaux .....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXES 10 : Listes des figures .....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXES 11 : Les documents juridiques .....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE 12 : Les Sites de Recherche Tchad-France.....</b>	<b>114</b>

**ANNEXES 1 : les Autorisations de recherche et la lettre explicative adressée aux Agents socio-sanitaires (étudiants et enseignants).**

- ✓ Note de service tenant lieu d'Autorisation de Recherche n° 1597/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DF/15 ;
- ✓ Note de service tenant lieu d'Autorisation de Recherche n° 1955/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DF/14.
- ✓ Note de service tenant lieu d'Autorisation de Recherche n°1128/PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DRH/DF/13.
- ✓ Lettre introductive adressée aux Agents socio-sanitaires : étudiants et enseignants, en date du 23 septembre 2014.

## ANNEXES 2 : Outils de recueil des informations

### A). QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX AGENTS SOCIO-SANITAIRES

#### (Étudiants en formation initiale)

\*\*\*\*\*

#### I / Partie signalétique

1. Age du répondant.....
2. Statut de l'établissement :                      Public                          privé
3. Statut professionnel :
  - Etudiant en formation (ASDE).....
  - Etudiant en formation (IDE).....
  - Etudiant en formation (TLDE).....
  - Etudiant en formation (SFDE) :.....
  - Etudiant en formation spécialisée (Ophtalmologie, Anesthésie/Réanimation, etc.) .....
  - Etudiant en médecine.....

#### II / Question

##### Consigne :

- Pour la question fermée, cochez d'une croix la réponse correspondant à votre avis.
- Pour la question ouverte, donnez votre avis.

4. Comment percevez-vous la conception de la santé ?
  - a. Absence de maladie.....
  - b. Adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien-être biologique, psychosociologique.....
  - c. Expérience de vie individuelle ou collective intégrant la réalité de la vie que celle de la mort.....
5. Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques et pédagogiques de santé au cours de votre formation?
  - a. Un enseignement, plus-value.....
  - b. Un enseignement, professionnel corrompu.....
  - c. Un enseignement, professionnel inexistant.....
  - d. Un enseignement, professionnel exemplaire.....
  - e. Un enseignement, professionnel autre (à préciser).....
6. Selon vous, administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablis pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche?  
Oui                       ou                      non
7. Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation ?  
Oui                       ou                      non

8. Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes ?  
 Oui  ou non
9. Pensez-vous qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant?  
 Oui  ou non
10. Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé, sont-ils?
- Très bon.....
  - Bon .....
  - Assez bon.....
  - Mauvais .....
  - Sans aucune importance.....
11. De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis ?  
 Oui  ou non
12. Etes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel?  
 Oui  ou non
13. L'absence de l'apprentissage à l'enseignement des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant ?  
 Oui  ou non
14. Quelles sont les caractéristiques de pratique du processus d'apprentissage professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?
- Béhaviorisme par l'exposé.....
  - Béhaviorisme par l'action.....
  - Constructivisme .....
  - Socioconstructivisme.....
15. Avez-vous confiance à votre formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir- faire et savoir-être ?  
 Si oui,  dites pourquoi.....  
 .....  
 .....  
 Si non,  dites pourquoi .....  
 .....  
 .....
16. S'il vous est donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?  
 Oui  ou non

./

## B). QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PROFESSIONNELS SOCIO-SANITAIRES

(Enseignants)

\*\*\*\*\*

### I / Partie signalétique

1. Age du répondant.....
2. Statut de l'établissement :                      Public                            privé
3. Statut professionnel :
  - Enseignant en formation (ASDE).....
  - Enseignant en formation (IDE).....
  - Enseignant en formation (TLDE).....
  - Enseignant en formation (SFDE) :.....
  - Enseignant en formation spécialisée (Ophtalmologie, Anesthésie/Réanimation, etc.).....
  - Enseignant en médecine.....

### II / Question

Consigné :

- Pour la question fermée, cochez d'une croix la réponse correspondant à votre avis.
  - Pour la question ouverte, donnez votre avis.
4. Comment concevez-vous la santé ?
    - a. Absence de maladie.....
    - b. Adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien-être biologique, psychosociologique.....
    - c. Expérience de vie individuelle ou collective intégrant la réalité de la vie que celle de la mort.....
  5. Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques/pratiques de santé au cours de votre enseignement?
    - a. Un enseignement professionnel référentiel de compétence juste.....
    - b. Un enseignement professionnel corrompu.....
    - c. Un enseignement professionnel inexistant du système.....
    - d. Un enseignement professionnel exemplaire.....
    - e. Un enseignement professionnel autre (à préciser).....
  6. Selon vous, administrer le traitement au patient selon les protocoles et les fiches techniques préétablis pour guérir la maladie est-il un acte de professionnalisation par la recherche?  
Oui                       ou                      non
  7. Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre enseignement ?  
Oui                       ou                      non
  8. Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques professionnelles enseignantes ?  
Oui                       ou                      non

9. Pensez-vous qu'il y a différence de contenu des programmes de formation de différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant?

Oui  ou non

10. Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé, sont-ils?

- Très bon .....
- Bon .....
- Assez bon.....
- Mauvais .....
- Sans aucune importance.....

11. De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir : êtes-vous de cet avis ?

Oui  ou non

12. Etes-vous favorables ou défavorables à la mise en œuvre du processus de professionnalisation par la recherche dans le système ?

Oui  ou non

13. L'absence de l'apprentissage à l'enseignement théorique/pratique des modèles de santé, en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant ?

Oui  ou non

14. Quelles sont les caractéristiques d'apprentissage de pratiques professionnelles de l'enseignant que vous souhaitez voir ?

- Béhaviorisme par l'exposé.....
- Béhaviorisme par l'action.....
- Constructivisme .....
- Socioconstructivisme.....

15. Avez-vous confiance à un formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être ?

Si oui,  dites pourquoi .....

.....

Si non,  dites pourquoi.....

.....

16. Il vous est déjà donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?

Oui  ou non

./

**C). GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AUPRES DES INSTITUTIONS  
DIRIGEANTES**

\*\*\*\*\*

**I.L'enseignement théorique et pratique des modèles de santé, (biomédical, bio-psycho-social et global ou holistique) en formation initiale des agents socio sanitaires**

- Quelle est votre perception de l'enseignement des modèles de santé dans les institutions de formation ?
- Quelle place accordez-vous aux modèles de santé dans le processus d'apprentissage des écrits scientifiques (mémoires ou thèse) de fin d'études ?

**II.L'application de la professionnalisation par la recherche**

- Qu'est-ce, c'est pour vous le mémoire et/ou la thèse de fin d'études ?
- Percevez-vous un lien entre le mémoire et/ou la thèse de fin d'études et la professionnalisation par la recherche ?

**III.L'impact de processus d'apprentissage de l'Agir professionnel**

- Selon-vous, quelles sont les pratiques de développement de compétences en professionnalisation par la recherche ?
- Comment encourager la professionnalisation des étudiants socio sanitaires en cours de formation ?
- Selon vous, comment le processus d'apprentissage des modèles théorique de santé peut-il aider au développement des potentielles capacités (compétences) d'un futur cadre professionnel de santé ?

**IV. Les dysfonctionnements dans l'organisation du système de la formation professionnelle des agents socio sanitaires au Tchad**

- Expliquez-nous, quelle est la vraie problématique de la formation initiale des agents socio sanitaires au Tchad ?
- Selon vous, l'organisation de la formation, le recrutement des futurs cadres professionnels respectent-ils les normes du référentiel de formation ? si non, que proposeriez-vous ?

./

### **ANNEXES 3 : principaux résultats**

Il n'y a de recherche que par restitution écrite des résultats de ses travaux. La singularité de l'écriture, dans la recherche professionnelle dite exploratoire descriptive de cette thèse, réside dans la mise en évidence pour autrui du processus de recherche emprunté par le formé. Comme nous l'avons déjà dit, la recherche exploratoire se veut professionnelle qui part de la théorie, prend comme objet la pratique et retourne à la pratique. La pratique au sens générique, avec un grand L, mais la pratique de celui qui a mené la recherche. Autrement dit, la singularité de sa pratique qui n'intéresse personne d'autre, puisque par essence elle est particulière.

C'est bien le chemin que nous prenons qui intéresse le public lecteur. Dans ce qui peut avoir de généralisable et d'empathique. L'écriture, outil de communication différée, ne peut s'appuyer comme l'oral sur des indexations situationnelles ou des gestes. Soulignons qu'il s'agit d'une écriture d'un genre particulier, qui n'est ni descriptive, ni proprement narrative mais qui doit quand même comporter des éléments susceptibles de faire comprendre au lecteur sur quel objet de modèle théorique et pratique de santé ou du processus d'apprentissage porte la recherche.

Cette écriture comporte des parties d'exposition de la problématique fortement ancrée dans une réalité particulière du terrain. Des parties d'apport théorique éclairent et enrichissent la clarification modélisant la problématique en lui donnant un statut plus global, une exposition des choix des outils méthodologiques et de leur pertinence en fonction de l'hypothèse d'action découlant de la problématique. Un travail à partir des données recueillies conduit à leur exploitation raisonnée en lien avec la question de départ. Des interprétations peuvent être possibles d'une telle situation éclairée par la modélisation théorique à l'image de Chantal Eymard, (2010, p. 47) et les données jusqu'à la justification du choix d'une pratique modifiée voire nouvelle et innovatrice.

L'écriture nous engage dans nos choix pratiques et dans la justification. Elle expose celui qui écrit au regard et au jugement de l'autre. Et donc, elle entraîne un travail plus ciblé et plus d'explicitation, d'argumentation et de recherche des implicites dans les choix d'orientation méthodologique et d'action. N'oublions pas que toute écriture, quelle que soit sa forme, a une fonction épistémique qui fait dire Emmanuel Berle, (1992, p. 27) : « J'écris non pas pour dire ce que je pense, mais pour le savoir ». C'est-à-dire que l'écriture dans sa manifestation concrète, produit pour nous, de la pensée nouvelle, une découverte de ce que nous n'avions jusqu'à présent pas dévoilé, pas vu, ou tout simplement l'organisation en traces des mots appelle des formes de pensée inédites.



## Description des répondants

Etant donné l'hétérogénéité de la population étudiée, le questionnaire a été élaboré en respectant les catégories socio professionnelles, les étudiants et les enseignants.

Le questionnaire comporte deux parties : une partie signalétique et une partie interrogative. La partie signalétique couvre les points de 1, 2 et 3, tandis que celle interrogative qui va de 4 à 16 items ou indicateurs, tient lieu de cadre de référence aux apprenants et aux enseignants, à y apporter leur réponse ou avis. Celles-ci nous servent d'indicateurs pertinents dans l'analyse textuelle du thème de notre étude résultant des tableaux statistiques et de l'analyse du contenu lexical des verbatim des entretiens qui suivront plus tard et sont établis après l'interprétation.

L'interprétation des données a consisté en une analyse critique des résultats des réponses au questionnaire en tenant compte de la revue documentaire des fondements épistémologiques sur l'état de l'art en question qui suivra au chapitre ultérieur, permettant ladite analyse. Et la mise en rapport avec certains facteurs d'ordre naturel (temps imparti pour le travail), d'ordre méthodologique (démarche, approches développées sur le terrain) et d'ordre socioéconomique (attitudes des répondants, manque de collaboration, aussi manque de financement pour les travaux constituent aussi des difficultés pour le travail, etc.).

**Tableau n°28** : distribution de questionnaire aux étudiants médicaux et paramédicaux (publics, privés)

N°. ordre	Etablissements	Expl. distribué	Expl. récupéré	Expl. Non récupéré	% Expl. retourné	% Expl. non récupéré	% réponse
01	Public	190	160	30	84.2%	15.8%	100%
02	Privé	100	67	33	67%	33%	100%
Total		290	227	63	78.28%	21.72%	100%

Il est à noter que les écoles publiques ont rempli 160 exemplaires de questionnaires sur 190 au total, soit **84.2%** des répondants. De même, les écoles privées ont rempli 67 exemplaires sur un total de 100, soit 67%. Globalement 227 exemplaires de questionnaires remplis, soit **78.28%** des répondants étudiants. Les 30 exemplaires chez les publics et 33 exemplaires chez les privés de questionnaires non répondus ne représentent qu'une proportion infime des répondants.

**Tableau n° 29 : distribution de questionnaire aux enseignants par établissement**

N° ordre	Ville	Etablissement	Expl. distribué.	Expl. récupéré	Expl. non retourné	% expl. récupéré	% expl. non retourné	% réponse
01	N'Djaména	ENASS	05	03	02	60%	40%	100%
02	N'Djaména	ISPF	04	04	00	100%	00%	100%
03	N'Djaména	ISAT/TOUMAÏ	06	05	01	75%	25%	100%
04	N'Djaména	IFSI	05	05	00	100%	00%	100%
05	Moundou	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
06	Moundou	CEFOSAPRODEC	04	03	01	75%	25%	100%
07	Moundou	CFDSSM	04	02	02	50%	50%	100%
08	Abéché	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
09	Biltine	ERSAS	04	01	03	25%	75%	100%
10	Sarh	ERSAS	04	02	02	50%	50%	100%
11	N'Djaména	FSSH	04	02	02	50%	50%	100%
12	N'Djaména	CHU/WALIA	00	00	00	00%	00%	00%
Total			48	31	17	64.6%	35.4%	100%

De ce tableau n° 29 ci-dessus, ils ressortent 31 exemplaires récupérés sur 48 exemplaires de questionnaire qui ont été introduits, soit un pourcentage de 64.6%. On note 17exemplaires de questionnaire introduits n'ont pas été rendus. Soit un pourcentage global de 35.4% des enseignants des différentes écoles qui n'ont effectivement pas rendus les exemplaires de questionnaire.

Compte tenu du spécimen d'échantillon représentatif précité, nous estimons que l'utilisation de notre instrument d'enquête a requis un pourcentage (**64.6%**) tout de même représentatif chez les enseignants, pour nous permettre de parvenir à des résultats fiables.

Dans le questionnaire, la partie signalétique couvre les questions numérotées de 1 à 3. Cette partie nous a permis de déterminer le nombre et la localisation des écoles, le nom et le statut des établissements d'enseignement, l'âge des répondants et également leur statut socio professionnel.

C'est ainsi que, nous avons pu dénombrés 05 villes : N'Djaména, Moundou, Abéché, Biltine et Sarh correspondants aux 05 établissements publics d'enseignement paramédical, et 05 établissements privés d'enseignement paramédical et nous notons 02 établissements d'enseignement médical dont l'un est public et l'autre est privé, d'où 250 étudiants paramédicaux, 40 étudiants médicaux, 48 enseignants paramédicaux et médicaux recrutés, sont répartis sur tous les 12 établissements retenus. Et enfin, 06 personnes des institutions dirigeantes retenues pour un entretien, soit au total 344 personnes impliquées à l'étude.

Dans la partie interrogative, les questions sont numérotées de 4 à 16. Cette partie nous a permis également d'analyser les aspects de notre étude présentés en plusieurs tableaux allant du (tableau signalétique n° 1 : des répondants étudiants au tableau n°14 répondants étudiants, et de même par l'analyse lexicale des entretiens avec les personnes des institutions dirigeantes pour dégager le

sens à notre étude réalisée selon la méthode de l'analyse de contenu de (Muccheilli, A. 2007 et Bardin, L., 2007) qui viendra ultérieurement.

### **Description de la population à l'étude**

La population enquêtée compte 227 étudiants répondants sur 290 qui ont été sollicités et 31 enseignants répondants sur 48 sollicités en formation initiale des établissements d'enseignement professionnel de la ville de N'Djamena et de province qui suivent. Il s'agit de :

- Assistants Socio sanitaire Diplômés d'Etat (ASDE) : 2 étudiants enquêtés dans le privé ;
- Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) : 141 étudiants enquêtés dont 44 dans le public et 97 dans le privé;
- Techniciens de Laboratoire diplômés d'Etat (TLDE) : 2 étudiants enquêtés dans le public ;
- Sages-femmes Diplômés d'Etat (SFDE) : 62 étudiants enquêtés dont 34 dans le public ;
- Etudiants en formation spécialisée (ophtalmologie, Anesthésie/réanimation, etc.) : 2 étudiants enquêtés dans le public ;
- Etudiants en médecine : 18 enquêtés dans le privé ;
- Personnes des institutions dirigeantes : 4 personnes sur 6 personnes qui ont sollicitées pour des entretiens semi-directifs.

### **La population des étudiants**

Sur l'ensemble des personnes enquêtées tableau n° 30 ci-dessous, 43% ont entre 20 et 25 ans, 36% entre 26 et 30 ans, 7% sont âgées de 31 à 35 ans et 7% n'ont pas indiqué leur âge. De même, les techniciens de laboratoire diplômés d'état et les techniciens d'ophtalmologie, d'anesthésie et réanimation n'ont pas indiqué leur âge.

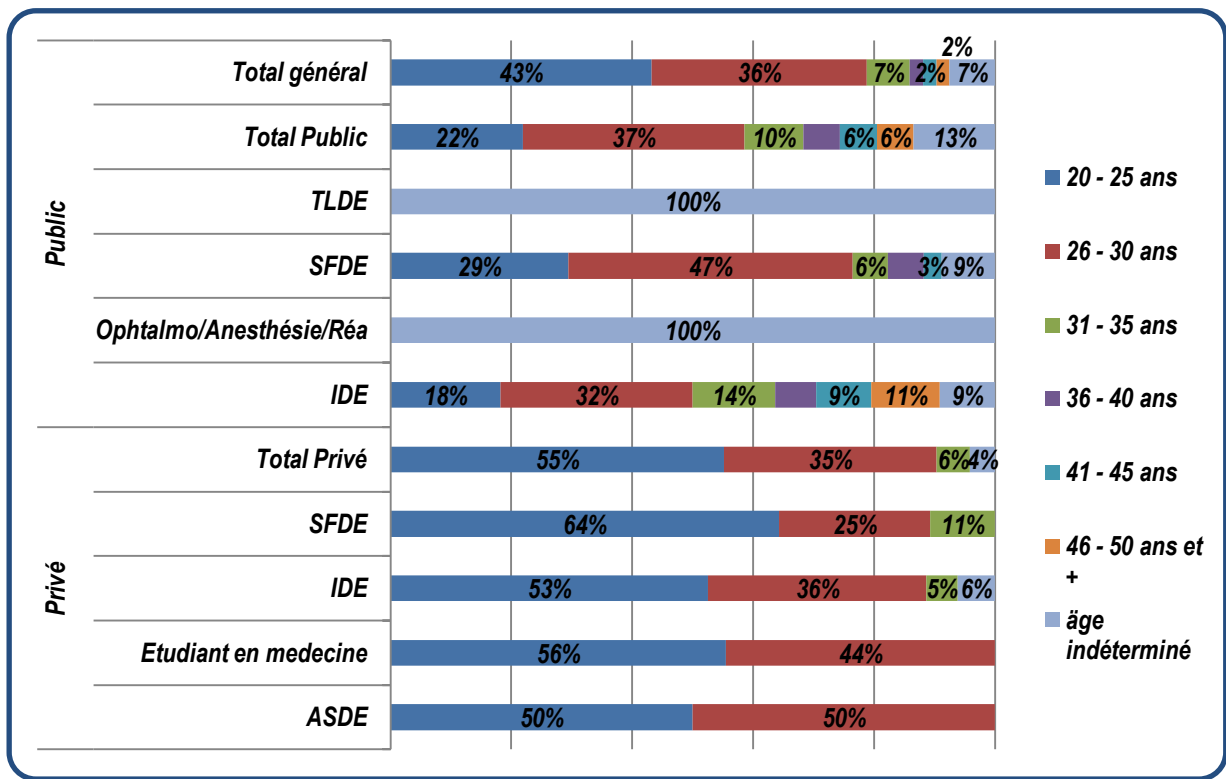
Dans les établissements privés, plus de la moitié des étudiants 55% ont entre 20 et 25 ans dont 66% dans la filière sage-femme diplômés d'état et 56% en médecine.

On remarque également la présence des personnes âgées de plus de 40 ans dans les filières IDE et SFDE respectivement 20% et 3%.

Les informations sont présentées essentiellement sous forme des tableaux 1 et 2, et graphiques, suivis de brèves interprétations permettant d'approfondir l'analyse de contenu.

## I. CATEGORIE DES ETUDIANTS

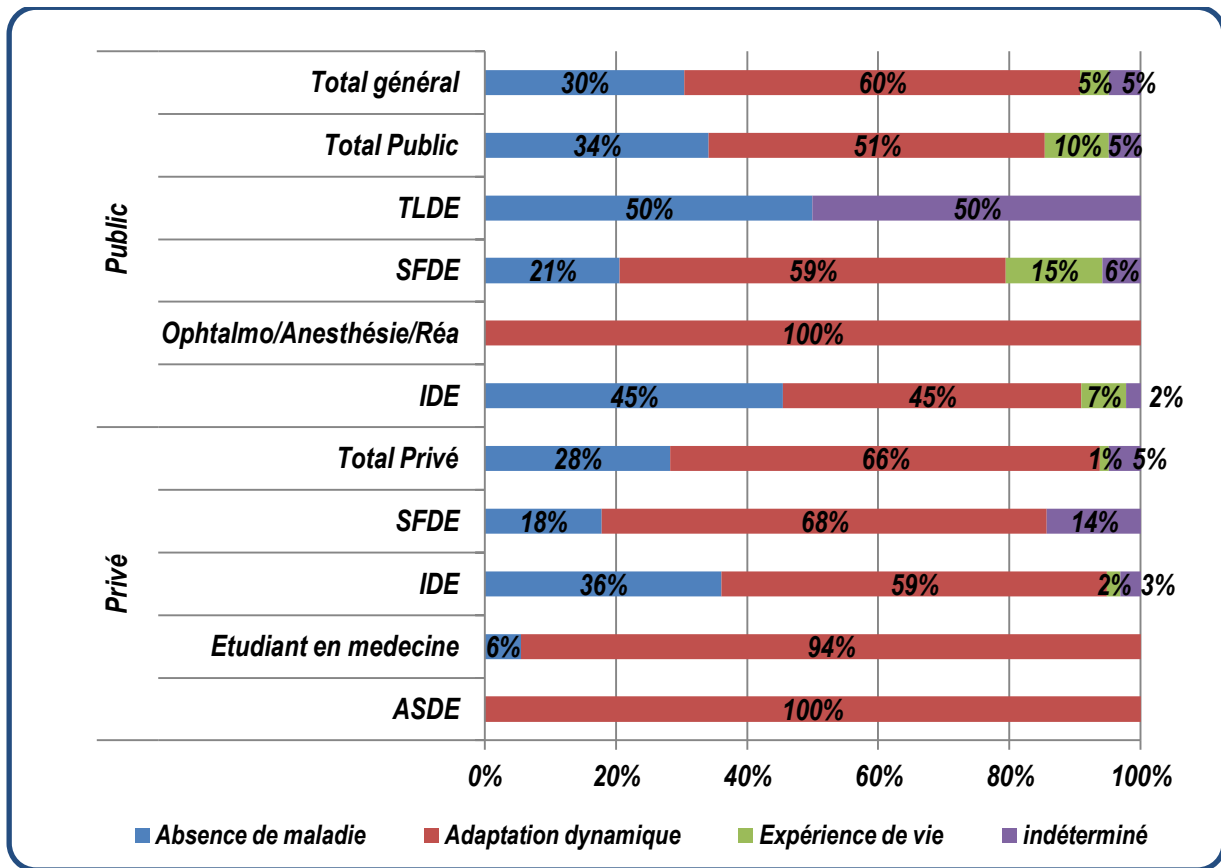
Partie signalétique, question n° 1, 2 et 3 : âge, statut de l'établissement et statut professionnel des étudiants



Il ressort de ce graphique que sur l'ensemble des personnes enquêtées, 43% ont un âge compris entre 20 et 25 ans, 36% ont un âge compris entre 26 et 30 ans, 7% âgées de 31 à 35 ans et 7% n'ont pas indiqué leur âge. De même, les techniciens de laboratoire diplômés d'état et les techniciens d'ophtalmologie, d'anesthésie et réanimation n'ont pas indiqué leur âge. Dans les établissements privés, plus de la moitié des étudiants 55% ont un âge compris entre 20 et 25 ans dont 66% dans la filière sage-femme diplômés d'état et 56% en médecine.

On remarque également la présence des personnes âgées de plus de 40 ans dans les filières IDE et SFDE respectivement 20% et 3%.

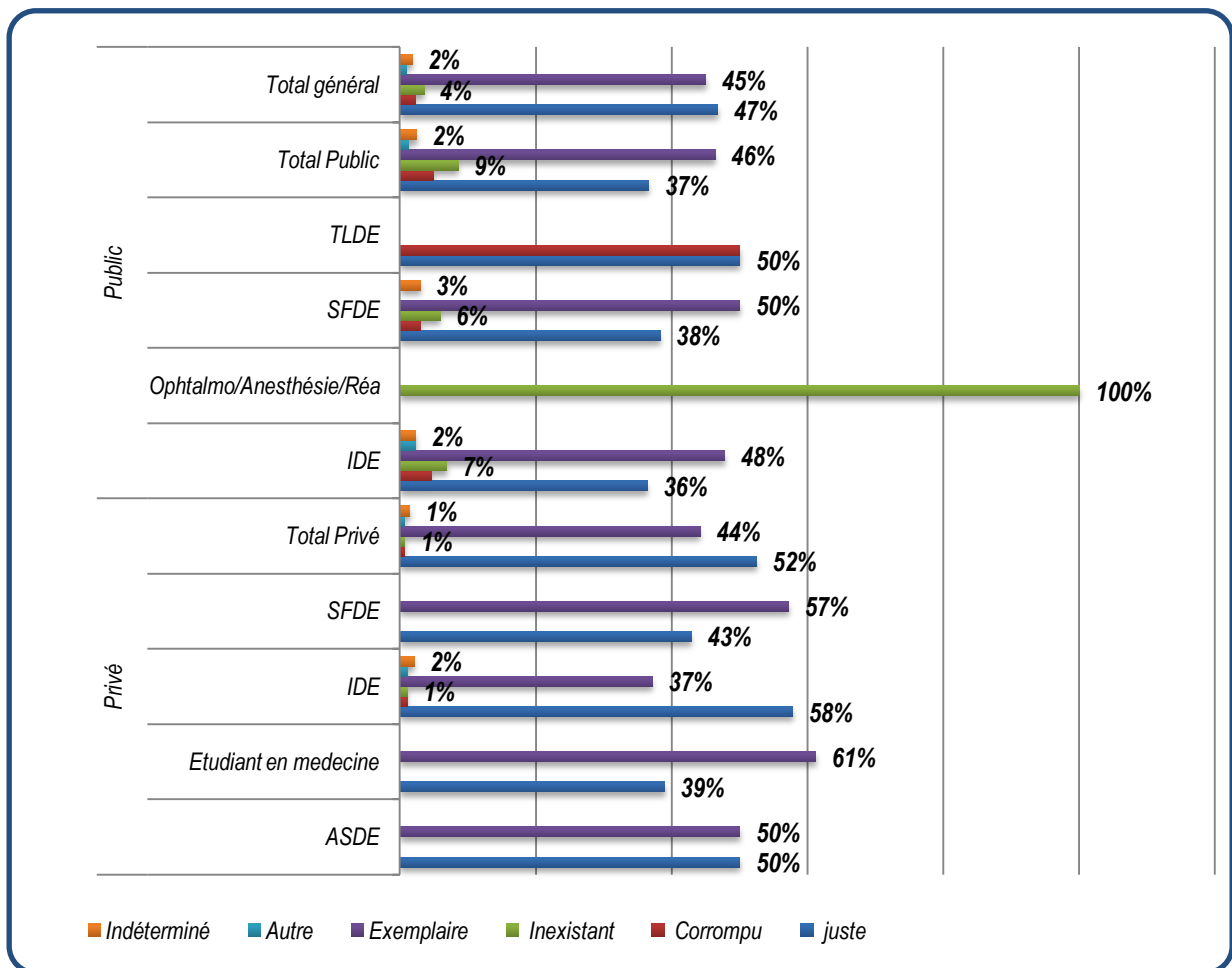
**Partie interrogative, indicateur n° 4 : Comment percevez-vous, la conception de la santé ?**



Le graphique ci-dessus montre que la santé est un concept diversement apprécié par les agents socio sanitaires. Sur l'ensemble de 227 personnes répondantes, 60% perçoivent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique ; 30% perçoivent la santé comme une absence de maladie dans le corps de l'homme ; et 5% la perçoivent comme une expérience de vie individuelle ou collective intégrant les réalités de la vie que celle de la mort. Cependant, 5% n'ont pu se prononcer sur cette question.

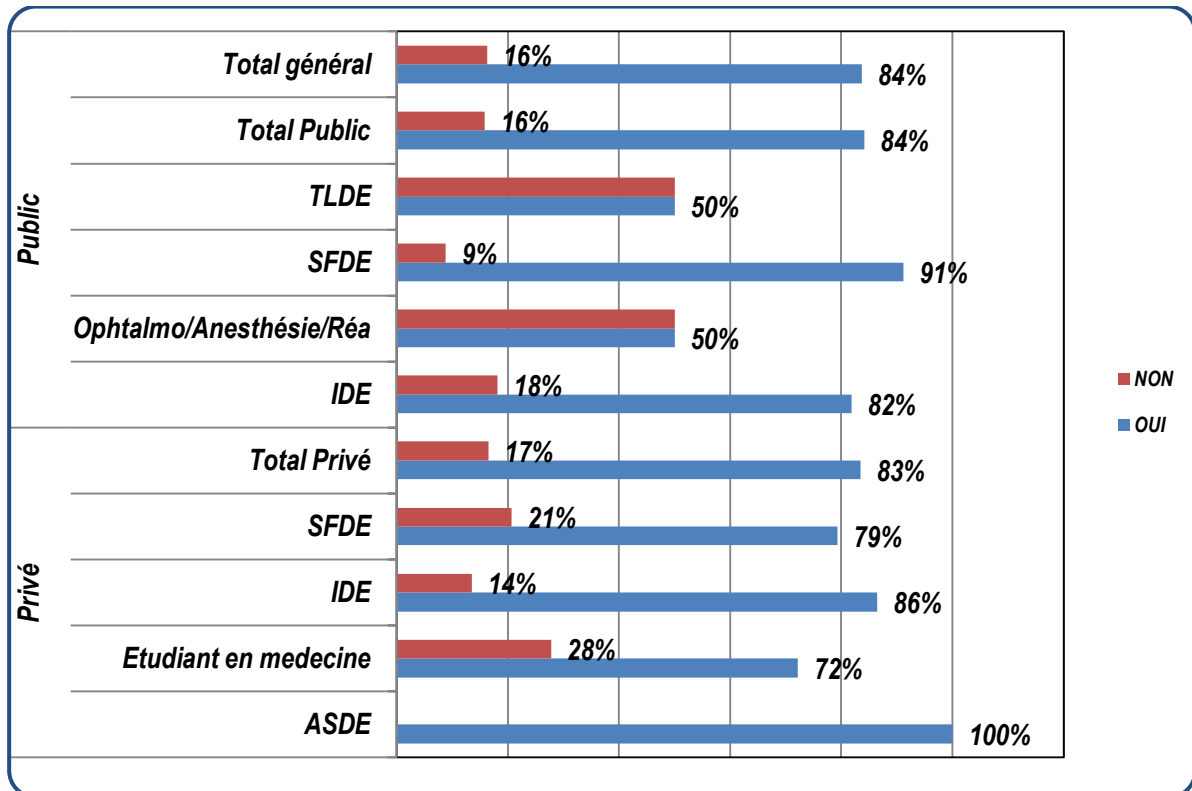
La conception de la santé varie selon qu'on est dans une filière du secteur privé ou public. Dans le premier cas, 65% des étudiants perçoivent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique contre 51% dans le second cas. On remarque que 100% des assistants sociaux diplômés d'état et les étudiants en formation spécialisée en ophtalmologie, anesthésie et réanimation définissent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique et psychosociologique.

**Indicateur n° 5 : Perception de l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de la formation : un enseignement professionnel juste plus-value, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ?**



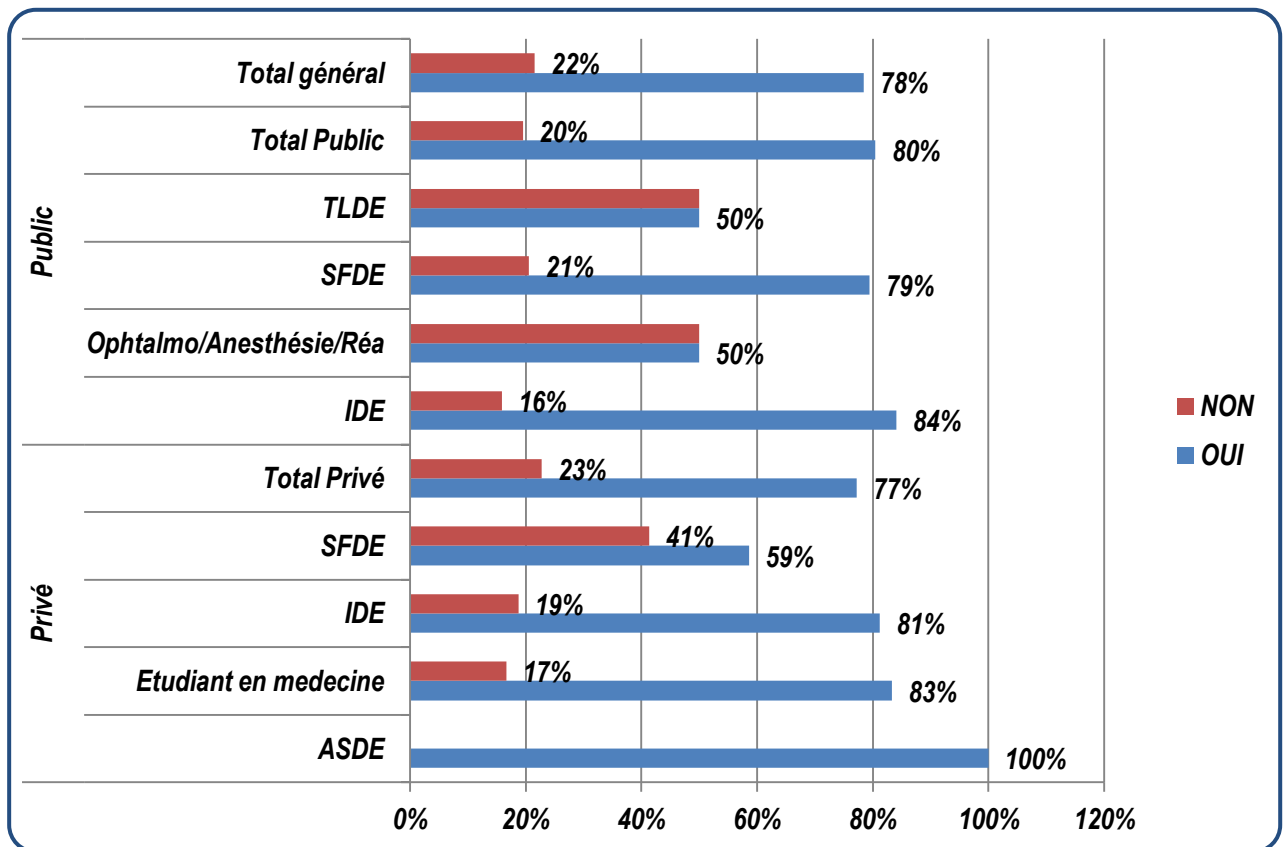
Le graphique montre que d'une manière générale, 47% des personnes interrogées perçoivent l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé comme juste plus-value et 45% le trouvent exemplaire. Seulement 4% des personnes interrogées déclarent inexistant l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé dans les écoles, 2% le trouve corrompu et 2% autres des personnes interrogées ne se sont pas prononcées. Dans le secteur public tout comme dans le privé, une proportion importante d'individus trouve cet enseignement juste et exemplaire, respectivement 52% et 44% pour un enseignement juste et 37% et 46% pour un enseignement exemplaire qu'il faut entretenir.

**Indicateur n° 6 : Administration du traitement selon les protocoles préétablis pour guérir  
relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou Non**



La légende ci-dessus montre que les personnes interrogées approuvent à la majorité qu'administrer un traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève d'un acte de professionnalisation par la recherche. Des 227 répondants, 84% d'entre eux quel que soit le secteur ou la filière d'étude sont d'avis contre 16% qui ont émis un avis contraire dont on ignore les raisons.

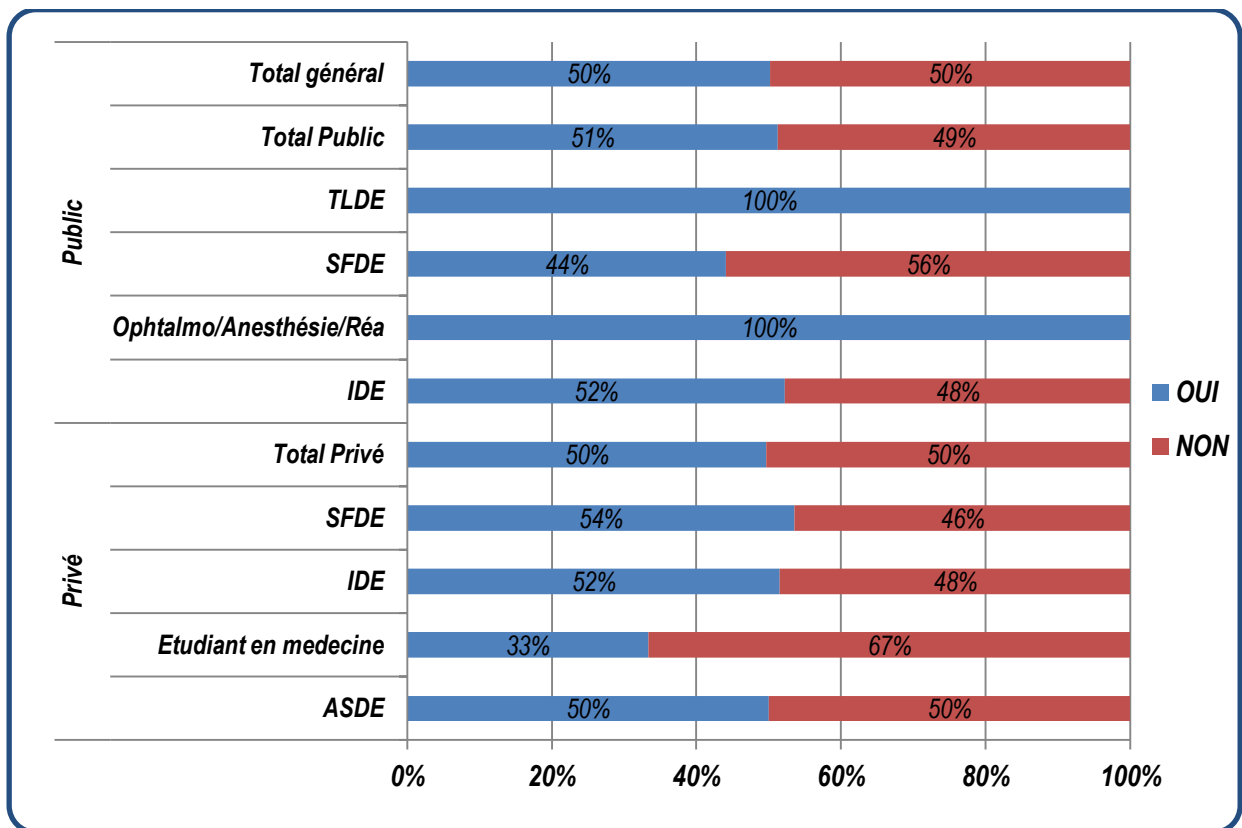
**Indicateur n° 7 : Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?**



Il apparait dans le graphique ci-dessus que des 227 étudiants interrogés, 78% affirment que ce mode de traitement est d'actualité pendant leur formation ; 22% affirment le contraire. Selon le secteur tout comme selon la filière de formation, les étudiants interrogés affirment dans leur majorité que ce mode de traitement est d'actualité pendant leur formation. Cela se remarque par la longueur des bâtonnets de couleur bleue sur le graphique par rapport aux bâtonnets rouges représentant la proportion des étudiants qui opposent un avis contraire.



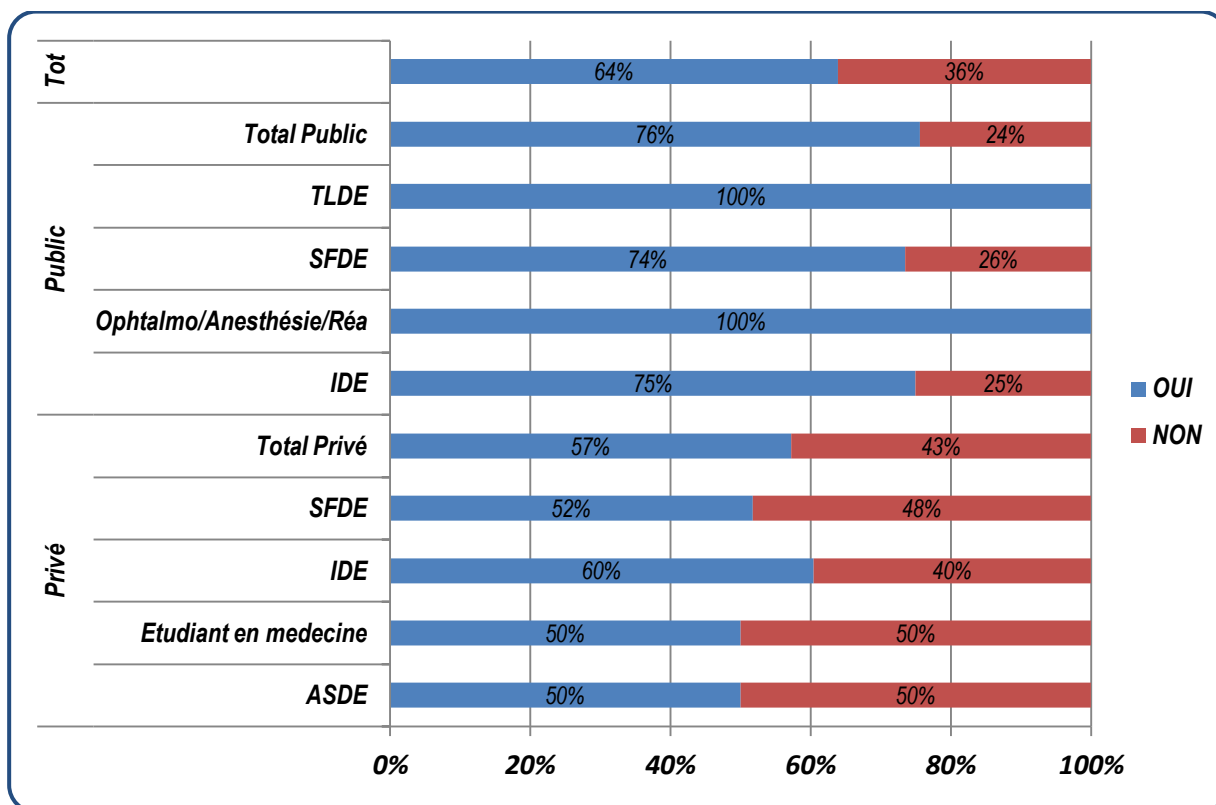
**Indicateur n° 8 : Des usagers et des apprenants sont de plus en plus méfiants, vis-à-vis des pratiques enseignantes? Oui ou Non**



A cette question, les réponses et avis des personnes enquêtées sont partagés ; 50% d’entre elles affirment avoir l’impression que certains usagers (apprenants) des écoles en santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes et 50% affirment le contraire.

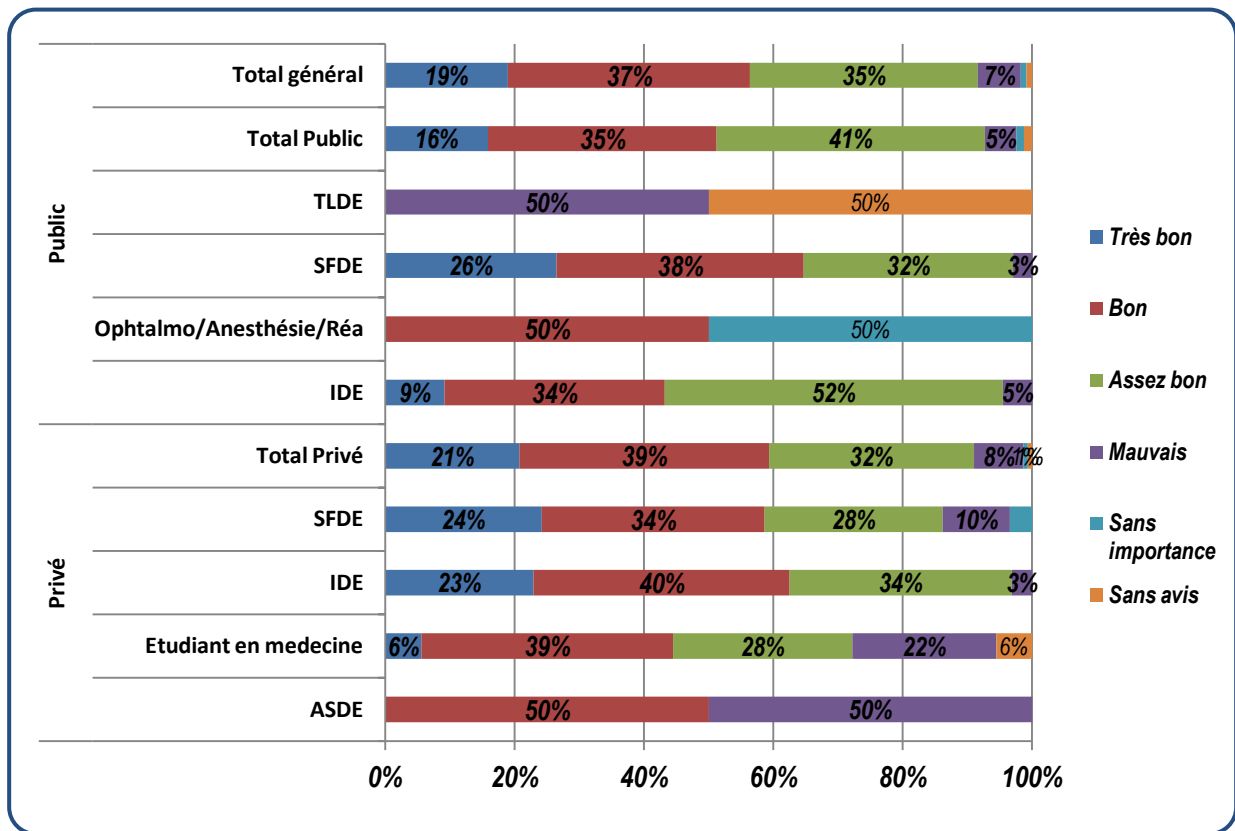
Dans les deux secteurs, un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont affirmé avoir l’impression que certains étudiants de différentes écoles de santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes. Ces avis ont une proportion de 51% dans le public et 50% dans le privé. Les TLDE et les techniciens en ophtalmologie, anesthésie et réanimation sont tous d’avis avec une proportion de 100%. Toutefois, l’on remarque que les étudiants en médecine ont désapprouvé à 67% la déclaration selon laquelle certains usagers de santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes dans la plus part des établissements d’enseignement en santé.

**Indicateur n° 9 : Le contenu des programmes de formation des établissements sont-ils différents pour l'accompagnement pédagogique de l'étudiant?**



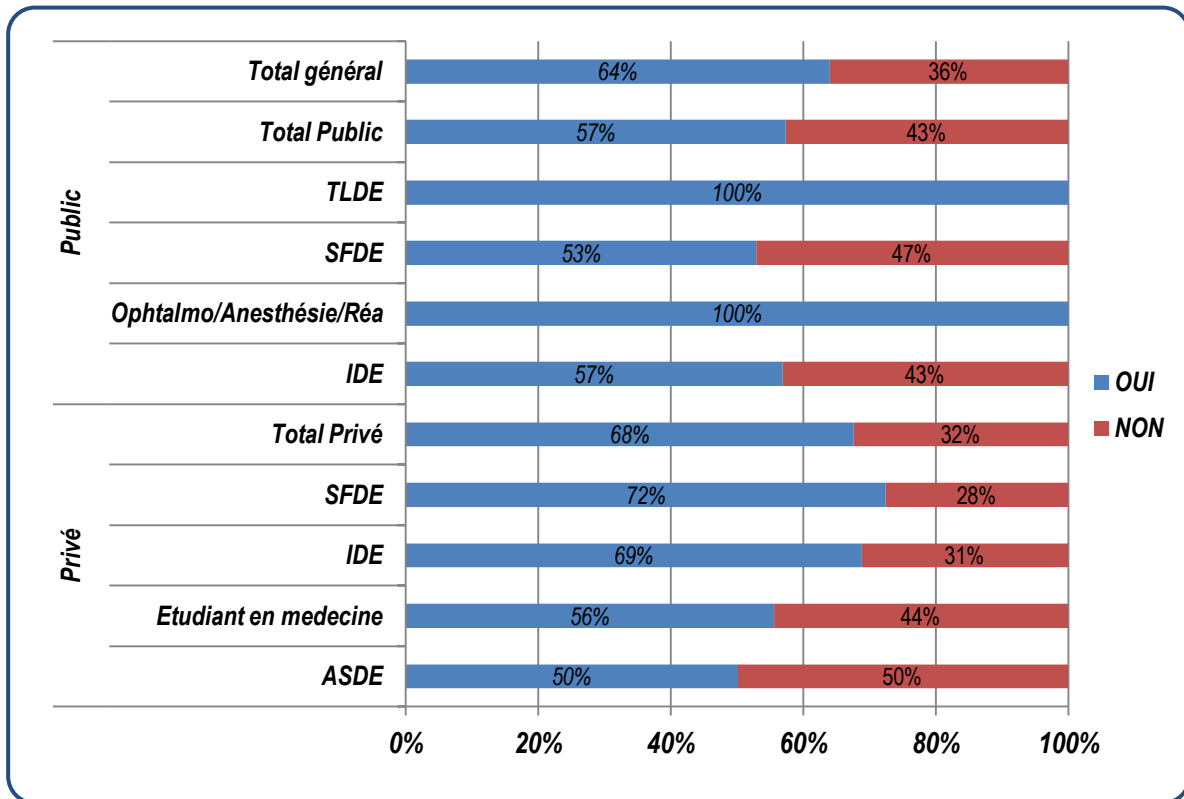
Il ressort clairement du graphique ci-dessus que 64% de l'ensemble des 227 étudiants pensent qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements contre 36% qui pensent qu'il n'y a pas de différence. 76% des étudiants du public et 57% du privé affirment qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation. Selon les filières de formation, on remarque que les étudiants affirment à la majorité (à plus de 50%) qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation. Seule en médecine où les étudiants n'ont pu se départager (50% pour et 50% contre).

**Indicateur n° 10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont-ils : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?**



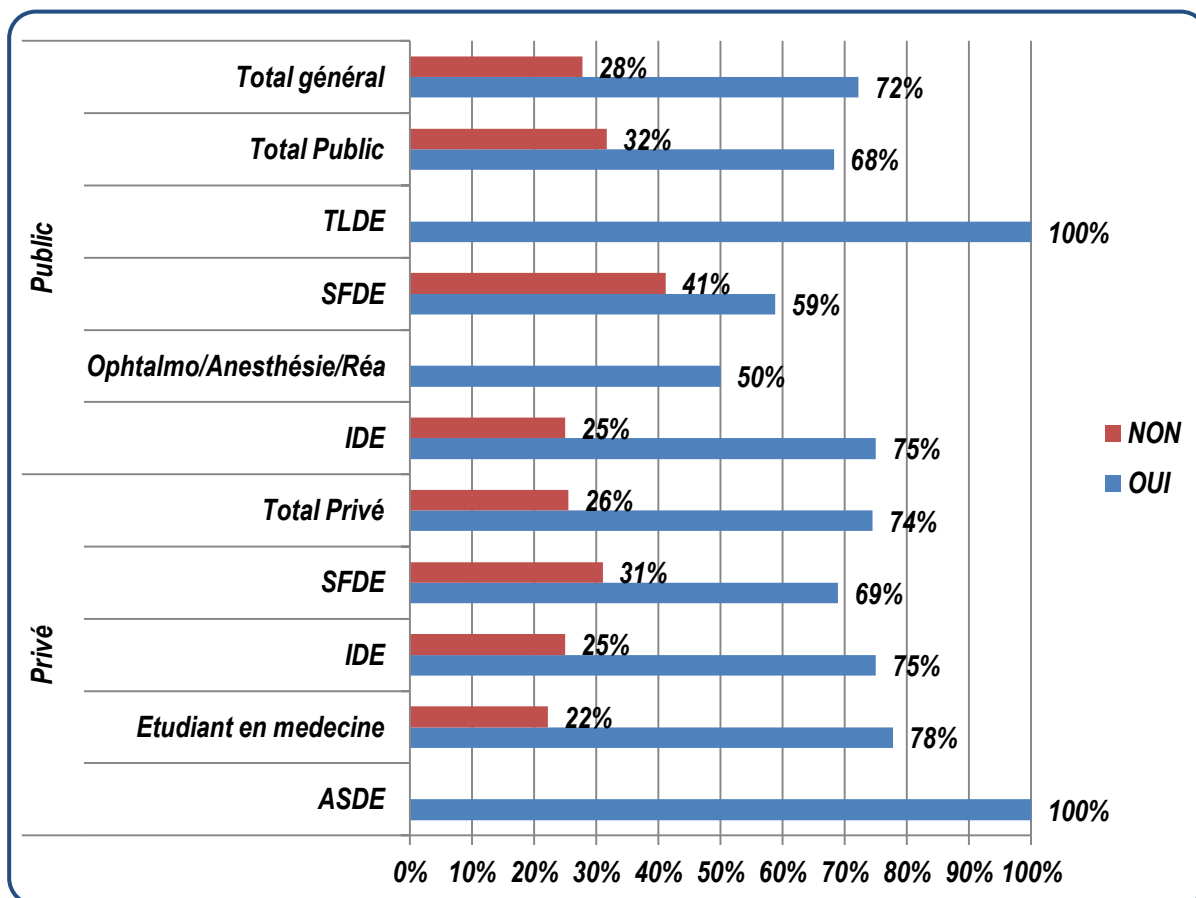
Il ressort de notre point de vue de ce graphique que sur l'ensemble des personnes enquêtées sur les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé, 37% trouvent ces rapports bon ; 35% les trouvent assez bon et 19% les trouvent très bon. Les appréciations sont presque identiques selon qu'on soit dans le secteur public ou dans le secteur privé ; dans une filière ou dans une autre. Toutefois, dans les filières TLDE et ASDE où il y a eu dans chacune 2 étudiants interrogés, 1 étudiant soit 50% par filière trouve ces rapports mauvais. 1 étudiant soit 50% TLDE n'a pas donné son avis, mais 1 étudiant sur 2 en ASDE trouve ces rapports bons.

**Indicateur n° 11 : Certains professionnels ou étudiants ne lisent pas, ce qui ne permettait pas d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?**



Nous voyons sur le graphique que, 64% des 227 personnes interrogées n'aiment plus la lecture contre seulement 36% qui s'intéressent à la lecture. L'on remarque aussi que les étudiants dans leur majorité affirment que les individus n'aiment plus faire la lecture. Cela est donc visible par la partie en bleu sur les bâtonnets des différentes filières.

**Indicateur n° 12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ?**

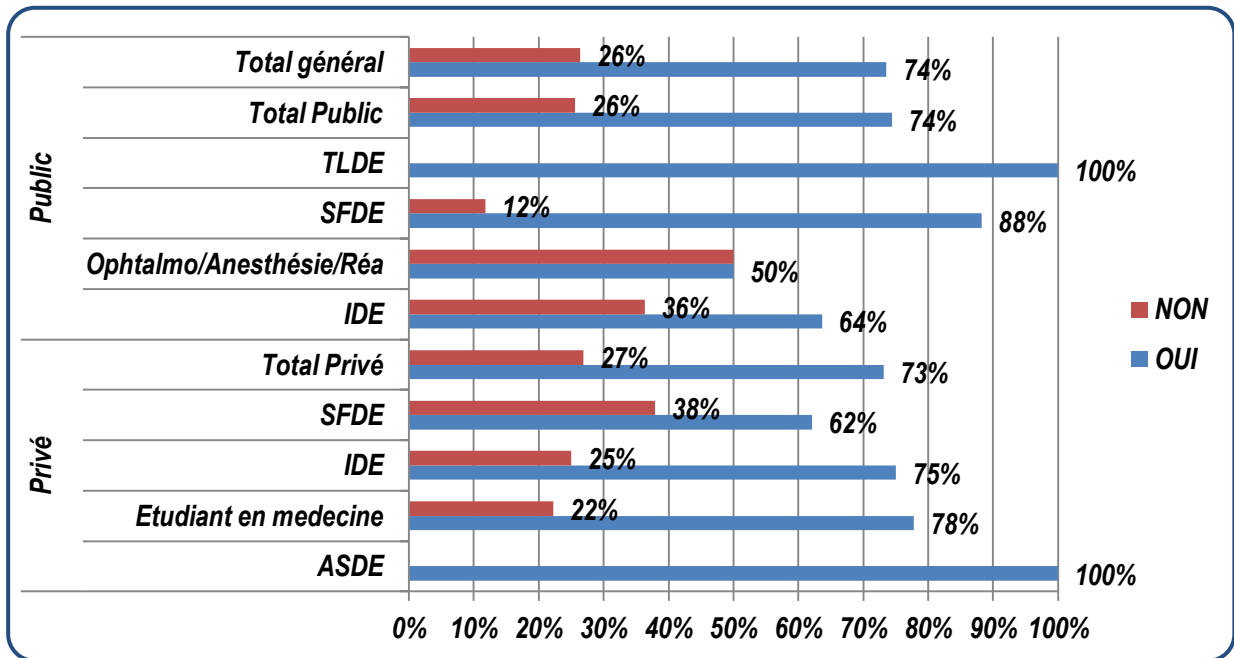


L'idée de professionnalisation du système éducatif actuel par la recherche est approuvée à 72% par les étudiants des écoles de formation des agents socio sanitaires contre seulement 28% d'opinions défavorables.

La comparaison selon le secteur montre que les étudiants du privé (74%) adhèrent plus que ceux du public (68%) à cette idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel.

Les étudiants des différentes filières ont apprécié diversement cette idée. Ainsi, les TLDE et les ASDE sont entièrement favorables (100%) ; les étudiants en médecine le sont à 78% ; les IDE qu'ils soient du public ou du privé le sont à 75% et les SFDE sont eux, favorables à 69% dans le privé et 59% dans le public.

**Indicateur n° 13 : L'absence du processus d'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant ?**



Le graphique ci-dessus montre que 74% des personnes interrogées affirment que l'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant contre 26%.

Dans les deux secteurs, on remarque les étudiants en TLDE et en ASDE sont à totalement d'avis.

**Indicateur n° 14 : les caractéristiques du processus d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir pratiquées dans les écoles de santé?**

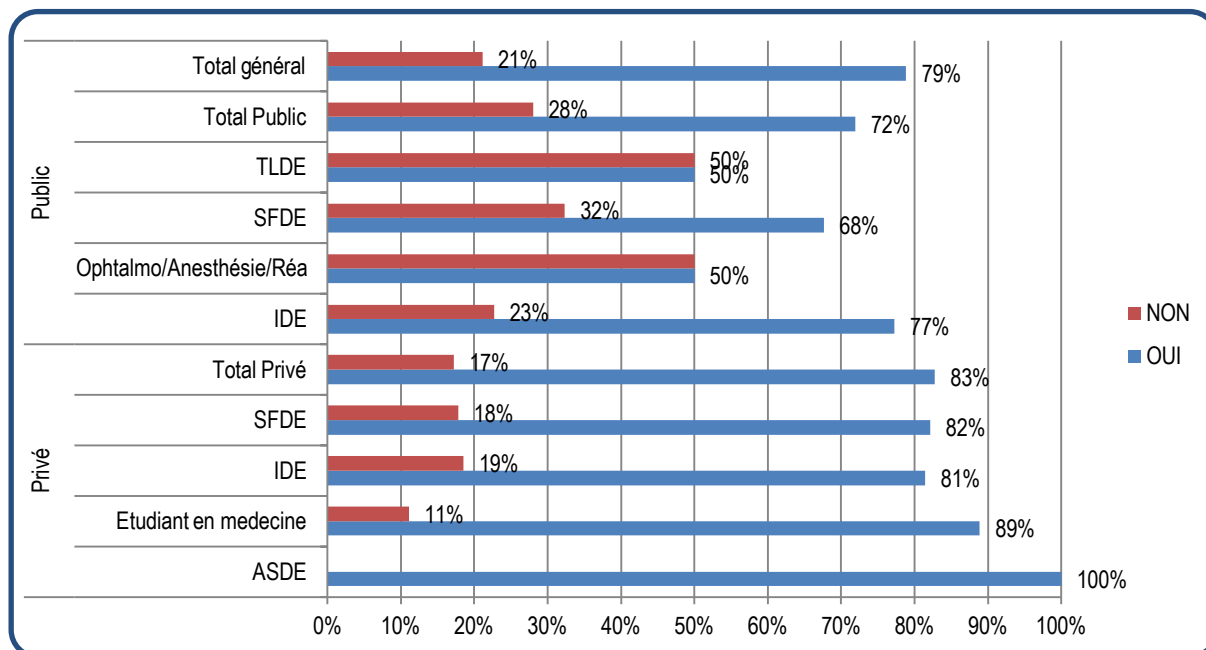
Il faut tout d'abord signaler que sur les 227 étudiants qui ont accepté de répondre à nos enquêtes, 120 soit 53% ont effectivement abordé la question relative aux caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel de l'enseignant qu'ils souhaitent voir pratiquées.

Au regard des avis et opinions des personnes interrogées, les caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel de l'enseignant sont nombreuses et variées. La formation pratiques de terrain et en salle revient très souvent, (voir ci-dessous, tableau n° 1.14 (bis), P. 51 et tableau 2.14 (bis), P. 71).

Sur les 120 étudiants ayant abordé la question, 55 dont 39 en filière IDE, 11 en filière SFDE et 5 étudiants en médecine souhaitent avoir davantage des travaux dirigés et stages pratiques durant la formation. Des domaines spécifiques dans lesquels les étudiants souhaitent faire la pratique ont été cités notamment les consultations relatives aux accouchements ; placer la sonde nasogastrique, la prise des voies veineuses et examens gynécologique ; les soins infirmiers obstétricaux et chirurgicaux, la prise des paramètres d'un malade.

Un nombre très important des personnes enquêtées, 107 au total soit 47% ne se sont pas prononcées sur cette question, (Ibid. p. 38, provisoire).

**Indicateur n° 15 : Avez-vous confiance à votre formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être ?**



Il apparaît sur le graphique aussi que d'une manière générale, 179 étudiants soit 79% disent avoir confiance en leurs formateurs (enseignants) contre 21% qui se méfient de ceux-ci. Dans le privé, le taux de confiance varie de 83% chez les IDE et SFDE, à 100% chez les ASDE ; au public, ce taux varie de 50% chez les TLDE et techniciens en ophtalmologie, anesthésie et réanimation à 77% chez les IDE.

- Les raisons pour lesquelles les étudiants font confiance à leurs formateurs :

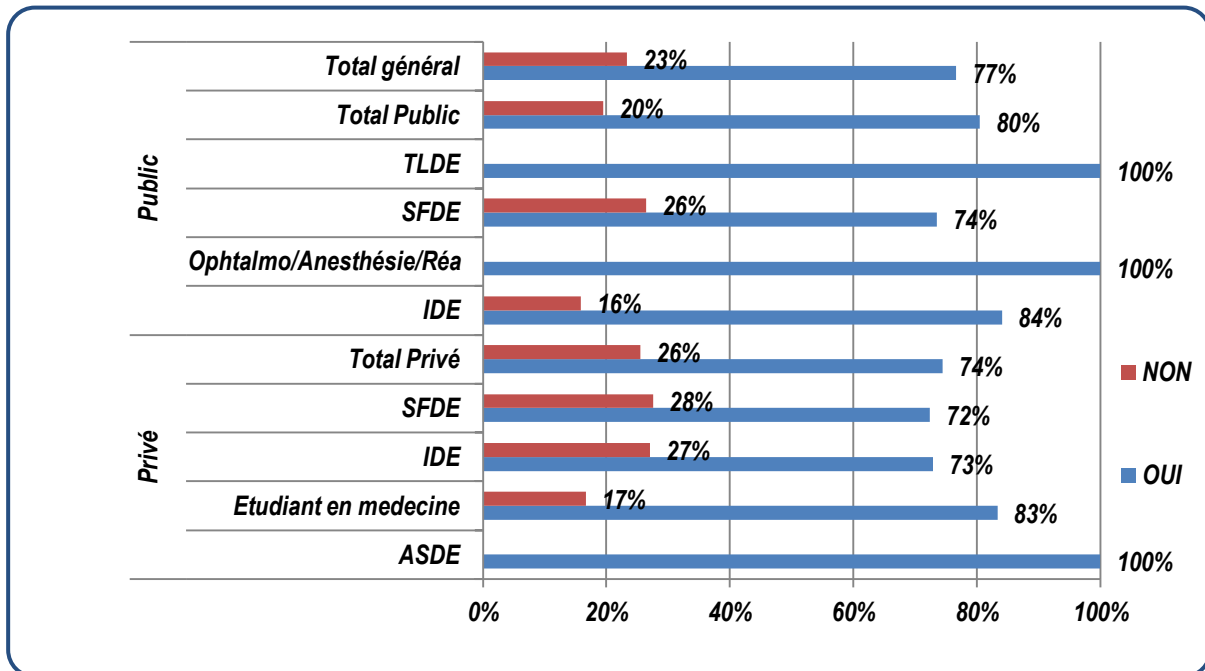
On remarque que sur 179 étudiants ayant confiance en leur formateur, seulement 82 ont donné les raisons pour lesquelles la confiance s'est installée entre eux et formateur contre 97 qui n'ont pas donné leurs raisons. Parmi les multiples raisons qui amènent les étudiants à faire confiance à leur formateur, on peut retenir leur talent ; leur compétence ; la plupart des enseignants sont des cliniciens, des spécialistes dans un domaine de la santé et des praticiens travaillant dans les hôpitaux de la place, (tableau annexe 1, p. 41, provisoire).

- **Les raisons pour lesquelles les étudiants ne font pas confiance à leurs formateurs**

Il a été dénombré 48 étudiants qui ont déclaré ne pas faire confiance à leur formateur. Parmi eux, 22 ont donné les raisons de leur méfiance vis-à-vis de leur formateur contre 26 qui ne se sont pas prononcés. Parmi les raisons qui sont avancées, on peut retenir entre autre la pratique de corruption, l'attribution des notes arbitraires et l'incompétence de certains enseignants, (Ibid., annexe 1, p. 43, provisoire).



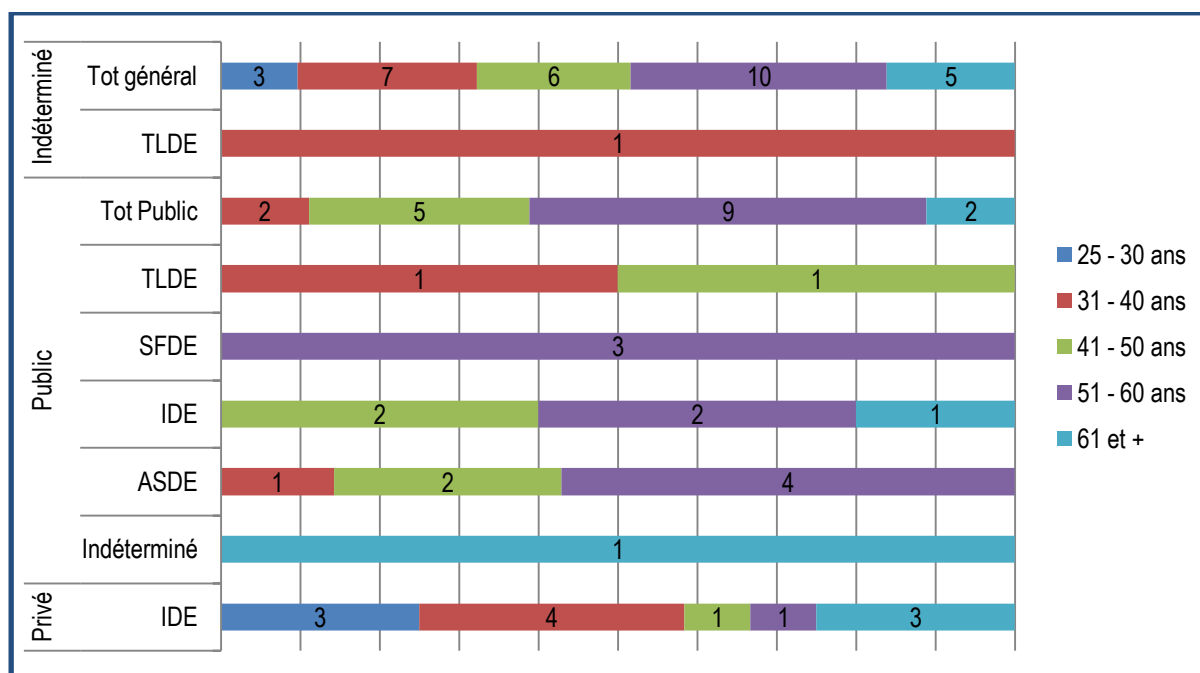
**Indicateur n° 16 : S'il vous est donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?**



L'indicateur ci-dessus montre que 77% des étudiants souhaitent la réforme contre 23% qui souhaitent le maintenir à l'état actuel. Selon les secteurs, 80% des étudiants du public et 74% de ceux du privé souhaitent la réforme. Selon les filières de formation, l'ensemble des étudiants en filière TLDE et ceux d'ophtalmologie, anesthésie et réanimation expriment les vœux de voir ce système réformé. Les étudiants en médecine (83%), les IDE (84% dans le public et 73% dans le privé), les SFDE (74% dans le public et 72% dans le privé) abordent dans le même sens. Cela laisse voir quand même un certain malaise dans le système actuel de formation, (voir annexe provisoire).

## II. CATEGORIE DES ENSEIGNANTS

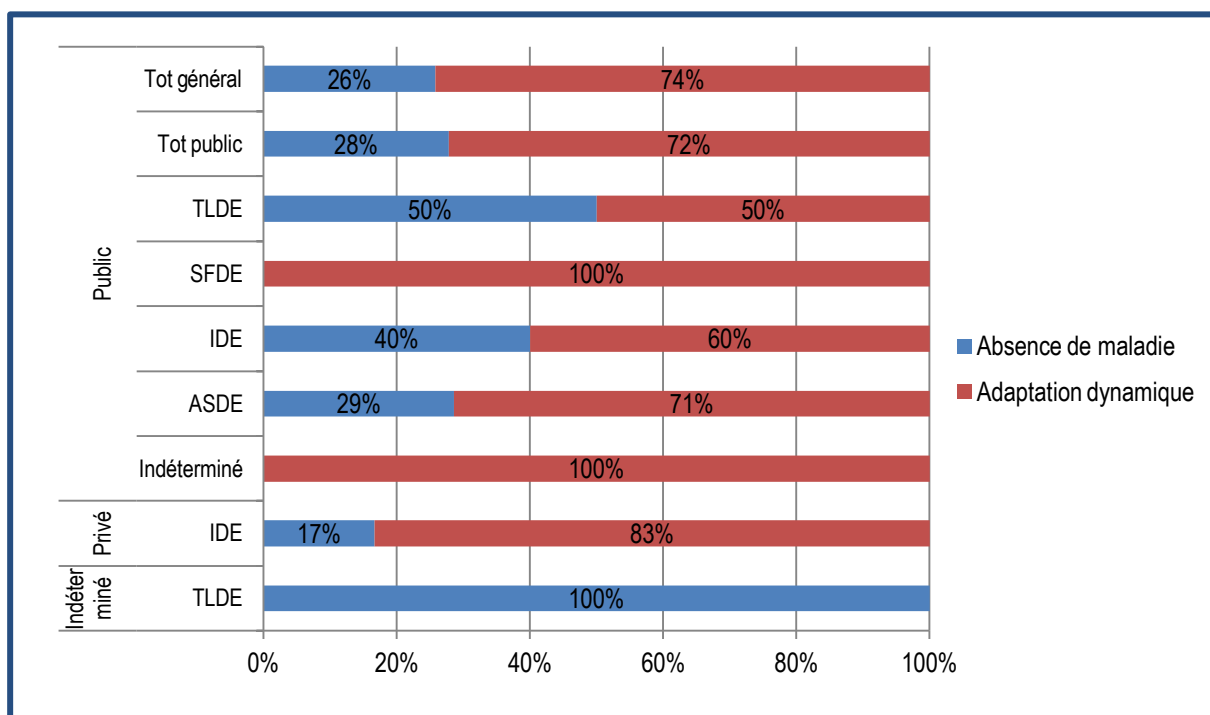
Partie signalétique, tableau n° 1, 2,3: âge, statut de l'établissement (privé/public) et statut des enseignants (dans les filières).



Ce graphique montre que 10 enseignants sur 31 soit 32% ont un âge compris 51 et 60 ans ; 7 ont un âge compris entre 31 et 40 ans ; 6 ont un âge compris entre 41 et 50 ans ; 5 sont âgés d'au moins 61 ans et seulement 3 sont âgés de 25 à 30 ans. Dans le secteur public, les 9 enseignants les plus âgés se trouvent dans la tranche de 51 à 60 ans et les 2 plus jeunes se trouvent dans la tranche d'âge 25 à 30 ans ; dans le privé, il existe 3 enseignants les plus jeunes qui ont un âge compris entre 25 et 30 ans et 3 autres plus âgés qui se trouvent dans la tranche de 61 ans et plus.

Cependant, un enseignant intervenant dans la filière TLDE a un âge compris entre 31 et 40 ans et qui n'a pas déterminé son statut. Un autre également dans le public n'a pas indiqué s'il intervenait dans telle ou telles filières (bâtonnet en bleu).

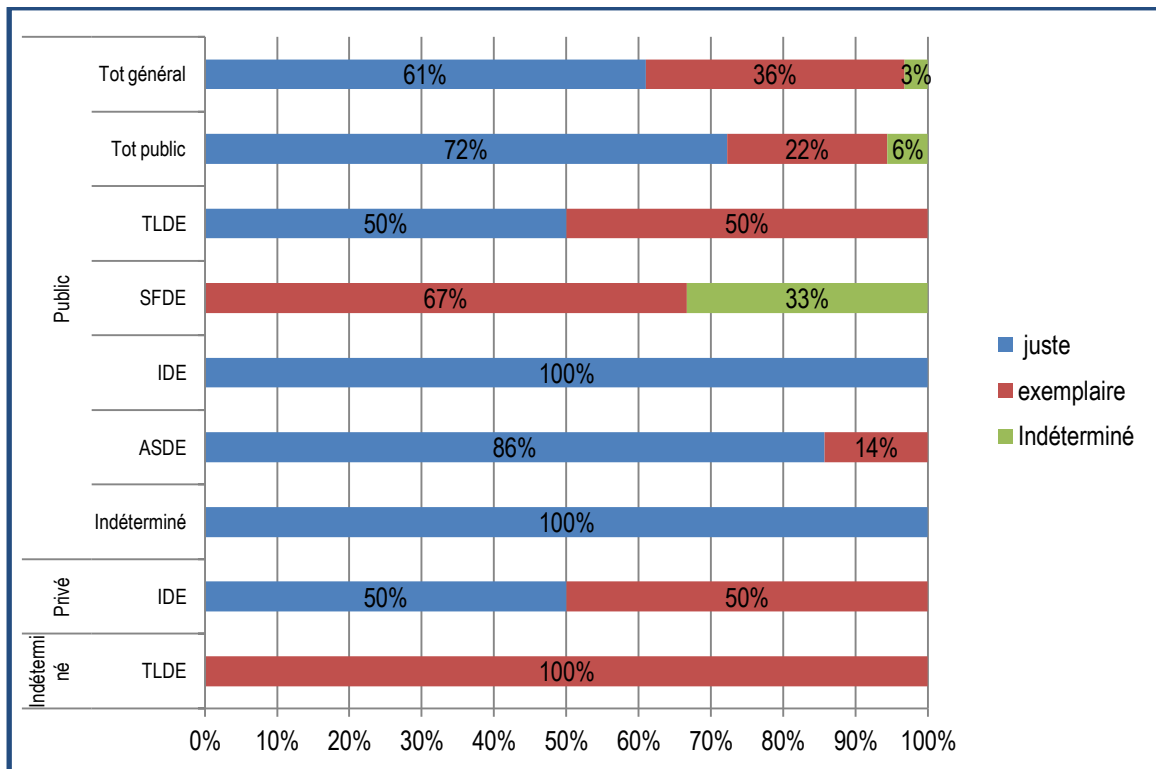
## Indicateur n°4 : Perception de la santé par les enseignants



On constate que deux conceptions de la santé attirent l'attention des enseignants professionnels en dans les établissements de formation : l'absence de maladie et l'adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique, psychosociologique. Cette dernière représentée par les bâtonnets rouges sur le graphique est particulièrement perçue par les enseignants comme une conception de santé.

Elle représente 74% des avis des 31 enseignants répondants de manière générale, 72% dans le public et 83% dans le privé. Un enseignant de la filière TLDE dont le statut n'est pas déterminé affirme que la santé est une absence de maladie ; deux (2) autres du public dont un de la filière SFDE, le second à la filière indéterminée, conçoivent la santé comme une adaptation dynamique de l'individu ou du groupe dans le milieu environnemental pour son bien être biologique, psychosociologique.

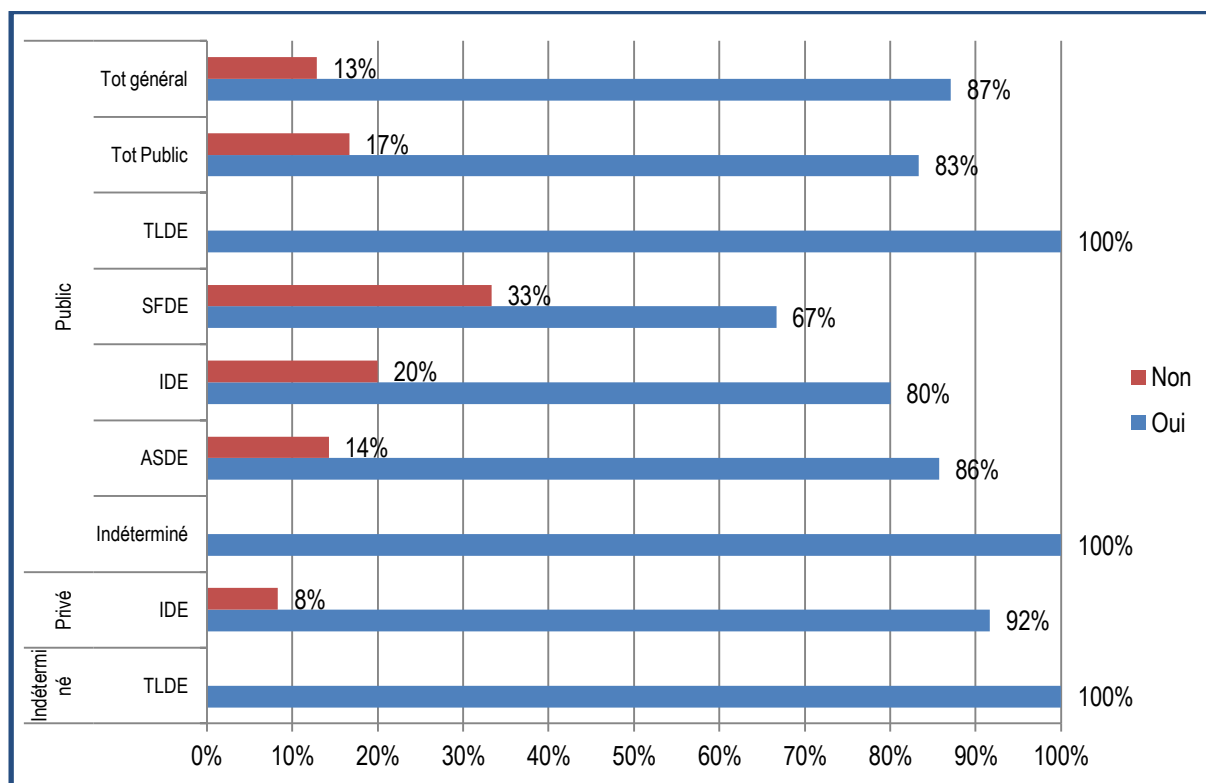
**Indicateur n° 5 : Perception de l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé: un enseignement professionnel plus-value, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ?**



L'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé est perçu plus généralement comme un enseignement professionnel juste. Cela est exprimé à 61% des opinions contre 36% qui pensent que c'est un enseignement professionnel exemplaire et 3% des opinions non déterminées.

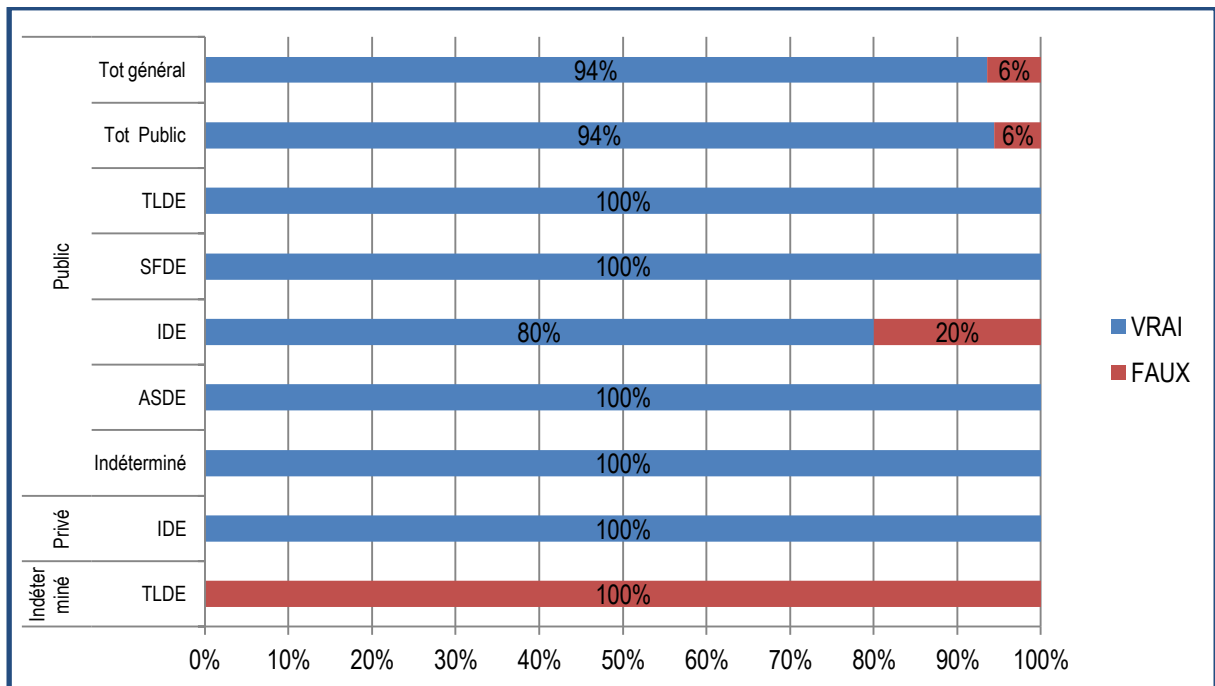
Plus d'opinions du secteur public (72%) perçoivent l'enseignement des modèles et pratiques de santé juste, 22% le perçoivent exemplaire alors que les opinions du privé n'ont pu se départager. 50% le trouvent juste et 50% le trouvent exemplaire.

**Indicateur n° 6 : Administration du traitement selon les protocoles préétablis pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou Non.**



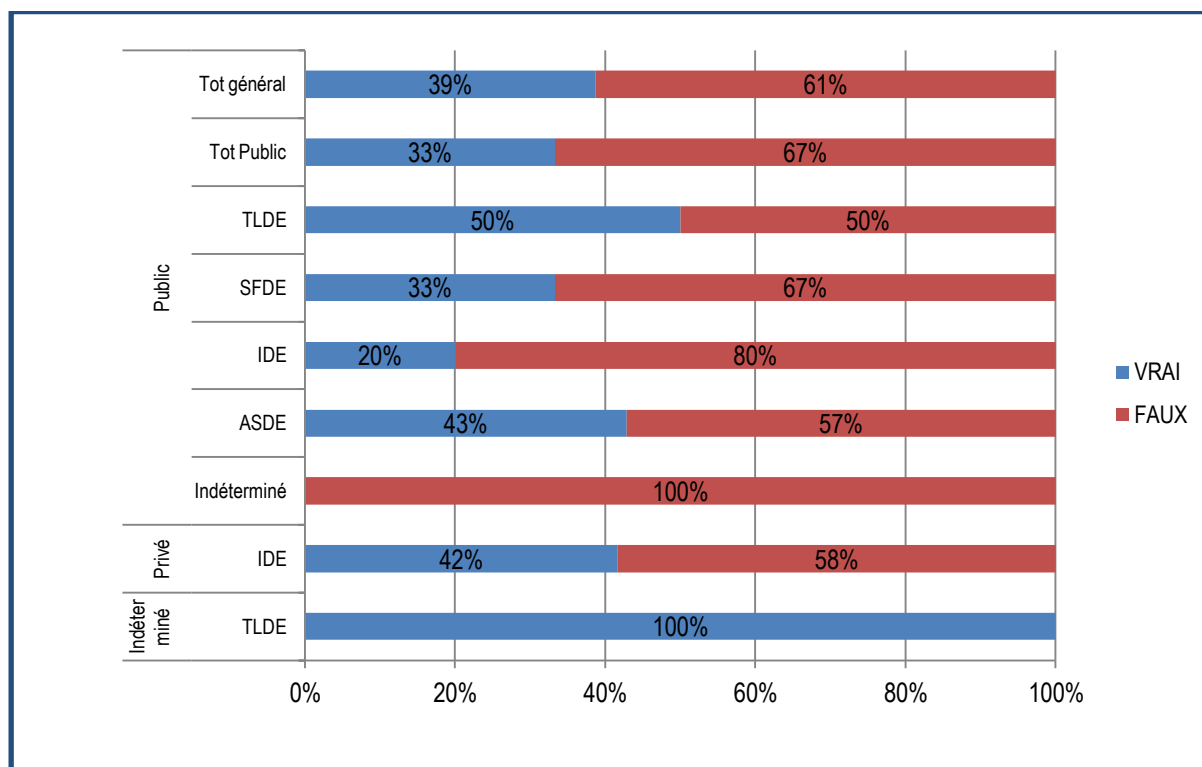
Les enseignants sont presque unanimes qu'administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève d'un acte de professionnalisation par la recherche. De l'ensemble des enseignants enquêtés, 87% se sont prononcés pour cette formule et 13% sont contre. Quelle que soit le secteur et la filière d'enseignement, les opinions favorables varient entre 67 et 100%.

**Indicateur n° 7 : Traiter un malade en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?**



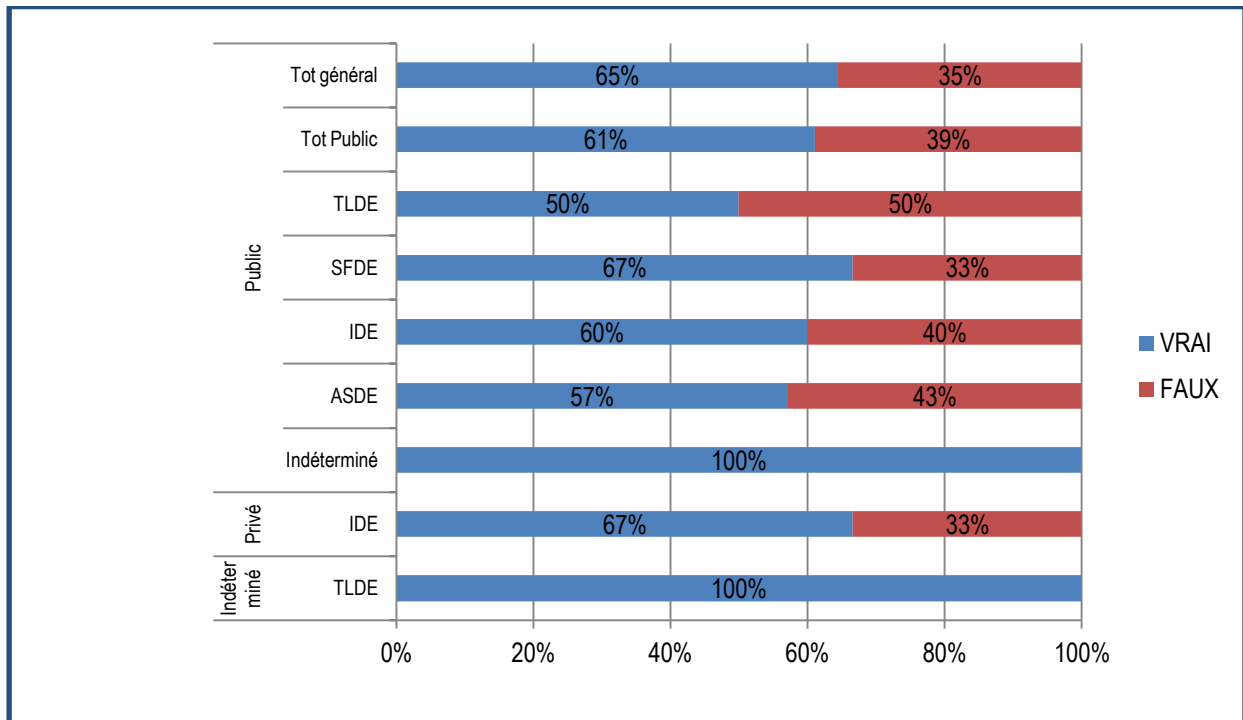
Le graphique ci-dessus montre que 94% des enseignants interrogés disent que traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe est encore d'actualité dans les établissements de formation sanitaire contre 6% ainsi que 20% des enseignants en filière IDE des établissements publics et un enseignant au statut non déterminé intervenant en filière TLDE.

**Indicateur n° 8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes ?**



Contrairement aux étudiants où 50% des opinions affirment que certains usagers de santé sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes, les enseignants eux expriment à 61% le contraire. Cet avis est exprimé à 67% par les enseignants du public et 58% par ceux du privé.

**Indicateur n° 9 : Les contenus des programmes de formation sont-ils différents dans les écoles les unes des autres pour l'accompagnement pédagogique de l'étudiant ?**

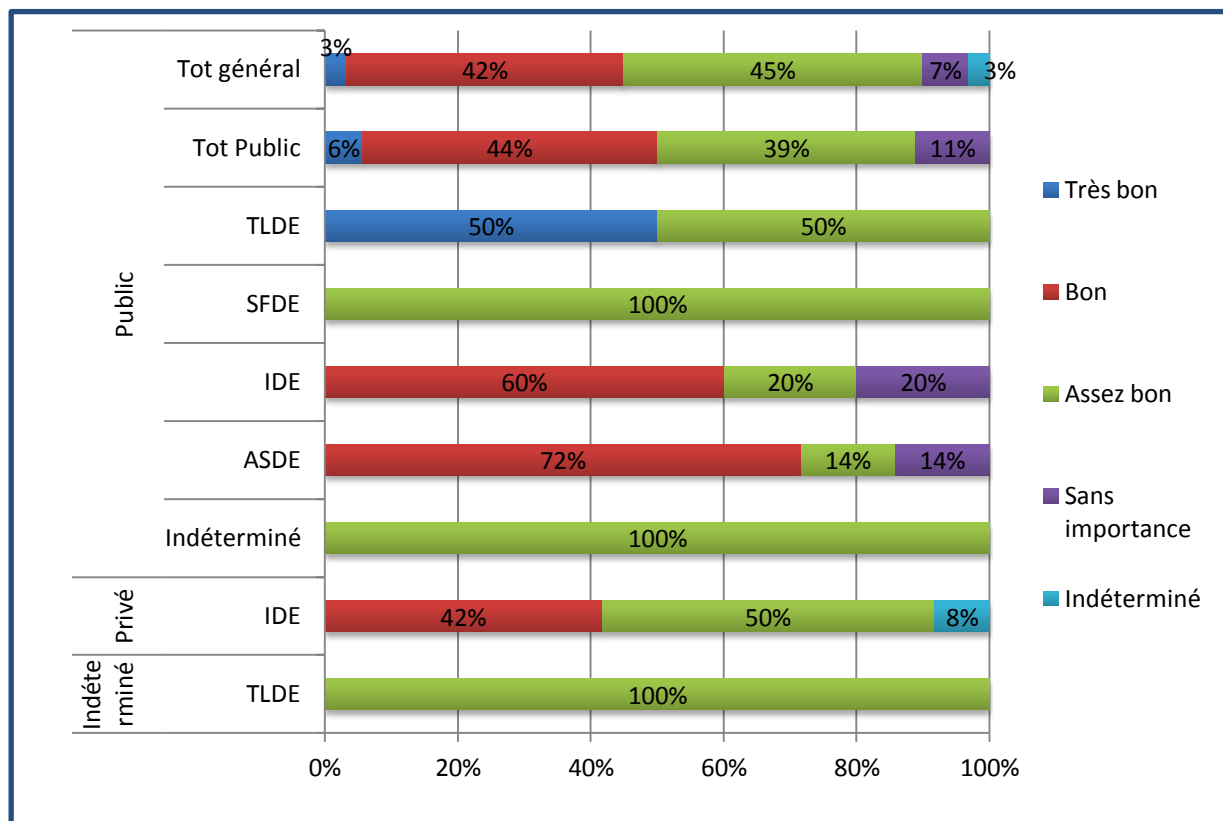


Les enseignants des facultés de médecine et écoles de santé publique et privée auprès desquels l'enquête a été réalisée estiment qu'il existe des différences du contenu de programme de formation des différents établissements. Un enseignant de TLDE au statut non déterminé et un autre du public dont la filière n'est pas déterminée ont estimé qu'il existe des différences du contenu de programme d'enseignement. Selon la filière d'enseignement, 50% des enseignants de la filière TLDE, 57% de la filière ASDE, 60% de la filière IDE et 67% de celle de SFDE tous des établissements publics ont affirmé qu'il existe des différences du contenu des programmes de formation.

De façon générale, sur l'échantillon de 31 enseignants qui ont répondu sur les 48 retenus pour l'enquête, 65% pensent que des différences existent et 35 ignorent l'existence des différences du contenu des programmes de formation des différentes écoles dans l'accompagnement pédagogique des étudiants.

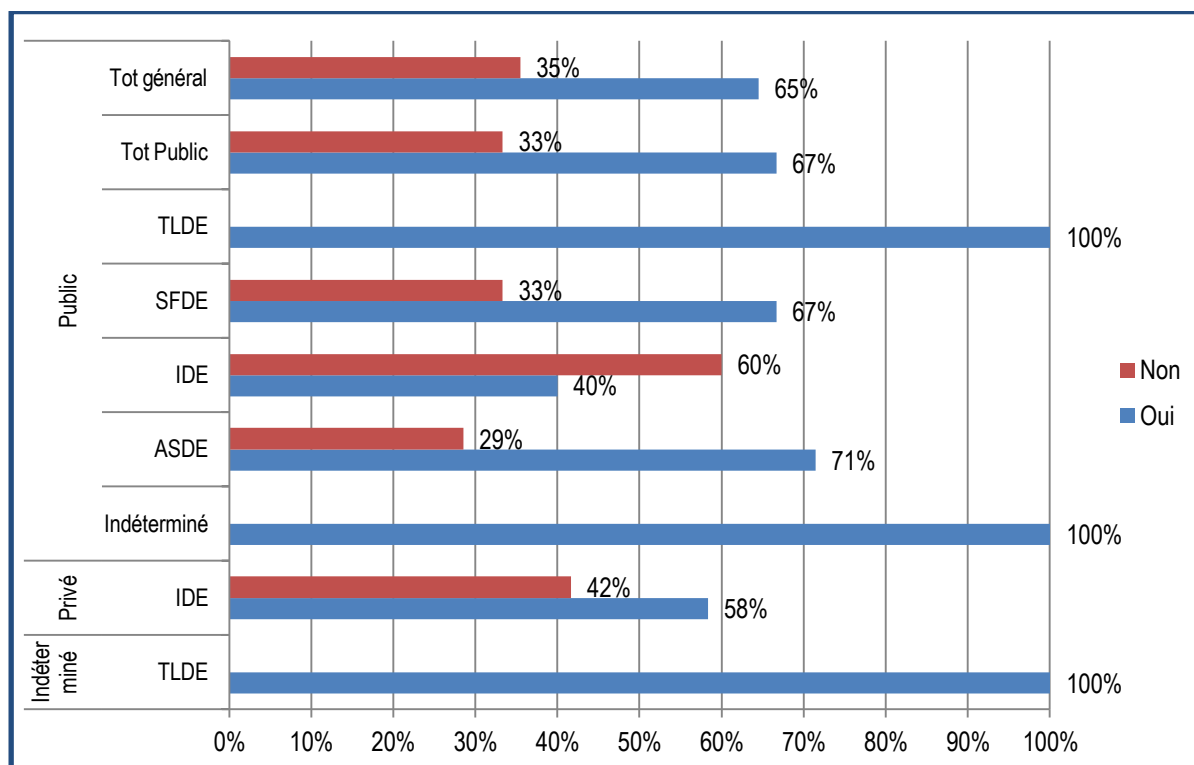


**Indicateur n° 10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont-ils : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?**



Le graphique ci-dessus exprime le sentiment des enseignants au regard de leurs rapports avec Agir professionnel en santé. Les enseignants des filières ASDE (72%) et IDE (60%) des établissements publics estiment que ces rapports sont bons (en rouge) alors que 14% et 20% respectivement les trouvent sans importance (en gris). Une proportion importante des enseignants estiment aussi que les rapports sont assez bons (en vert) entre eux et Agir professionnel en santé. Selon le secteur d'enseignement, 50% des enseignants du privé et 39% de ceux du public trouvent ces rapports assez bons ; 42% du privé et 44% du public les trouvent plutôt bons ; 6% et 11% du public les trouvent respectivement très bons et sans importance. Cependant, 8% des enseignants du privé ne se sont pas prononcés sur les rapports entre eux et Agir professionnel en santé. D'une manière globale, sur 31 enseignants interrogés au sujet des rapports entre eux et Agir professionnel en santé, 3% les trouvent très bons, 42% les trouvent bons, 45% assez bons, 7% sans importance et 3% ne se sont pas prononcés.

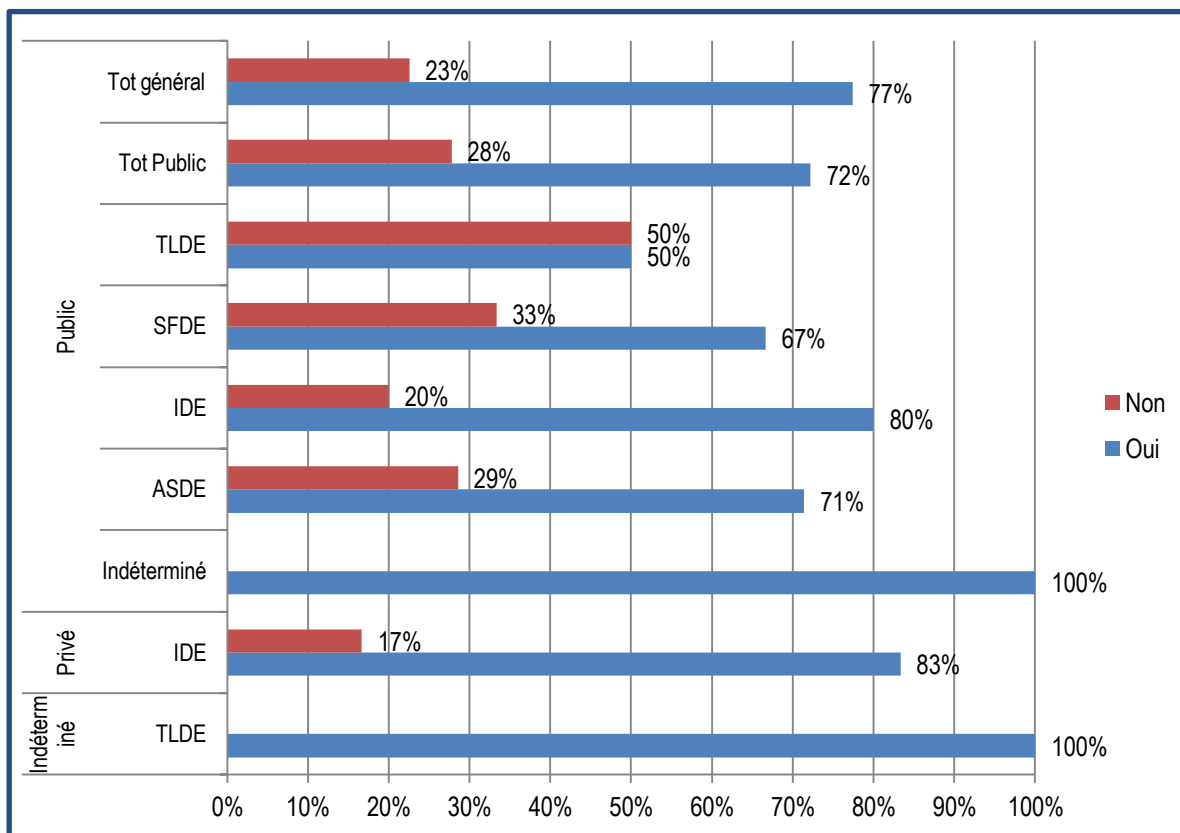
**Indicateur n° 11 : Certains professionnels ou étudiants ne lisent pas ce qui ne permettait pas d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?**



On constate que dans toutes les filières, il ya une importante proportion des enseignants qui sont d'avis avec l'idée selon laquelle certains professionnels de santé ou étudiants n'aiment pas faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir. Cette proportion varie de 58 à 100% sans distinction de filière ou de statut d'établissement. Seule dans la filière IDE du public où cette proportion est de 40% contre 60% de ceux qui estiment que des professionnels de santé ou étudiants aiment bien la lecture.

De l'ensemble des personnes interrogées, 65% pensent que certains professionnels de santé ou étudiants n'aiment pas faire la lecture contre 35%.

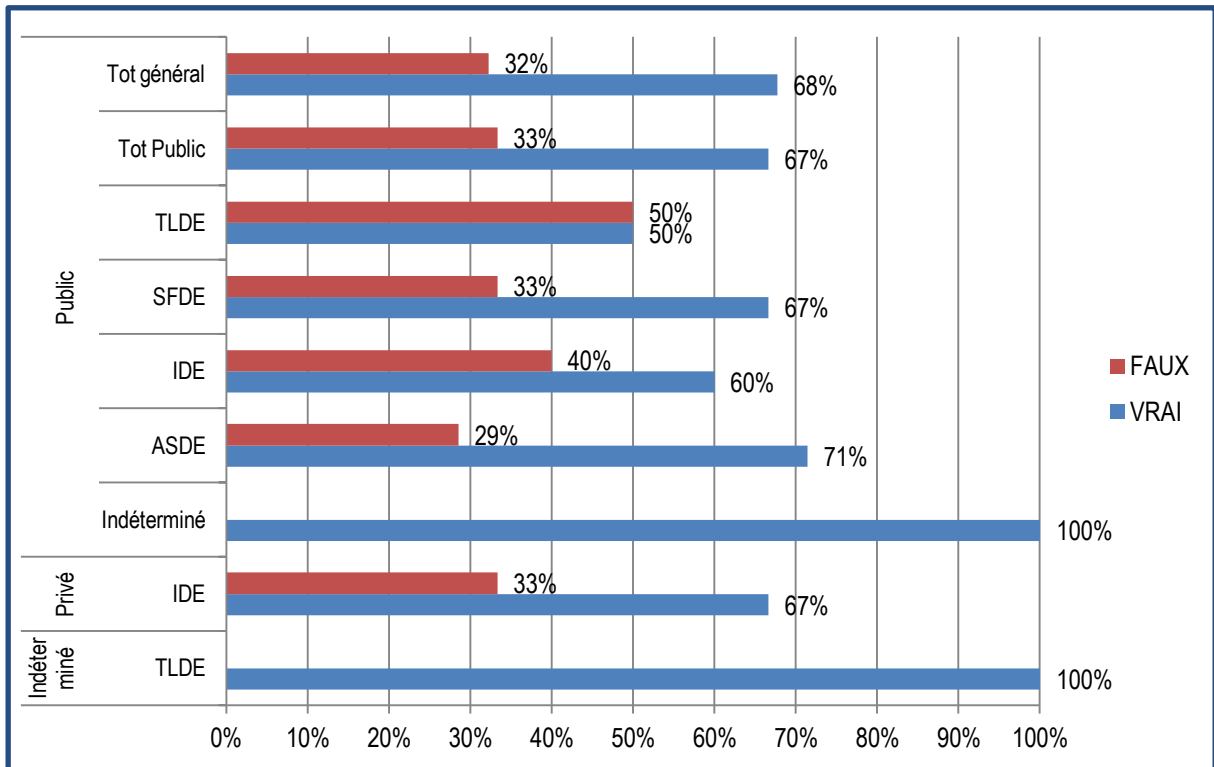
**Indicateur n° 12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ?**



Le graphique ci-dessus montre que 83% des enseignants du privé et 72% des enseignants du public sont largement favorables (bâtonnets bleus) à l'idée d'une professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel.

D'une manière générale, 77% des enseignants interrogés sont favorables à cette idée contre 23% défavorables.

**Indicateur n° 13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant ?**



A cette question les réponses des enseignants enquêtés pour la plupart affirment que l'absence des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est préjudiciable à l'étudiant et également à l'enseignant. Selon les filières, la proportion des enseignants qui confirment cette idée est de 50% chez les enseignants des TLDE public, 60% chez les IDE public, 67% chez les SFDE et IDE privé et 100% chez les enseignants des TLDE dont le statut n'est pas déterminé et certains enseignants du public dont la filière n'est pas aussi déterminée.

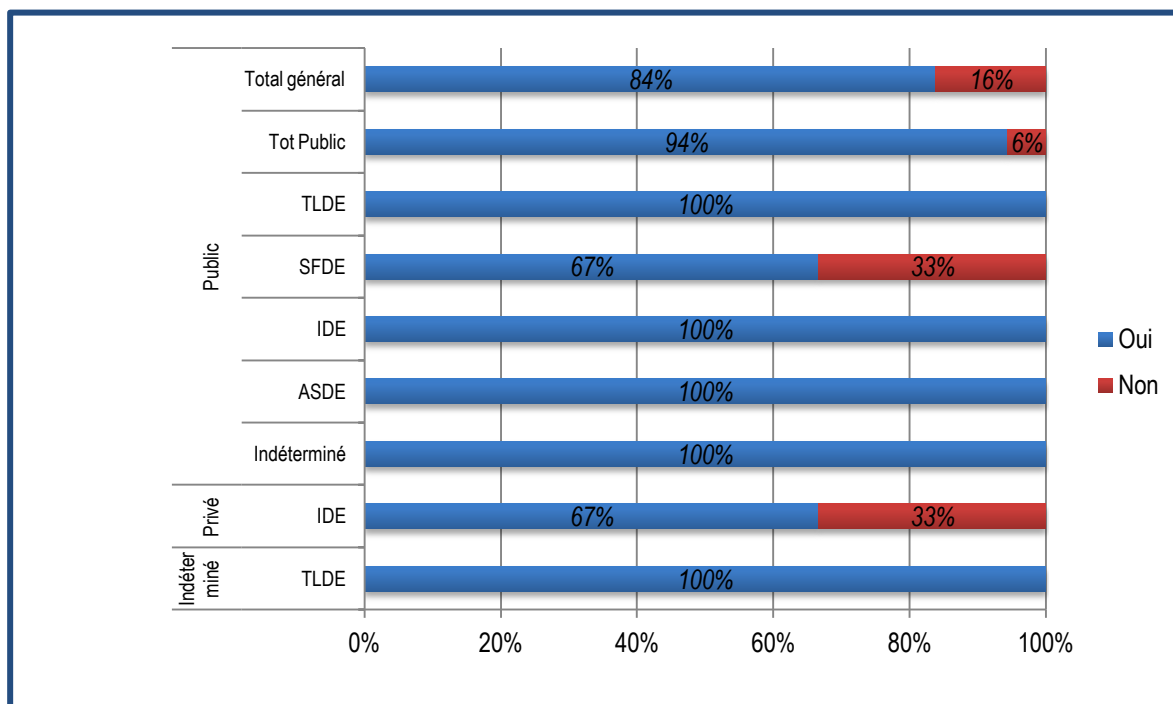
On remarque que les enseignants de la filière IDE tant dans le public que dans le privé sont d'avis que l'absence des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant.

D'une manière générale, 68% des enseignants disent que l'absence des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant est préjudiciable à l'étudiant et à l'enseignant contre 32% de l'ensemble des enquêtés.

**Indicateur n°14 : Quelles sont les caractéristiques de pratique d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?**

Sur 31 enseignants interrogés, 15 n'ont pas répondu à la question. Toutefois, nous pourrions d'ores et déjà dire que les caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel souhaitées par les enseignants sont multiples et variées. Les enseignants souhaitent non seulement disposer d'une bibliothèque garnie et équipée, de matériels audio visuels pour être à la pointe de la nouvelle technologie. Mais aussi que soit vulgarisé l'enseignement par la méthode APC (Approche par Compétence). Les stages pratiques dans les hôpitaux et centres de santé doivent être organisés régulièrement suivant l'évolution du programme et les étapes pédagogiques et la collaboration des praticiens de santé dans les hôpitaux et centres de santé d'accueil.

**Indicateur n° 15 : Avez-vous confiance à un formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?**



Le graphique montre que 84% des enseignants affirment avoir confiance dans la manière dont ils transmettent le savoir, le savoir-faire et savoir être. Par ailleurs 5 d’entre eux soit 16% sont restés méfiants ainsi que 6% des enseignants du public. Egalement dans les filières SFDE et IDE du privé, il y a respectivement 1 et 4 enseignants soit 33% chacun.

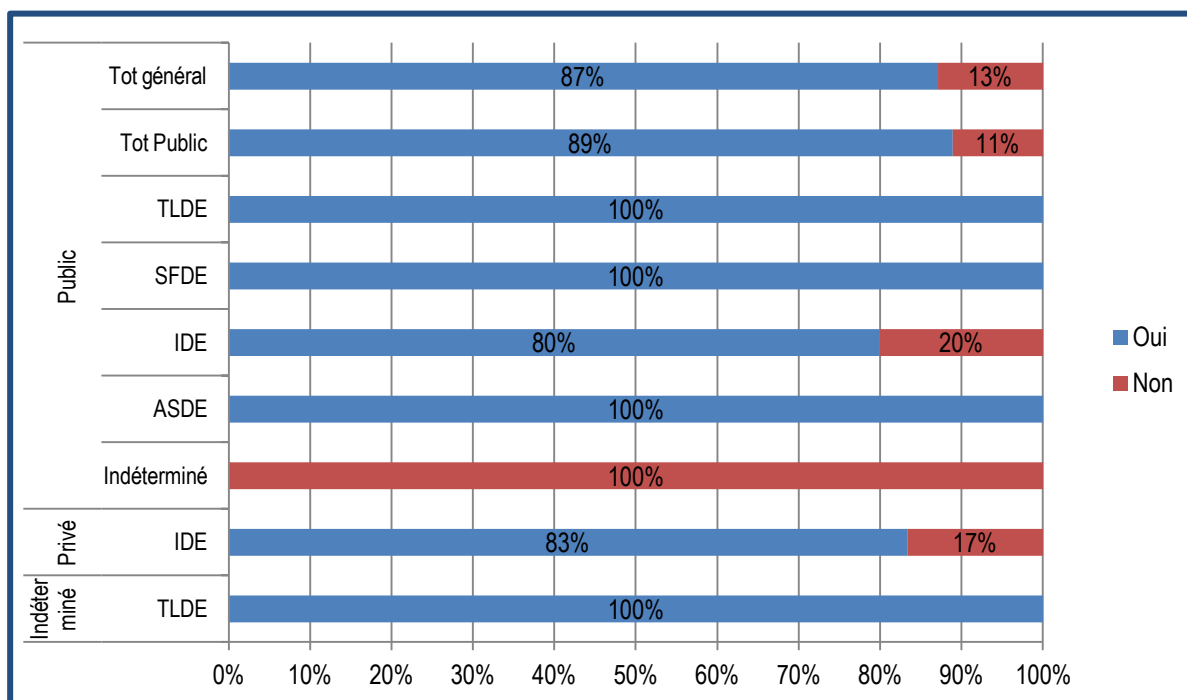
**- Les raisons pour lesquelles les enseignants se font confiance :**

Il faut d’abord dire que sur les 26 enseignants qui se font confiance, seuls 16 ont exprimé le bien fondé de leurs avis. Ceux-ci ont estimé que c’est sur la base d’un profil que les enseignants sont recrutés et que chacun d’eux dispose des compétences théoriques et pratiques nécessaires pour l’accomplissement de sa tâche. Ils ajoutent par ailleurs que les étudiants sont très souvent satisfaits et cela s’observe à travers leurs résultats.

**- Les raisons pour lesquelles les enseignants ne se font pas confiance :**

5 enseignants ont exprimé leur méfiance vis-à-vis de leurs collègues. Parmi eux, un seul a donné ses raisons (les enseignants nécessitent une formation de remise à niveau qui leur permettrait d’être à la pointe des nouveaux systèmes d’enseignement).

**Indicateur n° 16 : Il vous est donné d'être maintenant formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel ?**



D'une manière générale, 87% des enseignants acceptent de proposer la réforme du système pédagogique actuel contre 13%. Les enseignants sont de même avis qu'ils soient du public (89%) ou du privé (83%).

**1.1. CATEGORIE DES ETUDIANTS (1 tableau des données chiffrées et 1 tableau bis avec %)** ; Partie signalétique, tableau 1.1, 1.2, 1.3: âge, statut établissement (privé/public), statut étudiants (filières).

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	20 - 25 ans	26 - 30 ans	31 - 35 ans	36 - 40 ans	41 - 45 ans	46 - 50 ans et +	âge indéterminé	Total
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	1	1						2
	<i>Etudiant en médecine</i>	10	8						18
	<i>IDE</i>	51	35	5				6	97
	<i>SFDE</i>	18	7	3					28
	<b>Total Privé</b>	<b>80</b>	<b>51</b>	<b>8</b>				<b>6</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	8	14	6	3	4	5	4	44
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>							2	2
	<i>SFDE</i>	10	16	2	2	1		3	34
	<i>TLDE</i>							2	2
	<b>Total Public</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>82</b>
<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>81</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>227</b>

**1.1 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	20 - 25 ans	26 - 30 ans	31 - 35 ans	36 - 40 ans	41 - 45 ans	46 - 50 ans et +	âge indéterminé	Total
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	50%	50%						100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	56%	44%						100%
	<i>IDE</i>	53%	36%	5%				6%	100%
	<i>SFDE</i>	64%	25%	11%					100%
	<b>Total Privé</b>	<b>55%</b>	<b>35%</b>	<b>6%</b>				<b>4%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	18%	32%	14%	7%	9%	11%	9%	100%
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>							100%	100%
	<i>SFDE</i>	29%	47%	6%	6%	3%		9%	100%
	<i>TLDE</i>							100%	100%
	<b>Total Public</b>	<b>22%</b>	<b>37%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>		<b>43%</b>	<b>36%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>



## Partie interrogative, tableau 1. 4 : perception de la santé

Statut Ets	Statut étudiant	Absence de maladie	Adaptation dynamique	Expérience de vie	indéterminé	Total
Privé	ASDE		2			2
	Etudiant en médecine	1	17			18
	IDE	35	57	2	3	97
	SFDE	5	19		4	28
	<b>Total Privé</b>	<b>41</b>	<b>95</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>145</b>
Public	IDE	20	20	3	1	44
	Ophtalmo/Anesthésie/Réa		2			2
	SFDE	7	20	5	2	34
	TLDE	1			1	2
	<b>Total Public</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>82</b>
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>137</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>227</b>

### 1.4 (bis)

Statut Ets	Statut étudiant	Absence de maladie	Adaptation dynamique	Expérience de vie	indéterminé	Total
Privé	ASDE		100%			100%
	Etudiant en médecine	6%	94%			100%
	IDE	36%	59%	2%	3%	100%
	SFDE	18%	68%	0%	14%	100%
	<b>Total Privé</b>	<b>28%</b>	<b>66%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>
Public	IDE	45%	45%	7%	2%	100%
	Ophtalmo/Anesthésie/Réa		100%			100%
	SFDE	21%	59%	15%	6%	100%
	TLDE	50%			50%	100%
	<b>Total Public</b>	<b>34%</b>	<b>51%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>		<b>30%</b>	<b>60%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>

**Tableau n°1. 5 : Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de votre formation?**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>Compétence prof juste</i>	<i>Prof Corrompu</i>	<i>Prof Inexistant</i>	<i>Prof exemplaire</i>	<i>Prof autre</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	1			1			2
	<i>Etudiant en médecine</i>	7			11			18
	<i>IDE</i>	56	1	1	36	1	2	97
	<i>SFDE</i>	12			16			28
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>76</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	16	2	3	21	1	1	44
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>			2				2
	<i>SFDE</i>	13	1	2	17		1	34
	<i>TLDE</i>	1	1					2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>106</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>102</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>227</b>

**Tableau 1.5 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>Compétence prof juste</i>	<i>Prof Corrompu</i>	<i>Prof Inexistant</i>	<i>Prof exemplaire</i>	<i>Prof autre</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	50%			50%			100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	39%			61%			100%
	<i>IDE</i>	58%	1%	1%	37%	1%	2%	100%
	<i>SFDE</i>	43%			57%			100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>52%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>44%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	36%	5%	7%	48%	2%	2%	100%
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>			100%				100%
	<i>SFDE</i>	38%	3%	6%	50%		3%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%					100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>37%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>46%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>47%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>45%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>

**Tableau n° 1.6: Administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	13	5	18
	<i>IDE</i>	83	13	96
	<i>SFDE</i>	23	6	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>121</b>	<b>24</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	36	8	44
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	1	1	2
	<i>SFDE</i>	31	3	34
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>69</b>	<b>13</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>190</b>	<b>37</b>	<b>227</b>

**Tableau 1.6 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	72%	28%	100%
	<i>IDE</i>	86%	14%	100%
	<i>SFDE</i>	79%	21%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>83%</b>	<b>17%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	82%	18%	100%
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	50%	50%	100%
	<i>SFDE</i>	91%	9%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>

**Tableau n°1.7: Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	15	3	18
	<i>IDE</i>	78	18	96
	<i>SFDE</i>	17	12	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>112</b>	<b>33</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	37	7	44
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	1	1	2
	<i>SFDE</i>	27	7	34
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>178</b>	<b>49</b>	<b>227</b>

**1.7 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	83%	17%	100%
	<i>IDE</i>	81%	19%	100%
	<i>SFDE</i>	59%	41%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>77%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	84%	16%	100%
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	50%	50%	100%
	<i>SFDE</i>	79%	21%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>

**Tableau n° 1.8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes?**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	1	1	2
	<i>Etudiant en médecine</i>	6	12	18
	<i>IDE</i>	50	47	97
	<i>SFDE</i>	15	13	28
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	23	21	44
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	2		2
	<i>SFDE</i>	15	19	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>114</b>	<b>113</b>	<b>227</b>

**1.8 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	33%	67%	100%
	<i>IDE</i>	52%	48%	100%
	<i>SFDE</i>	54%	46%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	52%	48%	100%
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	100%		100%
	<i>SFDE</i>	44%	56%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 1.9 : Pensez-vous qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	1	1	2
	<i>Etudiant en médecine</i>	9	9	18
	<i>IDE</i>	58	38	96
	<i>SFDE</i>	15	14	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>83</b>	<b>62</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	33	11	44
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>	2		2
	<i>SFDE</i>	25	9	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>62</b>	<b>20</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>145</b>	<b>82</b>	<b>227</b>

**1.9 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	50%	50%	100%
	<i>IDE</i>	60%	40%	100%
	<i>SFDE</i>	52%	48%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>57%</b>	<b>43%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	75%	25%	100%
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>	100%		100%
	<i>SFDE</i>	74%	26%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>76%</b>	<b>24%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 1.10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont- il : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>Très bon</i>	<i>Bon</i>	<i>Assez bon</i>	<i>Mauvais</i>	<i>Sans importance</i>	<i>Sans avis</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>		1		1			2
	<i>Etudiant en médecine</i>	1	7	5	4		1	18
	<i>IDE</i>	22	38	33	3			96
	<i>SFDE</i>	7	10	8	3	1		29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>30</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	4	15	23	2			44
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>		1			1		2
	<i>SFDE</i>	9	13	11	1			34
	<i>TLDE</i>				1		1	2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>43</b>	<b>85</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>227</b>

**1.10 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>Très bon</i>	<i>Bon</i>	<i>Assez bon</i>	<i>Mauvais</i>	<i>Sans importance</i>	<i>Sans avis</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>		50%		50%			100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	6%	39%	28%	22%		6%	100%
	<i>IDE</i>	23%	40%	34%	3%			100%
	<i>SFDE</i>	24%	34%	28%	10%	3%		100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>21%</b>	<b>39%</b>	<b>32%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	9%	34%	52%	5%			100%
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>		50%			50%		100%
	<i>SFDE</i>	26%	38%	32%	3%			100%
	<i>TLDE</i>				50%		50%	100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>41%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>19%</b>	<b>37%</b>	<b>35%</b>	<b>7%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 1.11 : De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	1	1	2
	<i>Etudiant en médecine</i>	10	8	18
	<i>IDE</i>	66	30	96
	<i>SFDE</i>	21	8	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>98</b>	<b>47</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	25	19	44
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>	2		2
	<i>SFDE</i>	18	16	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>47</b>	<b>35</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>145</b>	<b>82</b>	<b>227</b>

### 1.11 (bis)

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	56%	44%	100%
	<i>IDE</i>	69%	31%	100%
	<i>SFDE</i>	72%	28%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	57%	43%	100%
	<i>Ophtalmo/Anesthésie/Réa</i>	100%		100%
	<i>SFDE</i>	53%	47%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>57%</b>	<b>43%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>64%</b>	<b>36%</b>	<b>100%</b>



Tableau n° 1.12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel ?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	14	4	18
	<i>IDE</i>	72	24	96
	<i>SFDE</i>	20	9	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>108</b>	<b>37</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	33	11	44
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	1	1	2
	<i>SFDE</i>	20	14	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>56</b>	<b>26</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>164</b>	<b>63</b>	<b>227</b>

**1.12 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	78%	22%	100%
	<i>IDE</i>	75%	25%	100%
	<i>SFDE</i>	69%	31%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	75%	25%	100%
	<i>Ophthalmo/Anesthésie/Réa</i>	50%		100%
	<i>SFDE</i>	59%	41%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>		<b>72%</b>	<b>28%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 1.13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	14	4	18
	<i>IDE</i>	72	24	96
	<i>SFDE</i>	18	11	29
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>106</b>	<b>39</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	28	16	44
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	1	1	2
	<i>SFDE</i>	30	4	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>61</b>	<b>21</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>167</b>	<b>60</b>	<b>227</b>	

**1.13 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	78%	22%	100%
	<i>IDE</i>	75%	25%	100%
	<i>SFDE</i>	62%	38%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	64%	36%	100%
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	50%	50%	100%
	<i>SFDE</i>	88%	12%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>	

Tableau n° 1.14: Quelles sont les caractéristiques du processus d'apprentissage professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?

Caractéristique du processus d'Apprentissage	ASDE	Etud. en méd.	IDE	Opht/ anesth/R éa	SFDE	TLDE	Total
Non déterminé	2	4	60	2	37	2	107
Accompagner la théorie de la pratique			1				1
Aperçu sur un chapitre; évaluer chaque chapitre par des exercices					1		1
Apprendre beaucoup la pratique			1				1
Apprendre le travail bien fait			1				1
Apprentissage pratique de terrain			1				1
Avoir beaucoup plus de pratique			1				1
Avoir une voix pédagogique, simples explications et sympathique avec les étudiants			1				1
Beaucoup de sérieux			1				1
Bonne pédagogie, maîtrise et explication du cours		1					1
Compétence			2				2
Compétence, aptitude, professionnalisme, éthique et déontologie					1		1
Connaissances, compétence, savoir faire			1				1
Cours théoriques avec travaux dirigés et pratiques		1					1
cours théoriques et pratiques			1				1
Des enseignants exemplaires qui savent ce qu'ils font et qui ont des savoirs être et savoirs faire.		1					1
Des enseignants rigoureux et aptes			1				1
Diagnostic, examens complémentaires et traitement du patient			1				1
Disponibilité et écouter			1				1
Donner des cours clairs et instaurer la confiance pour intéresser les étudiants		1					1
Enseignant de qualité, spécialiste					1		1
Enseignant juste et compétent			1				1
Enseignant qualifié et expérimenté			1				1
Enseignant spécialiste et compétent dans le domaine			1				1
Enseignant de qualité et disposant de capacité intellectuelle			1				1
Enseignants expérimentés			1				1
Enseignants expérimentés,			1				1
Enseignants spécialisé et compétents			1				1

Enseignant compétent			1			1
Enseignement de qualité					1	1
Enseignement théorique et pratique juste et équitable		1				1
Être disponible à tout moment pour répondre aux questions des étudiants		1				1
Explication des cours avant de faire prendre note					1	1
Explication des cours et évaluation orale			1			1
Explications claires		1				1
Faire beaucoup de pratiques et manipuler les matériels			1			1
Faire la pratique à chaque fin de cours					1	1
Faire la pratique en salle à la fin de chaque cours					1	1
Formation pratique			1			1
Formation théorique et pratique			1			1
Formation théorique et pratique avec les équipements matériels		1				1
Humilité, respect mutuel et impartialité		1				1
La compétence			2		1	3
La compétence et la méthodologie			1			1
La compétence, le respect de l'heure et de la pédagogie			1			1
La consultation, l'accouchement, placer la sonde naso- gastrique, prise des voies veineuses et examens gynéco-obstétriques			1			1
La disponibilité			1			1
La disponibilité, la compétence et l'amour du travail					1	1
La disponibilité, l'impartialité et l'échange des idées entre enseignants et étudiants			1			1
La formation pratique de la 1ère en 3ème année			1			1
La formation théorique et pratique			4		1	5
La formation théorique et pratique, les soins infirmiers et obstétriques					1	1
La ponctualité, l'aptitude à communiquer, le savoir être et le savoir faire			1			1
la ponctualité					1	1
la pratique des soins infirmiers			1			1
La précision, la franchise, l'abnégation et l'amour du travail bien fait		1				1
La prise des paramètres du patient, placer la perfusion et prendre soin du patient			1			1
La projection des cours et la pratique sur des mannequins			1			1

La rigueur			1			1
La rigueur et la discipline			1			1
La rigueur, l'apprentissage théorique et pratique quoi tient compte des NTIC		1				1
La théorie en même temps que la pratique			1			1
la théorie et beaucoup de pratique			1			1
La théorie et la pratique			1			1
La théorie et la pratique des soins infirmiers, obstétrical et chirurgical			1			1
La théorie liée à la pratique		1				1
La théorie suivie de la pratique			1			1
la volonté, la compétence et les savoirs				1		1
La pédiatrie et soins obstétricaux			1			1
L'apprentissage théorique et pratique de rigueur			1			1
L'apprentissage théorique et pratique			1			1
L'apprentissage théorique et pratique suivi des évaluations			1			1
L'apprentissage théorique et stage pratiques dans les hôpitaux et centres de santé accompagné d'encadreur			1			1
Le respect de la déontologie et de l'éthique de la profession			1			1
Le respect de la pédagogie			1			1
Le sourire, la gentillesse, la clarté des explications			1			1
L'enseignement théorique et pratique			1			1
Les consultations, les sutures, les accouchements, pansements et injections			1			1
Les évaluations formatives après chaque 20 heures de cours				1		1
Les soins infirmiers, obstétricales et hygiènes				1		1
Les TP au sein de l'institut				1		1
L'expérience			1			1
L'humilité, la franchise et la clarté		1				1
Lier la théorie à la pratique			1			1
L'intelligence, le respect et la compétence				1		1
L'interrogatoire			1			1
Pathologie chirurgicale, obstétricale, soins infirmiers de base et soins infirmiers médicaux			1			1
Pragmatique et objectif		1				1

Rationalisation, ECSIM, TP, SIC III			1				1
Respecter le mérite de l'étudiant					1		1
Salle de pratique équipée des mannequins avant d'aller en stage pratique à l'hôpital					1		1
Séparer la formation des IDE, SFDE et ATS			1				1
Simple, exemplaire, compétent, respectueux					1		1
Souhaite avoir la pratique avec des équipements à la disposition des étudiants			1				1
Souriant et à jour			1				1
Transmettre le savoir faire et savoir être					1		1
Travaux dirigés					2		2
Un cours avec projecteur et supports en images			1				1
Un enseignant compétent			2				2
Un enseignant exemplaire			1				1
Un enseignant exemplaire et régulier					1		1
Un enseignant exemplaire et rigoureux dans la transmission de son message			1				1
un enseignant exemplaire, compétent et fait la pratique			1				1
Un enseignant souriant			1				1
Un enseignement appuyé des images			1				1
Un enseignement exemplaire			1				1
Un enseignement théorique et pratique			1				1
Une formation juste et exemplaire			2				2
Une formation théorique et pratique					1		1
Une formation théorique et pratique de qualité			1				1
Voix pédagogique, explication des cours			1				1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>141</b>	<b>2</b>	<b>62</b>	<b>2</b>	<b>227</b>

Tableau n° 1.15 : Avez-vous confiance à votre formateur (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	16	2	18
	<i>IDE</i>	79	18	97
	<i>SFDE</i>	23	5	28
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>120</b>	<b>25</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	34	10	44
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	1	1	2
	<i>SFDE</i>	23	11	34
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>59</b>	<b>23</b>	<b>82</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>179</b>	<b>48</b>	<b>227</b>	

**1.15 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	89%	11%	100%
	<i>IDE</i>	81%	19%	100%
	<i>SFDE</i>	82%	18%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>83%</b>	<b>17%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	77%	23%	100%
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	50%	50%	100%
	<i>SFDE</i>	68%	32%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>72%</b>	<b>28%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>79%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>	

- **Les principales raisons pour lesquelles les étudiants font confiance à leurs formateurs**

Si Oui Dites Pourquoi	Asde	Etud en Méd	Ide	Oph/A nesth/ Réa.	Sfde	Tlde	Total
Non déterminé	1	5	59	1	30	1	97
beaucoup des enseignants sont de leur domaine d'enseignement					1		1
Ce qu'il enseigne n'est pas hors du manuel et confirmé par d'autres enseignants		1					1
Ce qu'il transmet est toujours vrai, vérifiable et scientifique		1					1
C'est grâce à eux que nous bénéficions des connaissances pour s'occuper de nos patients			1				1
C'est grâce à lui que j'apprends ce métier pour servir mon pays					1		1
C'est un praticien de terrain			1				1
Il a aussi confiance en nous					1		1
Il a la volonté de nous faire comprendre			1				1
il a une bonne manière de transmettre les savoirs			1				1
Il dispense bien son cours et évalue à la fin			1				1
il donne des cours avec des exemples précis et illustratifs			1				1
Il donne des cours avec des exemples précis et répond à nos questions					1		1
Il donne son cours suivant le programme national			1				1
Il enseigne selon l'éthique et la déontologie			1				1
il est calme et transmet bien le message			1				1
Il est clair dans ses explications et humble		1					1
Il est clair et sûr dans ses explications		1					1
Il est clair et transmet bien les savoirs		1					1
il est compétent					1		1
il est compétent et respecte le programme		1					1
Il est compréhensif			1				1
il est courtois et explique clairement		1					1
il est du domaine de la matière qu'il enseigne			1				1
Il est expérimenté			1				1
Il est formé et donc est habileté à nous donner les savoirs			1				1
Il est le garant de la bonne formation de l'étudiant					1		1
Il est professionnel de santé, qualifié et expérimenté		1					1
Il est sage et compétent					1		1
Il est vigilant dans sa manière d'enseigner			1				1
Il explique bien			1				1
Il explique bien et répond aux sollicitations des étudiants					1		1
il explique bien et se comporte bien			1				1
Il explique clairement ses cours			1				1
Il maîtrise sa matière et prodigue beaucoup de conseils			1				1
il maîtrise sa matière, transmet clairement et n'humilie pas les étudiants		1					1
Il m'apprend le savoir et le savoir faire			1				1
Il met du sérieux dans son travail		1					1
Il ne sort pas en dehors du cadre de la santé			1				1



Il nous aide à comprendre les cours			1			1
Il nous aide à traiter les problèmes de la vie quotidienne			1			1
Il nous conseille souvent de ne pas jouer avec la vie des autres			1			1
Il nous donne la formation théorique et pratique			1			1
Il nous donne l'essentiel du programme				1		1
Il nous donne une bonne formation				1		1
Il nous forme pour soigner et non pour tuer			1			1
Il nous oriente dans le savoir et savoir faire			1			1
il nous transmet bien les bonnes pratiques			1			1
Il nous transmet ce qu'il a appris			1			1
Il nous transmet le savoir et le savoir faire			1			1
Il prend tout son temps pour nous expliquer les cours théoriques et pratiques			1			1
Il présente les cours avec étude de cas				1		1
il suit bien la pédagogie et s'assure de la compréhension de la leçon			1			1
Il transmet bien les connaissances				2		2
Il transmet bien les cours et les étudiants comprennent bien				1		1
Il transmet bien les savoirs et donne le gout du métier			1			1
Il transmet bien les savoirs et est sûr de ce qu'il fait	1					1
Il transmet les connaissances dans le respect de la déontologie et de l'éthique			1			1
Il transmet les connaissances pratiques pour sauver les vie			1			1
Il transmet les savoirs sans hésitation			1			1
Il transmet selon les règles et le programme du ministère			1			1
Il ya d'autres qui transmettent bien les savoirs			1			1
Ils donnent de bonne formation			1			1
ils enseignent bien les cours appuyés des croquis			1			1
Ils font un effort pour nous transmettre les connaissances malgré leurs multiples occupations			1			1
ils nous apprennent à mieux aimer la profession			1			1
ils nous enseignent exactement ce qu'on peut rencontrer au terrain			1			1
Ils sont des docteurs expérimentés			1			1
Ils sont des enseignants qualifiés			1			1
Ils sont des médecins compétents travaillant dans les hôpitaux de la place			1			1
Ils sont engagés et on aura la chance d'être des bon infirmiers			1			1
Ils sont formés et expérimentés			1			1
Ils sont justes, humble et exemplaires			1			1
Ils sont sages			1			1
La plupart des enseignants sont des cliniciens			1			1
les explications sont claires et précises			1			1
Leurs savoirs faire sont bien compris des étudiants				1		1
Nous comprenons son enseignement			1			1
On nous fait la théorie et la pratique				1		1
On rencontre ce qu'il nous enseigne au terrain			1			1
Son enseignement est clair	1					1

Son savoir nous a permis d'acquérir des connaissances pratiques pour la profession			1				1
<b>Total général</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>113</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>179</b>

- **Les principales raisons pour lesquelles les étudiants ne font pas confiance à leurs formateurs**

Si Non Dites Pourquoi	Asde	Etud. En med.	Ide	Ophth/an esth/réa	Sfde	Tld e	Total
Non déterminé		2	17	1	6		26
Beaucoup de corruptions dans la formation			1				1
Beaucoup d'enseignants manquent de savoir et savoir faire					1		1
Certains enseignants donnent des notes arbitraires			1				1
certains enseignants ne montrent pas tous les secrets de leur matière			1		1		2
Certains enseignants ne sont pas à la hauteur de leur matière					1		1
Certains enseignants ne sont pas sûr d'eux et improvisent les cours					1		1
Certains enseignants n'expliquent pas bien les cours et insultent les étudiants					1		1
Certains enseignants n'ont pas de formation pédagogique et ne maîtrisent pas leur matière			1				1
Certains enseignants n'ont pas la capacité et ne respectent pas la pédagogie			1				1
certains enseignants n'ont pas la pédagogie					1		1
certains enseignants sont rapides et nerveux					1		1
Certains formateurs ne donnent pas ce qu'il faut			1				1
Certains formateurs ne font pas bien leur travail			1				1
Certains formateurs ne savent pas transmettre					1		1
certains n'ont pas la capacité de transmettre le message comme il faut			1				1
Il transmet insuffisamment			1				1
Ils sont très rapides			1				1
La pratique est différente de la théorie					1		1
La théorie qu'on nous donne est différente de la pratique sur le terrain					1		1
Certains enseignants ne préparent pas leur cours			1				1
Ils nous donnent que des simples cours magistraux						1	1
<b>Total général</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>48</b>

Tableau n° 1.16 : S'il vous est donné d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	2		2
	<i>Etudiant en médecine</i>	15	3	18
	<i>IDE</i>	70	26	96
	<i>SFDE</i>	21	8	29
	<b>Total Privé</b>	<b>108</b>	<b>37</b>	<b>145</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	37	7	44
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	2		2
	<i>SFDE</i>	25	9	34
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b>Total Public</b>	<b>66</b>	<b>16</b>	<b>82</b>
<b>Total</b>		<b>174</b>	<b>53</b>	<b>227</b>

**1.16 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut étudiant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Total</i>
<i>Privé</i>	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>Etudiant en médecine</i>	83%	17%	100%
	<i>IDE</i>	73%	27%	100%
	<i>SFDE</i>	72%	28%	100%
	<b>Total Privé</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>IDE</i>	84%	16%	100%
	<i>Ophthlmo/Anesthésie/Réa</i>	100%		100%
	<i>SFDE</i>	74%	26%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b>Total Public</b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>		<b>77%</b>	<b>23%</b>	<b>100%</b>

## 2.1. CATEGORIE ENSEIGNANTS

Partie signalétique, tableau: 1, 2 et 3 : âge, statut de l'établissement et statut de l'enseignant

<i>Statut Ebt.</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>25 - 30 ans</i>	<i>31 - 40 ans</i>	<i>41 - 50 ans</i>	<i>51 - 60 ans</i>	<i>61 ans et +</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>		1				1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	3	4	1	1	3	12
<i>Total Privé</i>		3	5	1	1	3	13
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>					1	1
	<i>ASDE</i>		1	2	4		7
	<i>IDE</i>			2	2	1	5
	<i>SFDE</i>				3		3
	<i>TLDE</i>		1	1			2
<i>Total Public</i>			2	5	9	2	18
<i>Total général</i>		3	7	6	10	5	31

**Partie interrogative, Tableau n° 2.4 : Comment percevez-vous la conception de la santé**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Absence de maladie</i>	<i>Adaptation dynamique</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1	0	1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	2	10	12
	<i>Total privé</i>	3	10	13
	<i>Indéterminé</i>		1	1
	<i>ASDE</i>	2	5	7
	<i>IDE</i>	2	3	5
	<i>SFDE</i>		3	3
	<i>TLDE</i>	1	1	2
<i>Public</i>	<i>Total public</i>	5	13	18
<i>Total général</i>		8	23	31

**2.4 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut Enseignant</i>	<i>Absence de maladie</i>	<i>Adaptation dynamique</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%	00%	100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	17%	83%	100%
	<i>Total Privé</i>	17%	83%	100%
	<i>Indéterminé</i>		100%	100%
	<i>ASDE</i>	29%	71%	100%
	<i>IDE</i>	40%	60%	100%
	<i>SFDE</i>		100%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
<i>Public</i>	<i>Total public</i>	28%	72%	100%
<i>Total général</i>		26%	74%	100%

Tableau n° 2.5 : Comment percevez-vous l'enseignement des modèles théoriques et pratiques de santé au cours de votre formation : un enseignement professionnel juste, corrompu, inexistant, exemplaire ou autre ?

<i>Statut enseignant</i>	<i>Statut agent</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Enseignement professionnel juste</i>	<i>Enseignement Professionnel exemplaire</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>			1	1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>		6	6	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		1		1
	<i>ASDE</i>		6	1	7
	<i>IDE</i>		5		5
	<i>SFDE</i>	1		2	3
	<i>TLDE</i>		1	1	2
	<i>Total Public</i>	1	13	4	18
<i>Total général</i>		1	19	11	31

### 2.5 (bis)

<i>Statut enseignant</i>	<i>Statut agent</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Enseignement professionnel juste</i>	<i>Enseignement Professionnel exemplaire</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>			100%	100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>		50%	50%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		100%		100%
	<i>ASDE</i>		86%	14%	100%
	<i>IDE</i>		100%		100%
	<i>SFDE</i>	33%		67%	100%
	<i>TLDE</i>		50%	50%	100%
	<i>Total Public</i>	6%	72%	22%	100%
<i>Total général</i>		3%	61%	35%	100%

Tableau n° 2.6 : Administrer le traitement selon les protocoles et les fiches techniques préétablies pour guérir la maladie relève-t-il d'un acte de professionnalisation par la recherche ? Oui ou non

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1	0	1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	11	1	12
	<i>Total Privé</i>	12	1	13
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1	0	1
	<i>ASDE</i>	6	1	7
	<i>IDE</i>	4	1	5
	<i>SFDE</i>	2	1	3
	<i>TLDE</i>	2	0	2
	<i>Total Public</i>	15	3	18
<i>Total général</i>		27	4	31

**2.6 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	92%	8%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%		100%
	<i>ASDE</i>	86%	14%	100%
	<i>IDE</i>	80%	20%	100%
	<i>SFDE</i>	67%	33%	100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<i>Total Public</i>	83%	17%	100%
<i>Total général</i>		87%	13%	100%

Tableau n° 2.7 : Traiter un malade tout en considérant les dimensions biomédicales, biopsychosociales, environnementales, intégrant la prévention et le curatif, dans une prise en compte du projet du sujet ou du groupe sont-ils d'actualité pendant votre formation?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	0	1	1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	12	0	12
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1		1
	<i>ASDE</i>	7		7
	<i>IDE</i>	4	1	5
	<i>SFDE</i>	3		3
	<i>TLDE</i>	2		2
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
<b><i>Total général</i></b>		<b>29</b>	<b>2</b>	<b>31</b>

### 2.7 (bis)

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	00%	100%	100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	100%	00%	100%
	<b><i>Total Privé</i></b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%		100%
	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>IDE</i>	80%	20%	100%
	<i>SFDE</i>	100%		100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<b><i>Total Public</i></b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>
<b><i>Total général</i></b>		<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>



Tableau n° 2.8 : Avez-vous l'impression que certains usagers de santé et certains apprenants sont de plus en plus méfiants des pratiques enseignantes?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	5	7	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		1	1
	<i>ASDE</i>	3	4	7
	<i>IDE</i>	1	4	5
	<i>SFDE</i>	1	2	3
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<b>Total Public</b>		<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Total général</b>		<b>12</b>	<b>19</b>	<b>31</b>

**2.8 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	42%	58%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		100%	100%
	<i>ASDE</i>	43%	57%	100%
	<i>IDE</i>	20%	80%	100%
	<i>SFDE</i>	33%	67%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<b>Total Public</b>		<b>33%</b>	<b>67%</b>
<b>Total général</b>		<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 2.9 : Pensez-vous qu'il y a de différence du contenu des programmes de formation des différents établissements dans l'accompagnement pédagogique de l'étudiant?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	8	4	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1		1
	<i>ASDE</i>	4	3	7
	<i>IDE</i>	3	2	5
	<i>SFDE</i>	2	1	3
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<i>Total Public</i>	11	7	18
<i>Total général</i>		20	11	31

**2.9 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	67%	33%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%		100%
	<i>ASDE</i>	57%	43%	100%
	<i>IDE</i>	60%	40%	100%
	<i>SFDE</i>	67%	33%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Total Public</i>	61%	39%	100%
<i>Total général</i>		65%	35%	100%

Tableau n°2.10 : Les rapports de l'enseignant tchadien avec l'Agir professionnel en santé sont- il : très bon? Bon? Assez bon? Mauvais? Ou sans aucune importance?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Très bon</i>	<i>Bon</i>	<i>Assez bon</i>	<i>Sans importance</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>			1	0		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>		5	6	0	1	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>			1	0		1
	<i>ASDE</i>		5	1	1		7
	<i>IDE</i>		3	1	1		5
	<i>SFDE</i>			3	0		3
	<i>TLDE</i>	1		1	0		2
	<i>Total Public</i>	1	8	7	2	0	18
	<i>Total général</i>	1	13	14	2	1	31

**2.10 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Très bon</i>	<i>Bon</i>	<i>Assez bon</i>	<i>Sans importance</i>	<i>Indéterminé</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>			100%			100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>		42%	50%	00%	8%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>			100%	00%		100%
	<i>ASDE</i>		72%	14%	14%		100%
	<i>IDE</i>		60%	20%	20%		100%
	<i>SFDE</i>			100%	00%		100%
	<i>TLDE</i>	50%		50%	00%		100%
	<i>Total Public</i>	6%	44%	39%	11%		100%
	<i>Total général</i>	3%	42%	45%	7%	3%	100%

Tableau n°2.11 : De nos jours, certains professionnels ou étudiants n'aiment plus faire la lecture qui leur permettrait d'avoir la connaissance scientifique et d'acquérir le savoir, êtes-vous de cet avis?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	7	5	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1	0	1
	<i>ASDE</i>	5	2	7
	<i>IDE</i>	2	3	5
	<i>SFDE</i>	2	1	3
	<i>TLDE</i>	2	0	2
	<i>Total Public</i>	12	6	18
<i>Total général</i>		20	11	31

### 2.11 (bis)

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%	00%	100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	58%	42%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%	00%	100%
	<i>ASDE</i>	71%	29%	100%
	<i>IDE</i>	40%	60%	100%
	<i>SFDE</i>	67%	33%	100%
	<i>TLDE</i>	100%	00%	100%
	<i>Total Public</i>	67%	33%	100%
<i>Total général</i>		65%	35%	100%

Tableau n°2.12 : Êtes-vous favorables ou défavorables à l'idée de professionnalisation par la recherche du système éducatif actuel?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	10	2	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1	0	1
	<i>ASDE</i>	5	2	7
	<i>IDE</i>	4	1	5
	<i>SFDE</i>	2	1	3
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<i>Total Public</i>	13	5	18
<i>Total général</i>		24	7	31

**2.12 (bis)**

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	83%	17%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%	00%	100%
	<i>ASDE</i>	71%	29%	100%
	<i>IDE</i>	80%	20%	100%
	<i>SFDE</i>	67%	33%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Total Public</i>	72%	28%	100%
<i>Total général</i>		77%	23%	100%

Tableau n° 2.13 : L'absence de l'apprentissage des modèles théoriques/pratiques de santé en vue de l'accompagnement de l'apprenant, est-elle préjudiciable à l'étudiant et l'enseignant?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	8	4	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	1		1
	<i>ASDE</i>	5	2	7
	<i>IDE</i>	3	2	5
	<i>SFDE</i>	2	1	3
	<i>TLDE</i>	1	1	2
	<i>Total Public</i>	12	6	18
<i>Total général</i>		21	10	31

### 2.13 (bis)

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	67%	33%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>	100%		100%
	<i>ASDE</i>	71%	29%	100%
	<i>IDE</i>	60%	40%	100%
	<i>SFDE</i>	67%	33%	100%
	<i>TLDE</i>	50%	50%	100%
	<i>Total Public</i>	67%	33%	100%
<i>Total général</i>		68%	32%	100%

Tableau n°2.14 (bis) : Quelles sont les caractéristiques du processus d'apprentissage pédagogique et professionnel de l'enseignant que vous souhaitez voir ?

<b>Caractéristiques du processus d'apprentissage</b>	In d.	AS DE	ID E	SF DE	TL DE	To tal
<b>Non déterminés</b>	1	2	1 0	1	1	5
Bibliothèque garnie; Audiovisuel; conférence débat			1			1
Enseignement apprentissage axé sur l'apprenant			1			1
Enseignement théorique et pratique selon l'approche par compétence			1			1
Expérimenté, qualifié, disponibilité					1	1
formation de longue et de courte durée, accompagner les apprenants sur le terrain et collaboration avec les encadreurs de terrain		1				1
Maitrise sa matière et est formé à l'enseignement			1			1
La maitrise de l'art, les compétences dans la matière et le savoir faire			1			1
Le savoir (Cognitif), le savoir-faire (psychomoteur), le savoir être (affectif)				1		1
Les cours donnés en fonction des objectifs					1	1
Les salles de démonstration dotées des matériels adéquats et suffisants		1				1
Méthode active et démonstration		1				1
Méthode active et participative		1				1
Mettre l'accent sur la pratique et le travail de groupe			1			1
Objectif, pertinence, clarté et précision		1				1
Stage pratique tenant compte des étapes pédagogiques			1			1
Un enseignement axé sur la compétence				1		1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>1 7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3 1</b>

Tableau n°2.15 : Avez-vous confiance à votre collègue (enseignant) dans la manière dont il transmet le savoir, savoir-faire et savoir-être?

Statut Ets	Statut enseignant	Oui	Non	Total
Indéterminé	TLDE	1		1
Privé	IDE	8	4	12
Public	Indéterminé	1		1
	ASDE	7		7
	IDE	5		5
	SFDE	2	1	3
	TLDE	2		2
	<b>Total Public</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
<b>Total général</b>		<b>26</b>	<b>5</b>	<b>31</b>

### 2.15 (bis)

Statut Ets	Statut enseignant	Oui	Non	Total
Indéterminé	TLDE	100%		100%
Privé	IDE	67%	33%	100%
	<b>Total Privé</b>	<b>67%</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>
Public	Indéterminé	100%		100%
	ASDE	100%		100%
	IDE	100%		100%
	SFDE	67%	33%	100%
	TLDE	100%		100%
	<b>Total Public</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>
<b>Total général</b>		<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>

#### • Les principales raisons pour lesquelles les enseignants se font confiance

Si oui dites pourquoi	Indét.	ASDE	IDE	SFDE	TLDE	Total
<b>Non déterminé</b>		1	5	2	2	10
C'est sur la base de son profil qu'il a été retenu pour dispenser l'enseignement		1				1
Cognitif, affectif et psychomoteur		1				1
il a acquis des compétences théoriques, pratiques, et de l'expérience		1				1
Il a eu une formation dans le domaine pour enseigner cette matière			1			1
Il a le profile	1					1
Il a les connaissances théoriques et pratiques			1			1
Il apprenant l'essentiel qui attend l'apprenant sur le terrain			1			1
Il connait ce qu'il transmet			1			1
Il est expérimenté		1				1
il est professionnel et dispose des expériences nécessaires		1				1
Il passe son temps à faire des recherches					1	1
Le formateur est un détenteur de savoir qu'il met à la disposition des apprenants		1				1
L'enseignement est par objectif et axé sur l'apprenant			1			1
L'enseignement n'est pas donné à tout le monde			1			1
les étudiants sont satisfaits et on observe sur les résultats des apprenants			1			1
Maitrise le contour de la formation, cours adapté à la pédagogie actuelle			1			1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>26</b>

#### • Les principales raisons pour lesquelles les enseignants ne se font pas confiance



<b>Si non dites pourquoi</b>	<b>AS DE</b>	<b>ID E</b>	<b>SF DE</b>	<b>TL DE</b>	<b>Tot al</b>
<b>Non déterminé</b>		4			4
Les enseignants nécessitent une remise à niveau par rapport aux nouveaux systèmes d'enseignement			1		1
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>1</b>		<b>5</b>

Tableau n° 2.16 : Il vous est donné maintenant d'être formateur (enseignant), accepteriez-vous de proposer la réforme du système pédagogique actuel?

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	1		1
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	10	2	12
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		1	1
	<i>ASDE</i>	7		7
	<i>IDE</i>	4	1	5
	<i>SFDE</i>	3		3
	<i>TLDE</i>	2		2
	<i>Total Public</i>	16	2	18
<i>Total général</i>		27	4	31

### 2.16 (bis)

<i>Statut Ets</i>	<i>Statut enseignant</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
<i>Indéterminé</i>	<i>TLDE</i>	100%		100%
<i>Privé</i>	<i>IDE</i>	83%	17%	100%
<i>Public</i>	<i>Indéterminé</i>		100%	100%
	<i>ASDE</i>	100%		100%
	<i>IDE</i>	80%	20%	100%
	<i>SFDE</i>	100%		100%
	<i>TLDE</i>	100%		100%
	<i>Total Public</i>	89%	11%	100%
<i>Total général</i>		87%	13%	100%

#### **ANNEXES 4 : La classification des 14 besoins fondamentaux selon (V. Henderson)**

- **Besoin de respirer**
  - Sans gêne
  - Dyspnée.
  - À besoin d'aide technique (aérosol).
  - Ventilation assistée.
- **Besoin de boire et manger**
  - Mange seul.
  - Installation/stimulation.
  - À besoin d'aide partielle et/ou surveillance.
  - À besoin d'aide totale (faire manger, nutripompe, etc.).
- **Éliminer (urines)**
  - Continence.
  - À besoin d'aide (WC avec aide, urinal, bassin).
  - Incontinence jour ou nuit.
  - Incontinence jour et nuit.
- **Éliminer (selles)**
  - Transit normal.
  - A besoin d'aide (WC avec aide, bassin, laxatif).
  - Incontinence, diarrhée, constipation épisodique.
  - Incontinence en permanence.
- **Se mouvoir et maintenir une bonne posture**
  - Se déplace seul.
  - Se déplace avec aide (cane É) ou avec une personne.
  - Se déplace avec l'aide de deux personnes.
  - Alité en permanence, levé interdit.
- **Dormir et se reposer**
  - Dort naturellement.
  - Dort avec aide (médicament).
  - Réveils fréquents.
  - Insomnies fréquentes.
- **Se vêtir et se dévêtir**

- S'habille, se déshabille seul.
- A besoin du conseil d'un tiers, de surveillance.
- A besoin de l'aide partielle d'un tiers.
- A besoin d'une aide totale.
- **Maintenir sa température**
  - Adapte ses vêtements à la température ambiante.
  - Demande à être protégé.
  - Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante.
  - Garde les vêtements qu'on lui enfile.
- **Être propre, protéger ses téguments**
  - Se lave seul.
  - A besoin d'être stimulé mais se lave seul.
  - A besoin d'une aide partielle (une partie du corps).
  - A besoin d'une aide totale pour se laver.
- **Éviter les dangers**
  - Lucide.
  - Confus et/ou désorienté épisodiquement.
  - Confus et/ou désorienté en permanence.
  - Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres.
- **Communiquer**
  - S'exprime sans difficulté.
  - S'exprime avec difficulté (bégaiement).
  - A besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète).
  - Ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer.
- **Agir selon ses croyances et ses valeurs**
  - Autonome.
  - Est découragé, exprime sa colère, son angoisse.
  - Éprouve un sentiment de vide spirituel.
  - Demande une assistance spirituelle.
- **S'occuper en vue de se réaliser**
  - Autonome.
  - Triste, anxieux.

- Angoissé, opposant, se laisse aller.
- Négation de soi, désespoir.
- **Besoin de se récréer, se divertir**
  - Autonome.
  - Désintéressement à accomplir des activités récréatives.
  - Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives.
  - Refuse d'accomplir des activités récréatives.
- **Besoin d'apprendre**
  - Se prend en charge.
  - À besoin de stimulation.
  - Apathique.
  - Refus, résignation

## **ANNEXES 5 : Les spécificités du rôle professionnel par pays**

Nous n'avons pris l'exemple que sur deux pays pour illustrer le rôle dévolu au professionnel socio-sanitaires soignants (l'infirmier (e)):

### **A). La France**

Issu du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 Code de la Santé Publique, le rôle propre de l'infirmier est précisé aux articles R 4311-1 à R 4311-5.

Article R. 4311-3 explicite : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, décrit par (Walter, B., 1988) des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers :

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- Vérification de leur prise ;
- Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

- Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- Prévention et soins d'escarres ;
- Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- Toilette périnéale ;
- Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

- Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes ;
- Urine : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
- Sang : glycémie, acétonémie ;
- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique ;
- Observation et surveillance des troubles du comportement.

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-6, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
- Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

## **B). Le Québec**

Le législateur a créé l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec inscrit dans le Code des professions. L'OIIQ a le pouvoir de créer un Code de déontologie qui doit être respecté par tous ses membres. Le législateur a également créé une Loi des infirmières et infirmiers du Québec (LIIQ) afin de bien circonscrire le champ de pratique de ces professionnels.

En 2003, il a révisé le champ de pratique de onze professionnels de la santé dont les infirmières en créant la Loi 90 qui vient modifier la LIIQ. Désormais, les infirmières Québécoises ont quatorze activités réservées :

- évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (cela implique un examen physique et mental) ;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;

- entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ;
- entreprendre des mesures de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de la Loi sur la santé publique ;
- effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance ;
- effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance ;
- déterminer les plans de traitement reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;
- appliquer des techniques invasives ;
- contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
- administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
- procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;
- mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance ;
- décider de l'utilisation des mesures de contention.



## ANNEXES 6 : Tableau des principales caractéristiques des modes d'action pédagogique

MODES DE TRAVAIL PÉDAGOGIQUE(MPT)			
Principales caractéristiques	Mode de travail pédagogique de type transmissif a orientation normative (MTP 1)	Mode de travail pédagogique de type incitatif a orientation personnelle (MPT 2)	Mode de travail pédagogique de type appropriatif centré sur l'insertion sociale (MPT 3)
Point d'ancrage du travail pédagogique	<p>1. Les exigences de la vie économique et sociale dans son ensemble.</p> <p>2. Les exigences particulières des conditions de vie des individus et des groupes sociaux.</p> <p>3. Dimensions individuelles des comportements en référence à des normes plus générales de comportement.</p>	<p>1. Chez les personnes en formation, le champ : -des dispositions, motifs, intentions, aspirations; -des forces internes créatrices et dynamiques.</p> <p>2. Le vécu des phénomènes sociaux qui joue sur leur expression et leur libération</p> <p>3. Dimensions interpersonnelles ou dimensions individuelles des relations sociales réelles.</p>	<p>1. Les conditions des situations réelles de la vie quotidienne.</p> <p>2. Le jeu des rapports sociaux qui déterminent la position sociale et le changement social.</p> <p>3. Dimensions sociales réelles des relations entre les personnes.</p>
Logique du travail pédagogique	<p>1. Déterminé l'individu (objet d'influence sociale) est objet de formation.</p> <p>2. Donner une forme par une action didactique centrée sur l'individu</p>	<p>1. Se déterminant, l'individu (sujet de sa propre vie sociale) est sujet de sa formation.</p> <p>2. Induire le développement personnel par des actions de prise de conscience dans le cadre de petits groupes.</p>	<p>1. Déterminé, se déterminant, l'individu (agent d'influences sociales) est agent de sa formation en même temps qu'il agit socialement</p> <p>2. Aider à l'appropriation cognitive du réel par une action pédagogique reliée étroitement aux activités réelles des personnes en formation.</p>

Rapport au savoir	<p>1. Existence d'un savoir objectif et cumulatif.</p> <p>2. Nécessité d'un détour théorique préalable sous la conduite d'un initiateur et d'un guide en vue de mener à des degrés différenciés d'autonomie dans la maîtrise du savoir.</p> <p>3. Pédagogie du modèle de savoir et de l'écart par rapport au modèle</p>	<p>1. Existence de différentes formes de savoir et de non-savoir.</p> <p>2. Nécessité d'une action préalable sur les attitudes et les motivations en vue de dégager ou de renforcer l'autonomie fondamentale de la personne.</p> <p>3. Pédagogie du libre accès motivée aux différentes sources du savoir.</p>	<p>1. Existence d'un double statut scientifique et social du savoir.</p> <p>2. Nécessité d'un cadre et d'outils théoriques en vue de faciliter l'appropriation personnelle du réel dans ses déterminations et ses relations.</p> <p>3. Pédagogie de la dialectique entre théorie et pratique.</p>
Rapport au pouvoir	<p>1. Acceptation du pouvoir pédagogique et exercice direct de ce pouvoir.</p> <p>2. Délégation mineure de pouvoir aux personnes en formation.</p> <p>3. Contrôle quantitatif et étalonné des connaissances : la sanction vient de l'enseignant.</p>	<p>1. Refus de l'exercice explicite du pouvoir pédagogique et exercice de formes non-directes de ce pouvoir.</p> <p>2. Mise en place de certaines modalités de cogestion ou d'autogestion des groupes.</p> <p>3. Contrôle qualitatif et auto-évaluation : la sanction vient du groupe.</p>	<p>1. Reconnaissance du pouvoir pédagogique et traitement de ce pouvoir en relation avec les formes sociales du pouvoir.</p> <p>2. Exercice démocratique du pouvoir dans un travail en commun des formateurs avec les personnes en formation.</p> <p>3. Évaluation en commun des effets réels dans le cadre des activités quotidiennes : la sanction vient de l'œuvre.</p>
Agents principaux du dispositif pédagogique	<p>Didactes instructeurs, enseignants, conférenciers, spécialistes, et détenteurs d'un savoir théorique ou professionnel, imprimant des modèles de pensée et des structures préalables à l'action</p>	<p>Animateurs sachant créer les conditions permettant l'expression de « besoins » et la libération des forces latentes qui fournissent la motivation et l'énergie nécessaire à l'acquisition ultérieure et autodidactique des savoirs et des compétences.</p>	<p>Équipe de formateurs assurant la relation dialectique entre la compétence théorique et la performance effective, et facilitant la relation entre la formation et l'action sur les circonstances de la vie quotidienne.</p>
Effets sociaux	<p>1. Fonction assignatrice et curative : préparer à des rôles donnés ou combler le décalage entre le comportement des individus et des exigences générales et particulières de la société.</p> <p>2. Formation de produits sociaux par l'imposition d'une qualification professionnelle et sociale.</p> <p>3. Reproduction du système des rapports économiques et sociaux existants (reproduction sociale).</p>	<p>1. Fonction équilibratrice et adaptatrice : préparer les individus à s'adapter de façon active aux exigences nouvelles nées d'événements interne ou externe à la société et aux ajustements consécutifs des statuts et des rôles sociaux.</p> <p>2. Formation d'acteurs sociaux susceptible de se resituer dans le cadre de situations sociales qui évoluent sous l'action de changements considérés comme des variables indépendantes.</p> <p>3. Adaptation aux exigences de fonctionnement du système des rapports économiques et sociaux existants (adaptation sociale).</p>	<p>1. Fonction productrice et transformatrice : développer chez les individus à partir de leur position sociale, la capacité de modifier les conditions d'exercice de leurs activités quotidiennes.</p> <p>2. Formation d'agents sociaux susceptibles d'intervenir sur les orientations d'une société par une action opérée à partir des positions sociales occupées et reliant les activités quotidiennes aux enjeux sociaux globaux.</p> <p>3. Production de nouvelles formes de rapports économiques et sociaux (production sociale).</p>

## ANNEXES 7 : corpus lexical du verbatim des entretiens

1 \*\*\*\* \*I.D\_1

2 **E. Bonjour Monsieur le Directeur des Etudes, pourriez-vous présenter en nous indiquant**  
3 **vos statut professionnel**

4 **I.D\_1.** J'ai été formé dans un pays anglophone et le système est un peu différent du système de  
5 chez nous, là-bas les objectifs étaient de former les managers en santé communautaire donc je  
6 suis manager en santé communautaire à part la formation que j'ai reçue au départ comme  
7 ingénieur de télécommunication.

8 **E. Selon vous quels sont les différents modèles de santé qui sont enseignés dans votre**  
9 **établissement ?**

10 **I.D\_1.** Dans notre établissement nous avons le modèle classique comme vous le savez il faut  
11 enseigner les notions de base donc les notions biomédicales qu'on enseigne au départ appuyées  
12 un peu de notion générale de psychologie de sociologie de déontologie et éthique tout ça c'est  
13 pour permettre à l'étudiant de se retrouver dans le cadre de travail qui leur permettra d'exercer ce  
14 qu'on attend d'eux comme tâches.

15 **E. Comment vous les percevez dans le programme de formation initiale?**

16 **I.D\_1.** Oui ma perception disons est favorable à ce genre de programmes quand il fallait de  
17 demander à quelqu'un de prendre en charge hein, la santé d'une personne il faudrait qu'il ait une  
18 notion de base les notions de base en anatomie physiologie les notions de base en pathologie et  
19 en plus de cela il faudrait que l'étudiant lui-même puisse appliquer ces choses sur le terrain mais  
20 malheureusement je ne sais pas peut-être dû au fait qu'on n'accorde pas suffisamment de temps  
21 ou bien que les enseignants eux-mêmes ne sont pas sélectionnés comme il faut pour donner cet  
22 enseignement le plus souvent et on se retrouve le plus souvent avec beaucoup d'étudiants qui ne  
23 peuvent pas lier la pratique à la théorie qui est déjà enseignée alors là cela pose un peu de  
24 problèmes et on tente quelquefois même de remettre en question l'enseignement qu'on donne et  
25 c'est ça qui est un gêne.

26 **E. Les modèles de santé biomédicaux, biopsychosociaux ou la santé holiste en formation**  
27 **initiale, quelle place accordez-vous dans l'enseignement?**

28 **I.D\_1.** Bon, je crois que les modèles que nous avons déjà adaptés et qui est en cours d'exécution  
29 ces modèles-là doivent être maintenus mais la façon d'enseigner maintenant doit changer un peu  
30 en mettant beaucoup plus l'accent sur l'aspect théorique non sur l'aspect pratique. je veux dire  
31 que sur l'aspect théorique pourquoi je dis ça (euh) nous avons des étudiants maintenant qui  
32 viennent ici en première année qui se disent bacheliers mais qui n'arrivent même pas à  
33 s'exprimer en français comment vous pouvez imaginer un bachelier qui ne peut pas exprimer sa  
34 pensée alors là quand l'enseignant se met à enseigner de la manière habituelle avec (...) il est  
35 éloquent utilisant des mots qu'il faut ainsi de suite, je dirai que l'étudiant écoute même le son il  
36 n'arrive pas à comprendre bien le contenu même du cours parce qu'il est gêné par plusieurs mots  
37 utilisés par l'enseignant et que lui-même ne peut pas demander à l'enseignant qu'est-ce que ça  
38 veut dire tels mots ou tels mots au moment où il est en train d'enseigner ce qui veut dire que  
39 d'une générale le cours n'est pas bien compris alors il fallait changer la méthode même de  
40 communiquer ses connaissances aux étudiants et mettre beaucoup plus l'accent sur l'aspect  
41 pratique parce que c'est ça qu'on attend d'eux si on veut constituer une base théorique d'accord  
42 c'est pour qu'il puisse se défendre mais là c'est ça le problème qui se pose mais il faudrait quand  
43 même maintenir cet enseignement du modèle biomédical ou biopsychosocial comme on a  
44 l'habitude de faire mais il faudrait qu'on change un tout petit peu.

45 **E. Après avoir donné un enseignement sur les modèles théoriques en santé quel usage en**  
46 **faites-vous ?**

47 **I.D\_1.** Bon pour les étudiants qu'on enseigne, nous aimerions bien à ce que une fois sur le  
48 terrain, il puisse prendre en charge les patients selon leurs attentes parce qu'il n'est pas dit si on  
49 se met, on se rend sur le terrain voyez-vous certains étudiants n'arrivent pas à poser des

50 questions aux malades pour avoir l'histoire même de la maladie du patient, parce qu'il lui  
51 manque l'expression alors tant que tu n'as pas les informations nécessaires comment tu peux  
52 prendre vraiment en charge le patient c'est ça la question qu'on se pose le plus souvent ! Alors  
53 c'est pourquoi nous l'enseignement qu'on donne nous voudrions bien comme je venais de le dire  
54 qu'ils prennent en charge la santé de ces patients selon aussi leurs attentes alors c'est ça le  
55 problème.

#### 56 **E. Comment vous procédez lorsque vous enseignez ces modèles ?**

57 **I.D\_1.** L'enseignement de ce modèle (euh) quand par exemple on vous donne une matière une  
58 matière à enseigner l'enseignant doit d'abord réfléchir à la maison, je vais enseigner cette  
59 matière comment je vais communiquer. Comment je vais orienter les étudiants, alors là il faut  
60 commencer par l'élaboration des objectifs, tu dois élaborer un objectif ou des objectifs, des  
61 objectifs généraux un objectif général ensuite des objectifs spécifiques du cours et puis donner  
62 aussi une orientation sur l'ampleur du cours qui va avoir lieu donc ensuite tu passes par  
63 l'introduction de l'introduction tu vas sur les généralités et ainsi tu mets l'étudiant dans le bain  
64 de la chose et enseigner il y a encore un autre problème, il ne suffit pas seulement de préparer un  
65 cours, et de venir dicter le cours, tu as mis déjà l'étudiant dans le bain avec tout ce que je viens  
66 de citer, et quand tu enseigne il faudrait que l'enseignant même soit disposé à communiquer avec  
67 les étudiants c'est-à-dire il dicte le cours et il donne l'occasion aux étudiants encore à poser des  
68 questions il faudrait qu'il réponde aux questions parce que un étudiant qui pose une question et  
69 quand tu réponds à la question, il a plus de chance de retenir ça que de (...) même écrire là ça  
70 pose de problème parce que comme je disais tout à l'heure ils n'ont pas l'expression et le mot  
71 que tu dicte même ils n'arrivent pas à écrire ça, et cela pose de problème et donc il faut aller avec  
72 eux de cette manière-là, de ne pas trop aussi donner des détails et si vous donner trop de détails  
73 ils se perdent.

#### 74 **E. Quelle est votre perception d'une manière générale sur les modèles de santé ?**

75 **I.D\_1.** Bon (euh) moi je crois que pour qu'on vraiment honorer les efforts du gouvernement de  
76 pouvoir prendre en charge le problème de santé de ses populations je dirai comme ça, il faudrait  
77 qu'on mette l'accent sur l'aspect pratique, il vraiment mettre l'accent sur l'aspect pratique. Il ne  
78 s'agit pas seulement de bourrer les étudiants avec de théorie, même si tu donnes de théorie il  
79 faudrait qu'à côté quand on souvent à un enseignant d'avoir l'expérience c'est pour cette raison,  
80 tu lis directement ce que tu as donné théoriquement ici à ce que tu as observé sur le terrain. Et là  
81 l'étudiant peut-être une fois il a pendant son moment de stage il a remarqué quelque chose que  
82 lui il n'a pas compris et si tu essaies de lier ces choses au fur et à mesure, je crois que ça rend les  
83 étudiants plus réceptifs à qu'on leur donne donc la perception du modèle est bonne on peut  
84 continuer avec mais à condition qu'on fasse ce que je viens de dire, mettre l'accent sur l'aspect  
85 pratique, enseigner de manière pratique comme ça, cela peut aller.

#### 86 **E. Qu'est-ce pour vous le mémoire professionnel de fin d'études ?**

87 **I.D\_1.** Le mémoire de fin d'études ce document qui est rédigé par un étudiant et au cours de la  
88 rédaction de ce mémoire l'étudiant trouve l'occasion de bâtir de connaissances parce que  
89 généralement on leur demande par exemple de choisir un thème ça veut dire quelque chose qui  
90 l'intéresse et doit faire un exercice de recherche documentaire et puis essayer lui-même par sa  
91 capacité d'analyse de chercher à faire ce que lui il peut faire pour qu'enfin de compte qu'il soit  
92 fier de ce qu'il a fait. Vous savez bien que le mémoire comme je le disais tout à l'heure, c'est un  
93 document de recherche il y a aussi de mémoire dit compilation là où l'étudiant est en train de  
94 ramasser les choses par ci par là et il le met mais le plus souvent il n'arrive pas à les mettre dans  
95 l'ordre voulu aussi. Bon, ça c'est sa manière de faire, il y a aussi mémoire de recherche, et un  
96 mémoire analyse mais le plus souvent dans notre cadre ici j'encourage souvent mes étudiants à  
97 faire le mémoire de recherche c'est-à-dire l'étudiant a perçu un problème, un problème de santé  
98 dans la communauté alors il faudrait qu'il choisisse son thème par rapport à ce sujet et il va  
99 traiter analyser tout et mettre ses connaissances à la disposition d'un jury pour que le jury soit

100 capable d'apprécier sa capacité d'analyse. Donc c'est à peu près ça que le mémoire c'est un  
101 effort résumé je dirais comme ça un effort résumé de tout ce qu'il a fait pendant sa formation.

102 **E. Quelle place accordez-vous aux modèles de santé dans les écrits scientifiques du**  
103 **mémoire de fin d'études comme vous venez d'en parler ?**

104 **I.D\_1.** Bien (euh) comme je venais de dire tout à l'heure, tout converge vers l'amélioration de  
105 l'état de santé de la population. Nous leur avons enseigné un modèle, c'est de connaître euh les  
106 différentes pathologies et on leur donne aussi une base épidémiologique qui leur permet donc de  
107 voir comment se distribue cette pathologie dans la population qui est affectée qui est touchée et  
108 pourquoi ainsi de suite, ainsi de suite (...). alors si maintenant, euh on leur demande de préparer  
109 un mémoire, nous voudrions bien que ils appliquent, ils choisissent parmi les pathologies qu'ils  
110 ont étudiées il faudrait qu'ils choisissent une pathologie qui sévit dans la communauté avec une  
111 certaine ampleur parce que nous voudrions bien voir ça, parce que on se retrouve finalement  
112 maintenant en santé mais pas en médecine seulement mais en santé donc il faudrait que la  
113 pathologie qui frappe une population la frappe d'une certaine ampleur et c'est ça qui attire un  
114 peu l'attention des gens et nous voudrions qu'ils travaillent dans ce sens parce que s'ils  
115 produisent ce mémoire, en principe ce mémoire peut être exploité par des personnes concernées.  
116 Et ce que j'ai remarqué aussi, ces mémoires qui sont pris, ils ont déposé à la bibliothèque, je ne  
117 sais pas on a jamais envoyé un mémoire par exemple on a envoyé un groupe d'étudiants à  
118 l'hôpital Mère et Enfant ils produisent un document dont le thème est intitulé peut-être  
119 prévalence de l'hémorragie de la délivrance peut-être quelque chose de genre, mais si il a un  
120 mémoire, le mémoire normalement un exemplaire devait être envoyé à l'hôpital de la Mère et de  
121 l'Enfant, et les responsables peuvent lire et exploiter, voir et dire ah bon ! La situation là c'est  
122 voilà vous voyez comment est la chose (...). Donc c'est dans sens-là que je voulais dire. Alors  
123 (...) donc nous accordons moi particulièrement quand un étudiant produit un mémoire j'aurais  
124 bien voulu une fois que le jury ait validé ce travail, on envoie un exemplaire là où ils ont fait leur  
125 recherche. Comme ça ça peut constituer aussi je ne sais pas vis-à-vis de l'institution dans lequel  
126 ils ont fait leur travail, ça va donc permettre de changer un peu le fusil d'épaule comme on a  
127 l'habitude de dire (rire) donc la capitalisation des connaissances, parce que eux ils n'ont pas le  
128 temps de faire ça, ils sont là pour l'aspect clinique disons beaucoup plus l'aspect clinique tandis  
129 que l'étudiant il va voir ce se passe et va leur dire voilà ce que vous faites parce que ce que vous  
130 faites là est bon ou mauvais, j'ai rencontré des situations comme ça où les responsables même  
131 ne veulent pas que les étudiants traitent des thèmes comme prise en charge de quelque chose  
132 parce qu'ils pensent que en traitant ce thème, les étudiants seront obligés de critiquer une  
133 pratique donnée, mais alors finalement ça n'a plus de sens ! S'il fallait empêcher ces genre de  
134 choses, ça n'a plus de sens, or le but du mémoire c'est pour améliorer en fin de compte une  
135 situation. Voilà à peu près les soucis que vraiment qui me tente de temps en temps et que si ma  
136 voix puisse être entendue, saurait été bon qu'on applique ce genre de chose pour que les  
137 étudiants soient beaucoup plus pratiques.

138 **E. Comment encourager la professionnalisation en formation initiale, qu'entendez-vous**  
139 **par Professionnalisation par la recherche des agents socio sanitaires au Tchad ?**

140 **I.D\_1.** Ok ! Je crois que nous ici nous formons des sages-femmes diplômées, nous formons des  
141 infirmiers d'Etat diplômés, nous formons aussi des agents sanitaires (assainissement) de santé  
142 d'une manière générale. Alors quand les IDE comme on l'habitude de dire, les IDE et les sages-  
143 femmes choisissent leur thème de mémoire nous aimerions qu'ils choisissent dans le domaine de  
144 leur spécialité. Une sage-femme va choisir un thème qui a trait aux pratiques gynécologiques et  
145 obstétricales. Un IDE va choisir un thème basé plus dans le domaine de pathologie médicale,  
146 pathologie chirurgicale et de la santé aussi d'une manière générale parce que on ne va pas  
147 seulement baser sur la médecine et un IDE peut aussi je l'encourage comme ça peut aussi choisir  
148 un thème qui a un peu de relation avec le domaine de la sage-femme parce que pratiquement  
149 dans les centres de santé de brousse où beaucoup de centres de santé n'ont pas de sages-femmes

150 et si un IDE a touché du doigt le travail de la sage-femme, il ne va pas tourner le dos au travail  
151 qui l'attend là-bas au centre de santé qui n'a pas de sage-femme alors c'est pour quoi pour les  
152 encourager d'avantage à se sentir dans leur peau comme vous venez de dire la  
153 professionnalisation par la recherche, il faut que l'étudiant fasse aussi ce qu'il veut faire. Mais  
154 pas beaucoup imposer parce que si on impose à l'étudiant un thème il a tendance de dire comme  
155 c'est quelqu'un qui m'a demandé de faire, lui-même il ne se met pas dedans comme il le faut  
156 alors ça ne serait pas bon. Donc il y a ces deux aspects là, si tu es sage-femme, tu fais ce qui est  
157 en rapport avec ton travail. Si tu es un IDE aussi tu choisis un thème qui est en rapport avec ton  
158 travail. Mais n'empêche qu'il y ait un peu de chevauchement.

159 **E. Faites-vous le lien entre les écrits du mémoire de fin d'études et la professionnalisation**  
160 **par la recherche ?**

161 **I.D\_1.** Oui, je crois que c'est des choses indissociables. Quand je dis ça nous pouvons demander  
162 aux étudiants, de composer un thème sur tous les aspects de travail du terrain qu'il va faire, parce  
163 que cela n'est pas possible mais néanmoins s'il choisit déjà un thème qu'il traite et qui reflète le  
164 travail du terrain un des aspects du travail du terrain si c'est un étudiant intelligent il va  
165 généraliser cela à tous autres aspects parce qu'il se dirait si je fais un thème sur ça je pouvais  
166 aussi faire sur d'autres domaines et ces choses m'intéressent mais seulement, pratiquement je ne  
167 peux pas prendre tout. Il faudrait qu'il se mette dans la tête quand il prend un aspect, ça sera pour  
168 lui aussi une motivation parce qu'il va foncer dans ce domaine précis et un jour il va se dire je  
169 suis spécialiste en ça, pourquoi pas, parce qu'il a fait une étude il fais une recherche, en faisant  
170 une recherche il a pu mettre à la disposition des gens son mémoire des informations que les gens  
171 ne connaissent pas donc c'est ça !

172 **E. La professionnalisation par la recherche a-t-elle un impact sur le développement des**  
173 **compétences des étudiants en formation ?**

174 **I. D\_1.** Bien, nous avons l'habitude d'envoyer nos étudiants dans les lieux de stage. Quand on  
175 les envoie dans les lieux de stage, en principe on les prépare. Ce ne sont pas de troupeaux de  
176 bœufs ou de troupeaux de moutons où on les déverse dans les pâturages comme ça. Il faudrait les  
177 préparer, les préparer dans trois domaines. Le domaine de savoirs ce qui est déjà fait au cours, le  
178 domaine du savoir-faire et le domaine du savoir-être. Alors quand ils vont partir en stage, on est  
179 toujours tenté de mettre beaucoup plus de l'accent sur le savoir-faire et le savoir-être. Tu peux  
180 connaître, tu peux savoir prendre en charge un malade mais si tu te comportes mal vis-à-vis de ce  
181 malade ça sert à rien ça gâte tout le travail que tu viens de faire alors pour cette raison là nous les  
182 avons envoyé sur le terrain en les préparant d'abord comme ça et arrivé déjà sur le terrain s'ils  
183 sont des gens qui savent mettre en pratique ce qu'on leur dit, ils vont se retrouver donc sur le  
184 terrain de stage avec ce problème de savoir-faire et savoir-être comme ça ils renforcent leur  
185 compétences parce que les théories qu'ils ont apprises ici c'est nul ça va toujours servir, et au  
186 niveau de lieu de stage aussi, les MCD, ou bien les MCH ou bien les majors les réunissent de  
187 temps en temps, on les encourage aussi à le faire ainsi pour leur poser certaines questions d'ordre  
188 théorique ou bien d'ordre pratique pourquoi pas ; et quand je vais derrière les stagiaires, je les  
189 réunissais et je leur posais la question quelles sont les choses qui vous tracassent, quelles sont les  
190 pratiques que vous n'avez pas comprises et que vous n'avez eu le courage de poser la question  
191 au major ou bien parce que savez bien quand on descend sur le terrain on rencontre des  
192 encadreurs qui ne sont peut-être quelquefois pas ouverts aux étudiants aussi et quand je viens de  
193 cette manière, c'est pour renforcer, pour combler certains trous alors on discute entre nous, ils  
194 me posent certaines questions pratiques dans ce cas est-ce qu'il fallait faire bon voilà, voilà,  
195 voilà ce qu'il faut faire ainsi de suite même sur le plan théorique aussi, je leur rappelle ce qu'on  
196 leur enseigne ici et ensuite c'est aussi une occasion pour eux de lier les deux choses et si ces  
197 deux choses sont liées, normalement je crois que les compétences sont déjà là ! Le savoir-faire  
198 plus le savoir-être liés maintenant aux savoirs d'une manière générale, je crois là on a déjà une  
199 image de compétences.

200 **E. Quelle fonction accorder vous au processus de production scientifique d'un type de**  
201 **mémoire de fin de formation par la méthode de recherche ?**

202 **I.D\_1.** Oui, les fonctions accordées au processus de production scientifiques, je crois que on leur  
203 fait le cours d'initiation à recherche et quand on leur fait le cours d'initiation à la recherche, on  
204 leur apprend du début à la fin, on leur apprend les différentes étapes. A commencer par l'analyse,  
205 l'identification analyse de problèmes et on leur apprend une méthode scientifique parce que la  
206 rédaction d'un mémoire exige à ce que une méthode scientifique soit utilisée et si dans  
207 l'utilisation de la méthode scientifique on voudrait mettre l'accent sur les faits qui sont observés  
208 pour que ça soit des faits réels, il faudrait aussi que ce soit (euh) des faits réels observés, nous ne  
209 voulons pas toujours encourager les étudiants qui font des extrapolations et la méthodologie on  
210 leur apprend ça d'une manière vigoureuse, quelle méthode il faut utiliser pour avoir  
211 l'échantillon, parce que tout ça quand vous ne le faites bien, cela va occasionner beaucoup de  
212 biais dans le travail qu'il a fait tout le long du travail il aura de biais. Et la présentation des  
213 résultats, l'analyse de ces résultats je crois que quand l'étudiant arrive à faire de ces  
214 gymnastiques-là. Donc il y a beaucoup de fonctions des sous fonctions qu'on leur demande de  
215 connaître et de les appliquer. Les fonctions par exemple les fonctions d'analyse, il faudrait que  
216 l'étudiant soit capable de constater le résultat qu'il a obtenu et dit dans ces résultats que j'ai  
217 obtenu, quels sont les résultats les plus importants, par rapport aux objectifs qu'il a élaboré quels  
218 sont les résultats les plus importants qu'est-ce les autres, la littérature a dit à propos de ça, et  
219 qu'est-ce-que moi j'ai trouvé sur le terrain, et quelle est mon opinion propre à moi en tant que  
220 chercheur sur cet aspect-là ? Il faut qu'il nous développe cela, ça nous permet donc une fonction  
221 d'analyse nous voulons bien cela soit parce que la fonction d'analyse que j'ai choisi parmi les  
222 différentes fonctions là cette fonction d'analyse est très importante. Cela ne va pas seulement  
223 servir l'étudiant dans la recherche, mais même quand il sera sur le terrain il est obligé quel que  
224 soit les conditions d'assurer la fonction d'analyse. Les malades qui viennent avec les mêmes  
225 pathologies d'un lieu donné pendant un moment donné il faudrait qu'on sache qu'est-ce qui ne  
226 va pas là-bas ! il faut qu'il essaie d'analyser cette situation et trouver une solution à cela. C'est  
227 pour cette raison là que j'ai mis l'accent sur cette fonction d'analyse.

228 **E. Comment le processus d'apprentissage peut-il aider à développer les potentielles**  
229 **capacités d'un futur cadre professionnel ?**

230 **I.D\_1.** Oui, je crois que en bavardant tout à l'heure j'ai touché un peu du doigt cet aspect, quand  
231 un étudiant a été encouragé à choisir un domaine puisque moi le plus souvent je demande à  
232 choisir un domaine qui les intéresse. Alors s'il choisit un thème sur un aspect qui l'intéresse, il  
233 est plus à même de l'utiliser sur le terrain parce qu'il se dit que ça c'est quelque chose dès qu'il  
234 aura à rencontrer une situation pareille, il se dira ah ! Tient, ça c'est mon domaine. C'est déjà pas  
235 mal quand un étudiant se dit que ça c'est mon domaine, c'est déjà pas mal. Nous prenons  
236 l'exemple d'un accouchement dystocique un exemple comme ça, il a travaillé sur ça mais quand  
237 il va faire un accouchement, dès que eh bien c'est un accouchement dystocique, il va se dire tient  
238 qu'est-ce que j'avais écrit dans mon mémoire ! Qu'est-ce que j'avais identifié comme cause de  
239 dystocie ! Et qu'est-ce qu'il fallait faire ! Il va tout de suite se rappeler de ce qu'il a écrit déjà  
240 dans son mémoire. Donc le fait de travailler un mémoire de cette manière, c'est déjà un atout  
241 pour que l'étudiant puisse se retrouver en train de faire ce qu'il doit être fait. Cela est très  
242 important, d'accord dans d'autres domaines, il va dire bon moi je n'ai jamais travaillé sur un tel  
243 thème, mais il ne va pas toujours rester les bras croisés, si c'est un étudiant qui est intelligent, il  
244 va se dire ah, j'avais eu un thème ou bien un camarade a eu un thème de ce genre et j'avais eu  
245 l'occasion de lire son mémoire je crois il a traité ce genre de choses mais tint qu'est-ce qu'il  
246 avait dit là-bas voilà la situation est en face de moi il peut se rappeler quand même sur quelques  
247 éléments si par exemple on demande aux d'assister aux soutenances, c'est important parce que  
248 quand il vient soutenir il essaie de voir lui-même il devient membre de jury d'une manière  
249 passive il est membre de jury il sait ce qui ne va pas, ce qui va bien les réponses données par les

250 impétrants quand les membres de jury ont posé les questions les thèmes qui sont développés  
251 parce que les critiques sont populaires les critiques là le membre de jury le fait de manière  
252 populaire et s'il est un étudiant intelligent, un étudiant sérieux il va déjà gagné beaucoup de  
253 choses dedans. Alors c'est pourquoi il faut aussi encourager les étudiants à assister à la  
254 soutenance de mémoire des autres et ça leur donne aussi une base pour pouvoir élaborer aussi  
255 bien leur travail.

256 **E. Les professionnels de terrain et les étudiants ne lisent pas assez en vue d'acquérir les**  
257 **connaissances professionnelles êtes-vous d'avis ?**

258 **I.D\_1.** (Euh) oui, les étudiants comme je venais de souligner au début nos étudiants qui viennent  
259 bon nos élèves qui viennent du Lycée, et qui sont (rire) appelés ici étudiants, je déplore le fait  
260 qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer et quand on n'arrive pas à s'exprimer bien en français, on ne  
261 peut pas faire une bonne lecture ! Les élèves même ne sont pas encouragés à faire la lecture,  
262 nous quand on faisait le lycée auparavant, le professeur de français nous recommandait des  
263 romans, et il nous obligeait à lire, il nous demandait à faire le résumé et ainsi de suite, en vous  
264 habituant à faire ce genre de choses vous êtes capables même pour une petite lecture vous faites  
265 rapidement l'analyse et puis rapidement vous pouvez dégager quelque chose mais maintenant là  
266 tout est à l'eau les étudiants ne peuvent pas lire je vais voudrait vous dire ceci, j'avais un groupe  
267 d'étudiants pour le mémoire, je leur dis aller à la bibliothèque vous aller rencontrer des  
268 documents qui parlent de ces choses ils sont partis à la bibliothèques et ils sont revenus ils me  
269 disent Monsieur nous n'avons rien trouver parce qu'ils savent pas exploiter un document c'est  
270 grave encore comment si tu ne sais pas exploiter un document comment tu peux écrire un  
271 mémoire le mémoire là c'est les connaissances des autres plus ton organisation à toi pour  
272 pouvoir mettre ces choses de manière logique mais si tu n'arrives pas à lire à exploiter à  
273 découvrir que ça c'est un élément qui vaut pour ton mémoire qui est utile et si tu n'arrives pas  
274 distinguer cela ils lisent comme ils lisent un journal c'est tout ça c'est encore un problème très  
275 sérieux il faudrait qu'on puisse trouver une solution à ça. L'étudiant doit lire, il doit lire et quand  
276 il prend le mémoire de son ami il est capable de lire cela et dire à son ami que moi je ne suis pas  
277 d'accord avec tel ou tel aspect que tu as écrit, c'est possible tout ça c'est possible. Maintenant ils  
278 ne peuvent pas ils lisent toujours de manière passive, ça ne va pas. Une lecture scientifique là il  
279 faudrait la lire avec intelligence éveillée, sans cela c'est très compliqué.

280 **E. Selon-vous quelle est la vraie problématique de la formation des agents socio sanitaires**  
281 **au Tchad ?**

282 **I.D\_1.** En matière de santé, la santé concerne un individu et la santé est un concept très cher.  
283 Pour cela, la formation en matière de santé, doit être bien suivie. Je dis ceci, par rapport au  
284 recrutement, on commence par le recrutement. Le plus souvent dans nos écoles actuelles, le  
285 recrutement n'est pas fait comme cela se doit. On fixe une barre. On fait passer le test de  
286 recrutement. Et après on se retrouve avec peu d'étudiants qui sont au-dessus de la barre. Et on  
287 pose le problème économique, on dit mais, si on prend ces étudiants, nous ne pouvons pas  
288 survivre, descendons et on descend, on descend, on descend jusqu'à 05/20 de moyenne. Qu'est-  
289 ce que vous allez faire avec des étudiants qui ont eu 05/20 de moyenne au recrutement ? Qu'est-  
290 ce qu'on va faire avec ceux-là ? Et quelque fois on trouve des arguments on dit, bon le Ministère  
291 nous a accordé un quota, mais nous n'avons seulement que 10 candidats admis, or le Ministère  
292 nous en avait accordé 15 et ceux franchissant la barre ne sont que 10, mais pourquoi ne pas  
293 prendre puisque on a des places vides. On prend et on descend toujours c'est occasion de  
294 descendre toujours, mais je dis ceci, en faisant cela, on n'est pas sûr je ne dis pas que ceux qu'on  
295 a pris en dessous de la barre sont toujours des mauvais éléments. J'ai eu exemple comme ça, je  
296 l'ai fait exprès. J'ai pris un étudiant lors de recrutement, je dis mettons celui-là dans une barre, il  
297 n'avait pas la moyenne, on l'a mis dedans, c'est au vue de tout le monde et les membres de jury,  
298 je dis mettons celui-là voir, c'est l'expérience que je voulais faire, curieusement celui-là il a été  
299 toujours major pendant la durée de toute la formation. C'est pourquoi je dis, je ne dis pas que



300 tous ceux qu'on prend en dessous de la barre sont toujours de mauvais éléments, mais c'est  
301 risque quand même qu'il faut reconnaître, ça c'est un, le recrutement pose à son niveau ce  
302 problème.

303 Deuxièmement, la formation les enseignants eux-mêmes là, il faudrait que ce soit des  
304 enseignants expérimentés. Je crois que le problème n'est pas le problème de diplôme. Parce que  
305 le plus souvent quelquefois on dit il faut qu'il soit d'abord ça. Or, il y a des gens qui n'ont pas de  
306 diplôme, mais très éveillés mais qui sont très expérimentés. Ils savent communiquer, ils  
307 enseignent les étudiants même apprécient et ils sont terre à terre. Je crois s'il y a l'occasion  
308 d'identifier ces genre d'enseignants-là, on peut les exploiter au lieu de prendre un docteur qui ne  
309 sait même pas communiquer. Il sait pour lui mais il ne connaît pas pour communiquer aux  
310 autres. Ça c'est un problème sérieux et en plus de ça comme il y a déjà des écoles qui sont  
311 multipliées dans N'Djaména, il y a pénurie d'enseignants vraiment d'enseignants expérimentés  
312 là, on est en train d'utiliser les étudiants. On utilise les étudiants en médecine, moi quand j'étais  
313 Directeur des études là j'ai reçu combien des dossiers des étudiants en médecine, de 4<sup>ème</sup> année,  
314 de 5<sup>ème</sup> année, de 6<sup>ème</sup> année tout ça. Je me dis à moi hein, toi tu es étudiant, tu connais même pas  
315 la pédagogie, tu viens demander à enseigner, tu veux communiquer quoi ? Est-ce que tu la  
316 méthode d'accord, il n'y a des gens qui ont des dons, un étudiant de 5<sup>ème</sup> année, de 6<sup>ème</sup> année  
317 peut bien communiquer s'il a un don, mais je suis sûr si tu as un don ou pas. Et si je t'engage, tu  
318 vas constituer donc un problème déjà pour moi. Donc parmi les enseignants là, il y a des gens  
319 qui ne sont pas pour l'enseignement, mais ils sont là. Et puis il y a des erreurs qui sont  
320 commises, moi je suis le DE je recrute les enseignants, celui-là est mon ami, ou bien celui-là est  
321 mon parent, je le recrute mais qu'est-ce qu'il va faire devant les étudiants. Il va prendre un livre  
322 préparer et écrire ce qu'il y a là-dedans et c'est pour aller dicter, dicter, dicter (...) quand  
323 l'étudiant pose de questions il ne répond pas, ou bien il se fâche, les enseignants ont beaucoup de  
324 techniques pour refuser ou bien pour dévier des questions comme ça posées par les étudiants  
325 mais cela me fait mal moi, ça me fait mal. Moi quand je dicte, je dicte, je dicte et je demande  
326 poser des questions, est-ce que passe ?, tout le monde a compris ?, est-ce qu'on peut avancer ?  
327 Moi je veux un enseignant qui tient comme ça devant les étudiants et leur dit, quelle question  
328 vous voulez me poser, il faut les encourager quelquefois ils refusent de poser des questions, mais  
329 il va les exciter pour qu'il y ait une interaction, il va désigner même les étudiants, si personne ne  
330 parle, il désigne. C'est pour encourager ce genre de choses. Et il y a des enseignants disent je  
331 voudrais même que (...) si vous ne connaissez pas l'élément de réponse, donnez-moi, dites-moi  
332 des bêtises que vous avez entre vos lèvres, dites-le moi, je vais bâtir de bonne chose sur ça. Vous  
333 voyez ça, ce sont des gens qui savent communiquer. Mais, ce n'est pas souvent le cas. Donc, on  
334 a de problèmes de qualité d'enseignants aussi à part le recrutement que nous avons parlé tout au  
335 début. Et si on met l'accent beaucoup sur l'aspect, c'est la troisième problématique hein, quand  
336 on met beaucoup l'accent sur l'aspect financier là, ça risque de tout gâcher. J'ai déjà souligné ça  
337 là-bas qu'il fallait trouver un nombre écrasant d'étudiants d'abord c'est faux, deuxième aspect,  
338 les écoles privées là elles survivent grâce aux frais payés par les étudiants. Si on ne paye pas les  
339 frais, on renvoie l'étudiant, vous comprenez, l'étudiant est bloqué à la porte pendant peut-être  
340 une semaine, c'est normale, parce que le fondateur lui son but c'est d'avoir de l'argent c'est bien,  
341 mais, moi en tant que technicien ou bien en tant que le Directeur des études cela me fait trop  
342 mal. L'étudiant que tu formes là, tu dis que tu es en train de donner une bonne formation, j'ai des  
343 professeurs expérimentés, j'ai ceci tout marche bien, mais en fin de compte ton étudiant là va  
344 avoir beaucoup de trou, parce qu'il n'assiste pas au cours à cause de cela. Le fondateur celui qui  
345 a créé l'école va dire tant pis pour l'étudiant parce qu'il a pris un engagement d'accord, mais  
346 c'est toujours un problème hein, c'est toujours un problème (...), donc là encore vraiment la  
347 professionnalisation dans les conditions pareilles, c'est mise en cause, c'est sérieux. Voilà donc à  
348 peu près, moi je ne fais que relever, il y a encore d'autres choses (rire).

349 **E. Quelle solution proposeriez-vous pour qu'il y ait un changement dans notre système de**  
350 **formation, changement de comportement des dirigeants pour une formation de qualité de**  
351 **nos futurs cadres professionnels ?**

352 **I.D\_1.** Oui, euh c'est un avis, il n'est pas dit que c'est un avis très valable, mais c'est mon avis  
353 tout de même. Il faudrait que ces écoles, les fondateurs là se mettent ensemble. Il faut qu'ils  
354 essaient de voir où est-ce que nous allons avec tout cela ? Avant tout, qu'ils essaient de voir tout  
355 ça, où est-ce que nous allons avec la formation, nous formons les gens là pourquoi ? Est-ce que  
356 nous formons les gens pour avoir l'argent ou nous formons les gens pour aider l'Etat avec la  
357 population et là il est bon d'essayer de trouver quand la question serait posée comme ça, chacun  
358 va essayer de dégager les idées et vous essayer de réaffirmer leur position par rapport à ça, un.  
359 De deux, il faudrait que l'Etat lui-même s'implique d'avantage. L'Etat avait donné des  
360 autorisations des ouvertures des écoles. Mais, je crois que l'Etat ne suit pas bien ces écoles-là. Il  
361 ne suit pas bien les écoles, il laisse les gens à faire de n'importe quoi au niveau de ces écoles.  
362 Même le recrutement comme je venais de souligner tout à l'heure-là, il y a ces écoles-là où l'Etat  
363 avait mis des gens : vous vous suivez ce travail avec eux. Mais il y a des fondateurs qui  
364 s'arrangent à venir corrompre ceux que l'Etat a mis pour les suivre sur les terrains. L'Etat t'a dit  
365 de recruter 50, mais ils vont baratiner ces gens qui sont placés par l'Etat en disant non, non, non  
366 il faut ajouter 10 pour que ça nous fait 60, pourquoi il faut ajouter, tu as déjà tout mis en branle  
367 en acceptant de (faire, bon d'accord mais prochainement cela ne plus être comme ça... !). Vous  
368 voyez le problème ? Pourquoi accepter de prendre 60 ? L'Etat avait dit 50, il faut que cela reste  
369 50. Ils sont tentés toujours à faire ce genre de choses. Bon, alors qu'est que l'Etat peut faire en ce  
370 moment, je me pose encore cette question, dans ces conditions l'Etat dira, mais j'ai mis déjà des  
371 gens pour suivre ces choses. Mais quand ces gens se laissent encore corrompre, qu'est-ce que je  
372 peux faire ? Ça c'est un problème sérieux. L'Etat doit mettre à la disposition des gens un  
373 programme. Il doit veillez sur les enseignants qu'on recrute pour enseigner, ce sont lesquels ?  
374 Est-ce qu'ils ont de l'expérience ? Non, non, non moi je m'en fou de diplôme hein, mais est-ce  
375 qu'ils ont de l'expérience pour enseigner ? Parce que si je me rappelle bien, quand j'étais en  
376 formation, nos enseignants ce sont des gens qui ont travaillé sur l'outil mince, ce sont des gens  
377 qui ont enseigné pendant des années et des années ils sont pratiques, ils sont vraiment pratiques,  
378 bon comme je le dis peut-être vous allez me dire encore que c'est un système anglo-saxon (rire)  
379 ils ne sont pas comme les autres, donc c'est ça, cela est important. Et puis l'Etat s'il voit que le  
380 nombre que j'ai imposé soit respecté, pourquoi l'Etat ne peut pas comment dirais-je financer un  
381 peu une partie des activités ? Pourquoi l'Etat ne peut pas affecter certains enseignants dans des  
382 écoles privées ? Ce serait aussi une occasion, ce sont ses yeux ! Il peut convoquer cet enseignant  
383 dit-moi, qu'est-ce qui se passe là-bas, et l'enseignant peut dire exactement ce qui se passe sur le  
384 terrain ! Pourquoi pas ? Alors donc, c'est la manière dont l'Etat doit utiliser pour s'implanter  
385 même je dirais comme ça même peut-être s'implanter dans les écoles ! Et comme ça, il a une vue  
386 sur le problème et il peut décider encore d'avantage. Pour la plus part des fondateurs ça moi je  
387 dis la plus part sont des commerçants hein, et quand on part avec l'esprit de commerce, que je  
388 vais créer cette école parce que l'école rapporte beaucoup d'argent, on va se retrouver alors avec  
389 un nombre comme ça, pléthorique. Ça ne vaut pas la peine ! Nous on était combien en classe à  
390 l'époque, on était 17 étudiants et on est assis devant l'enseignant comme ça, on se connaît tous et  
391 il peut vous voir, l'enseignant peut vous demander de parler plusieurs fois, pendant une séance  
392 vous tous hein, vous parlez ! Il n'y a pas quelqu'un qui ne parle pas. Mais là, ça met l'étudiant en  
393 veille. Quand les étudiants sont nombreux comme ça il y a certains qui dorment. Et moi quand  
394 j'enseigne quelquefois je regarde un étudiant en face, il a tendance à se cacher, parce qu'il sait  
395 peut-être je vais le désigner, ça c'est quel étudiant ça ? Tu es venu c'est pour apprendre ! C'est le  
396 gros problème et puis peut-être un autre problème, un autre aspect, les parents même là, ils  
397 partent avec la notion de débouchée. Je vais envoyer mon fils là-bas il va trouver du travail, non,  
398 ce n'est pas ça, ce n'est pas ça ! Il faut que l'étudiant ait une motivation personnelle au départ.

399 Comme ça quand il vient, il sait ce qu'il cherche. Mais il y a beaucoup d'étudiants qui ne savent  
400 même pas ils sont venus ici pourquoi faire ils ne savent pas. Parce que leurs parents les ont  
401 envoyés ici, c'est un débouché. Voilà monsieur nos problèmes.

402 **E. Les programme de formation, sont-ils uniques comme dans tous les autres**  
403 **établissementsou bien sont-ils différents ?**

404 **I.D\_1.** Bon ici chez nous, on a fait un effort s'il faut prendre le cas particulier de Toumaï. On a  
405 fait un effort, on a pris le programme de l'Ecole Nationale des Agents Sociaux et Sanitaires  
406 (ENASS), je dis que c'est l'Etat, l'Etat fait ce qu'il veut. Parce que ces gens vont être employés  
407 par l'Etat. On a pris le programme de l'ENASS qu'on a utilisé et puis on respecte même le  
408 volume horaire en tant que Directeur des études, je suivais même les enseignants. Je respectais  
409 les volumes horaires ; il a enseigné pendant (...), il a enseigné quoi ? On fait tout ça. Donc on  
410 respecte le programme de l'ENASS à notre niveau ici. Mais, je ne peux me prononcer pour les  
411 autres écoles. Et ici aussi on a pas utilisé les étudiants en médecine comme enseignant. J'ai  
412 toujours mis leurs dossiers à côté. Et puis peut-être pour faire rire, euh il y avait des médecins  
413 Guinéens qui sont venus me voir avec leurs dossiers, et ils viennent de sortir nouvellement de  
414 leur école de médecine, je ne les ai même pas employé, ça c'est entre nous, parce que je n'avais  
415 pas, je ne suis pas sûr que je suis en train de recruter un enseignant compétent. Je ne suis pas sûr,  
416 voilà. Donc, nous nous respectons le programme de l'ENASS et la formation, je dirais que on  
417 n'a pas été recruté les gens dans la rue, effectivement il y a des gens qui sont diplômés, mais ils  
418 sont diplômés de quelle manière ils n'arrivent pas à communiquer comme il se doit. Je ne dis pas  
419 qu'ils ne connaissent rien non, ils n'arrivent pas à communiquer parce que nous nous attendons  
420 que l'enseignant soit capable de communiquer ses connaissances pour l'autre, mais si toi tu ne  
421 connais pas communiquer moi je ne te prends pas pour un enseignant compétent, voilà là le  
422 problème !

423 **E. Nous vous remercions et nous vous demandons d'être disponible le jour où nous allons**  
424 **revenir encore vers vous pour certaines informations, merci !**

425 **I.D\_1.** Merci bien ! je me réserve moi aussi de vous remercier parce que à travers les questions  
426 que vous avez posées, il y a bien sûr des idées de perception de modèles de santé et du processus  
427 d'apprentissage derrière la tête, et ça m'a permis aussi de remettre sur la planche pour qu'on  
428 puisse voir ensemble. Je crois que c'est une bonne occasion, (euh...) que nous ayons causé sur  
429 ces choses qui sont vraiment primordiales et qui concernent la santé des populations tchadiennes.

430  
431 **\*\*\*\* \*I.D\_2.**

432 **E. Bonjour Monsieur le Directeur, l'enseignement théorique et pratique des modèles**  
433 **biomédical biopsychosocial ou holistique en formation initiale des agents socio sanitaires,**  
434 **quelle est votre perception sur ces modèles dans la formation ?**

435 **I.D\_2.** Je tiens à vous remercier pour me donner cette occasion pour contribuer un peu à vos  
436 travaux de recherche, dans le cadre de votre thèse, effectivement comme vous l'avez dit, les  
437 modèles de la santé repose essentiellement sur nos cursus, sur nos différents curricula qui  
438 viennent d'être révisés, et dont la mise en œuvre va beaucoup plus par rapport à ce curricula  
439 serait à partir de cette année, mais, sinon c'était toujours l'approche par objectif qui a été  
440 toujours enseignée et nous basculons vers l'approche par compétences et cette approche a  
441 effectivement des exigences entre autre même la formation même de ces enseignants, des  
442 encadreurs. Jusque-là il faut se dire que une formation qui repose essentiellement sur beaucoup  
443 d'expériences sur la recherche et là je crois que un certain nombre d'éléments qui devront n'est-  
444 ce pas, être revus et corrigés par rapport à nos insuffisances, mais sinon jusque-là c'est une  
445 formation en alternance théorique/pratique, pratique sous-entend les TD/TP qui se font en salle  
446 de démonstration ici et suivi de stage entre les aspects que nous avons développés jusque-là. On  
447 a tenu compte puisque le cursus est un de trois ans, la première année la théorie prend à peu près  
448 80% et les 20% sont réservés pour les pratiques. La deuxième année c'est fifty-fifty 50 % théorie

449 et 50% pratique et la 3<sup>ème</sup> année c'est l'inverse de la 1<sup>ère</sup> année, 80 % de pratique et 20 % de  
450 théorie. Donc, d'emblée par rapport à votre question, jusque-là c'est bon, mais maintenant c'est  
451 la mise en œuvre que nous nous heurtons à certains problèmes dont je viens d'évoquer.

452 **E. Quelle place accordez-vous aux modèles de santé dans les écrits scientifiques de mémoire**  
453 **professionnel en fin d'études ?**

454 **I.D\_2.**Au fait, il faut se dire que nous accordons une place de choix aux modèles de santé dans  
455 les écrits de mémoires ! Pour preuve, c'est une obligation à l'obtention de diplôme d'Etat  
456 d'Infirmier. Voilà ce que je peux dire. Ça veut dire qu'on accorde effectivement une place  
457 vraiment de choix.

458 **E. L'application de savoirs en professionnalisation par la recherche, qu'est-ce c'est pour**  
459 **vous le mémoire de fin d'études ?**

460 **I.D\_2.**Bon, en deux mots hein ! Je dirais une dissertation posée sur un savoir savant. Le mémoire  
461 en réalité c'est un travail de résultat de recueil de données, d'analyse et de réflexion sur un  
462 thème précis, délimité permettant effectivement à l'étudiant de clarifier ses idées d'une façon  
463 logique et rigoureuse. On met beaucoup plus l'accent sur cet aspect. Maintenant l'un dans  
464 l'autre, thèse mémoire, en fait thèse proposition terre à terre hein ou théorie qu'on tient pour  
465 vraie, qu'on s'engage n'est-ce pas, à défendre par des arguments mais à la différence près moi je  
466 pense c'est un ouvrage par rapport à la thèse présentée pour l'obtention d'un doctorat à ma  
467 connaissance.

468 **E. Percevez-vous un lien entre les écrits scientifiques de mémoires et la**  
469 **professionnalisation par la recherche ?**

470 **I.D\_2.**Le lien en fait, d'emblée généralement le lien est évident, il faut se dire que à travers cette  
471 recherche, la recherche en fait, c'est pour trouver des solutions à des problèmes, c'est déjà  
472 fondamental. Parce que en fait on ne fait pas la recherche pour le plaisir de rechercher, c'est la  
473 base toujours d'un problème c'est peut-être des choses qu'on n'arrive pas à expliquer d'une  
474 manière scientifique, là effectivement on fait de la recherche pour résoudre effectivement un  
475 certain nombre de problèmes dans nos structures question banale, une structure où le taux de  
476 fréquentation est faible on doit se poser la question pourquoi ? Effectivement est-ce que c'est par  
477 rapport aux compétences de l'agent, est-ce que la population n'a pas été suffisamment informée  
478 sur certains de ces aspects ? Effectivement voilà un peu le lien qui crève les yeux.

479 **E. Les écrits scientifiques de mémoires dans les écoles, relatent-ils une action de**  
480 **professionnalisation par la recherche ?**

481 **I.D\_2.**Il faut se dire que les thèmes sont toujours et ont le lien déjà avec la recherche. Parce que  
482 quelqu'un qui n'est pas du domaine ne peut pas n'est-ce pas mener la recherche dans ce  
483 domaine-là. Et faute des spécialistes en ce moment, sur la base déjà de ces mémoires dont x ou y,  
484 ils deviennent d'emblée des spécialistes compte tenu de l'insuffisance criante de nos  
485 professionnels. Et là je peux peut-être aller au-delà quand vous prenez les thèses de nos étudiants  
486 en médecine faute de spécialistes pour tel, pour avoir écrit et défendu une thèse sur tel aspects,  
487 faute justement de ces professionnels, je dirais certifiés ils font office des spécialistes dans ces  
488 domaines.

489 **E. La professionnalisation par la recherche, a-t-elle un impact sur le développement de**  
490 **compétences professionnelles des étudiants ?**

491 **I.D\_2.**Bon il faut se dire hein, que la production de ces écrits scientifiques ou professionnels  
492 d'emblée on voit leur impact dans les suggestions et recommandations, produits par nos  
493 différentes structures hein, et là ça permet effectivement ces suggestions et recommandations  
494 aident en tout cas à développer les compétences d'un cadre professionnel, (euh...) je dirais  
495 professionnel. Comme on l'a dit, j'ai dit en face, je l'ai déjà dit peut-être autrement terre à terre  
496 dans les injections par exemple, exemple aussi banal, vous allez trouver peut-être dans une zone  
497 de responsabilité donnée, où il y a assez des abcès, n'est-ce pas ? Effectivement les écrits  
498 rapports sur ces aspects-là vont éveiller déjà à corriger ces lacunes.

499 **E. Comment encourager la professionnalisation par la recherche des étudiants socio**  
500 **sanitaires en cours de formation ?**

501 **I.D\_2.** Bon, l'encouragement en tant que tel nous mettons l'accent surtout sur les ouvrages, ça il  
502 faut se le dire chaque année dans le budget on prévoit quand même une ligne par rapport au  
503 renouvellement de ces ouvrages parce que nous, dans le domaine scientifique il faut se dire que  
504 on est obligé de renouveler ou plutôt de nous approvisionner avec de nouveaux ouvrages, ça  
505 c'est le premier aspect. Le deuxième aspect, on a le nouveau curricula on a intégré  
506 l'informatique, on a déjà une salle d'informatique avec le nouveau curricula. Euh, les cours  
507 d'informatiques seraient introduits à partir de la 2<sup>ème</sup> année, là déjà cette année on a pu mettre,  
508 euh on a pu équiper cette salle d'informatique avec des ordinateurs, et maintenant nous sommes  
509 dans le projet en tout cas de connexion. Puisque en fait, la recherche c'est ça aussi. A travers la  
510 connexion bien sûr à haut débit pour nous permettre justement d'avoir assez d'informations pour  
511 nos étudiants et élèves. Voilà un peu ce que nous sommes en train de faire maintenant pour les  
512 encourager dans leur recherche, et le processus de développement les outils qu'on mettra à leur  
513 disposition en faveur de la professionnalisation de nos étudiants en cours de formation.

514 **E. Les dysfonctionnements dans le système de la formation, selon vous comment le**  
515 **processus d'apprentissage de production des écrits scientifiques de fin de formation peut-il**  
516 **aider à développer les potentielles capacités de compétences d'un cadre professionnel ?**

517 **I.D\_2.** Bon, en fait les écoles de pensée peut-être pour revenir puisque je n'étais pas, je pensais à  
518 ces écoles de pensée, que ce soit béhavioriste ou cognitiviste ou maintenant on parle  
519 d'humaniste, et justement dans chaque école a ses courants de pensée. Maintenant le vrai  
520 problème il faut être concret pour être concret, c'est à travers surtout les expériences et comme je  
521 l'ai dit la recherche sur le terrain nous amène effectivement à parfois à poser un diagnostic et  
522 c'est là effectivement tel que c'est posé des recommandations s'en suivent. Mais maintenant  
523 comme je l'ai dit, c'est la mise en œuvre. C'est la mise en œuvre qui fait que parfois nous  
524 sommes limités il faut le reconnaître peut-être que nous n'avons pas toujours les moyens euh, de  
525 notre politique pour je dirais traduire euh, tout ce que nous pensons faire, améliorer cette manière  
526 de faire. Voilà ce que de manière brève, je dirais un peu peut-être très théorique pour le moment  
527 et qui constitue effectivement une difficulté puisse la recherche pour obtenir un parchemin c'est  
528 différent que quand c'est vraiment une recherche où on doit chercher à corriger une situation  
529 professionnelle donnée. Puisque on sait que la recherche quand même ça nécessite des moyens,  
530 des ressources assez et ce n'est pas évident que nos étudiants ici ont des moyens comme il se  
531 doit, et là généralement on interpelle ou disons-nous, on transmet fidèlement ces  
532 recommandations d'une autre manière pour avoir l'appui du gouvernement pour corriger ces  
533 lacunes-là. Et là effectivement nous avons souvent été accompagnés chaque fois que les  
534 ressources nous les permettent. Voilà ce que je peux dire Monsieur, Monsieur Mounou !

535 **E. Quelle est la vraie problématique de la formation des agents socio sanitaires au Tchad ?**

536 **I.D\_2.** Bon, en fin ça se résume à une insuffisance sur trois aspects que je dirais clefs dans la  
537 formation. Il y a le volet je dirais l'organisation de la formation, ça c'est important, carence des  
538 enseignants qualifiés comme tels dans le domaine, absence aussi des textes officiels ça aussi il  
539 faut se le dire quand vous prenez les ERSASS qui jusque-là non pas de textes, repose  
540 essentiellement sur nos épaules. Donc ça constitue effectivement aussi un problème. Et on peut  
541 aussi parler également de l'absence d'un cadre juridique, si vous voulez d'accréditation, de  
542 coordination ou tout simplement de supervision, ça c'est le volet organisation. Mais il y a aussi  
543 le volet planification parce qu'en fait le volume de travaux pratiques par exemple, n'est pas  
544 toujours enseigné, le suivi également c'est toujours dans la planification, et enfin je dirais même  
545 insuffisance aussi dans l'évaluation. Parce qu'en fait il n'y a pas je dirais un mécanisme formel  
546 pour évaluer si nous voulons faire appliquer l'approche par compétence. Donc ce sont un peu là  
547 les problèmes que je dirais qui se résument en une insuffisance par rapport à ces trois je dirais  
548 fonctions : organisation, planification et évaluation.

549 Nous avons sur ce plan déjà par rapport au premier volet hein, que je dirais l'organisation, déjà il  
550 y a le plaidoyer dans ce sens, par rapport à la formation continue des enseignants puisque on est  
551 déjà dans le processus de réforme même de nos textes, là il y a lieu déjà d'envoyer les  
552 enseignants en formation. C'est un problème assez important. Par rapport aux textes qui sont en  
553 ce moment dans les circuits, au niveau même du gouvernement qui vont sûrement être revus. Par  
554 rapport à l'accréditation il y a déjà reçu euh un consultant de l'OMS, qui nous a déjà tracé les  
555 chemins et je crois que dans les années qui vont suivre, ce projet verra le jour. Maintenant par  
556 rapport au TD/TP comme je l'ai dit là également, il y a ce problème d'enseignants qui se pose.  
557 Les TD/TP il faut nécessairement que la personne qui enseigne cela doit quand même avoir la  
558 compétence professionnelle requise, sinon il aura toujours tendance à fuir. Ça c'est un aspect  
559 important, comme nous n'avons pas assez d'enseignants, on ne va pas non plus fermer, et là  
560 effectivement on a fait appel souvent parfois à des vacataires cadres professionnels du terrain  
561 qui interviennent pour nous aider dans ce sens. Maintenant l'approche par compétence,  
562 l'évaluation, en termes de cette approche par compétence comme je l'ai dit, avec le nouveau  
563 curricula, il faut nécessairement former là également ça ressort dans notre document plaidoyer  
564 qu'on a intitulé formation continue des enseignants, je pense que dans un proche avenir, on  
565 pourra n'est-ce pas effectivement faire à cette situation. Voilà le chemin sur lequel nous y  
566 sommes, et nous pensons tenir à tout le coup.

567 **E. En conclusion, pourriez-vous nous donner votre opinion générale sur tout ce que nous**  
568 **venons de voir ensemble**

569 **I.D\_2.**Bon, peut-être hein, la conclusion au fait, la formation c'est quand même un domaine qui  
570 nous tient à cœur. Et si ça nous tient à cœur euh, notre souci c'est par rapport au produit. Ce  
571 produit-là, doit être un produit de qualité. Ça veut dire il doit être compétent. Et pour que ce  
572 produit soit de qualité, il faut un certain nombre de principes qu'on doit respecter. Maintenant  
573 comme je l'ai dit il y a des pistes, des réflexions maintenant qui sont en chantier, et il y a  
574 également un aspect que je n'ai peut-être pas évoqué, par rapport à la pléthore des écoles de  
575 santé. Je veux parler des écoles privées et là déjà la formation de nos agents se fait sur le terrain  
576 de stage. Compte tenu de cet effectif pléthorique, le problème se pose avec acuité. De ce côté je  
577 crois que avec l'examen unique de certification a été initié par le Ministère et qui a donné le  
578 résultat, je pense que à la longue ce problème va trouver de solution. A partir du moment où  
579 c'est déjà un souci pour les hautes autorités, le chef de département même a pris le dossier en  
580 main, je crois que dans un avenir proche ce problème également va être résolu. Puisque en fait  
581 avec cette pléthore des élèves, insuffisance des sites de stage, manques des encadreurs sur le  
582 terrain, on ne peut pas s'attendre quand même à un produit de qualité. Je crois que voilà la  
583 conclusion que je peux apporter, c'est vrai il y a eu des problèmes c'est un constat, les  
584 compétences étaient plus ou moins décrites, je pense que maintenant avec cette nouvelle  
585 formule, euh, pour régulariser ce processus même de ces écoles pour que ces écoles rentre quand  
586 même dans la logique. Ça c'est important à partir du moment où nous n'avons vraiment pas des  
587 textes aussi clairs pour donner quitus à telle ou telle école, etc., je crois que c'est toujours pas  
588 facile. Et là je l'ai dit il faut nécessairement que nous revenions sur cet aspect d'accréditation,  
589 c'est déjà le début une accréditation, il faut une coordination assez efficace et puis il faut une  
590 supervision régulière. Je pense que si on met ces éléments, je pense que le résultat va être quand  
591 même bon. Et je pense que ce n'est pas trop tard et à partir du moment où c'est déjà lancer, dans  
592 un proche avenir comme je l'ai dit hein, le résultat serait satisfaisant. Moi je pense qu'il faut  
593 peut-être hein, il faut repartir un peu dans l'histoire ça date de quelques années. Avant que je  
594 n'arrive, effectivement ce problème a soulevé, euh, euh, a été soulevé et les recommandations  
595 c'est qu'il faut organiser euh, un examen unique d'entrée, un concours d'entrée pour tout euh, les  
596 candidats qui ambitionnent faire la santé. Malheureusement euh je crois que deux années de  
597 suite, on n'a pas pu effectivement recruter comme il a été prévu. Puisque le jury pouf ! Candidat  
598 admis pouf ! Au fait il faut se dire que les, les, les, effectifs qui ont été retenus, ce quota n'a pas

599 été respecté par les établissements privés. Donc les privés ont continué à recruter en dehors  
600 même de ce texte, de ce concours national organisé. Effectivement c'a continué. Et  
601 effectivement depuis que je suis arrivé ici, on a fait une fiche justement pour expliquer ce  
602 problème à la hiérarchie et c'est comme ça que la hiérarchie nous a compris et nous avons  
603 suspendu ces concours d'entrée avec toutes les écoles privées compte tenu de leur statut qui  
604 également différent. Donc nous sommes revenus à notre ancien système qui constitue à organiser  
605 un concours d'entrée pour toutes les écoles publiques. Mais effectivement compte tenu de ces  
606 dégâts c'est en fait comme vous l'avez si bien dit, c'est l'être humain ! Et c'est pourquoi suite à  
607 ces, ces problèmes soulevés, qu'effectivement le Ministère a pris la décision de tamiser à la fin,  
608 c'est pourquoi il y a eu cet examen unique de certification qui a donné le résultat que vous savez.  
609 Sur les 5000 et quelques là, lauréats des écoles publiques ils étaient à peine 700 candidats pour  
610 pouvoir passer le test et à être admis réellement. Ça veut-dire qu'effectivement nous avons pris  
611 quand même, on a délivré le diplôme à ceux qui n'ont peut-être pas eu la compétence  
612 professionnelle requise pour obtenir ces diplômes. Donc, voilà les mesures, comme je l'ai dit  
613 maintenant il y a quand même cet effort qui est en train d'être fait, on ne peut pas par une  
614 baguette magique résoudre les problèmes du coup, mais je pense que ça va dans ce sens, pour  
615 limiter cette situation que nous décrivons tous. Parce qu'en fait l'agent de santé ou de l'action  
616 social est sensé nous prendre en charge nous-mêmes, nos enfants, donc si déjà il y a un échec  
617 dans ce sens parce que l'apprenant n'est pas compétent, ça doit être quelque chose qui va rester  
618 sur notre conscience.

619 **E. Nous vous remercions !**

620 **I.D\_2.**A moi de vous remercier, la porte est ouverte. Chaque fois que vous avez besoin des  
621 informations que nous détenons, nous mettrons cela à votre disposition.

622 \*\*\*\* \***I.D\_3.**

623 **E. Bonjour Monsieur le doyen, veuillez-vous présenter?**

624 **I.D\_3.** Merci ! Monsieur, je suis Vice-Doyen chargé des enseignements à la Faculté de médecine  
625 de l'Université de N'Djaména et je suis chirurgien de formation, voilà.

626 **E. Quelle est votre perception de l'enseignement de modèles théorique et pratique de santé  
627 c'est-à-dire biomédicale bio psycho sociale et globale ou holistique de santé dans les  
628 institutions de formation ?**

629 **I.D\_3.** Alors, la (...) ma perception de l'enseignement de modèles de santé dans les institutions  
630 de formation pour l'expérience que nous avons au niveau de la Faculté de médecine ici à  
631 N'Djaména, est un modèle à prédominance biomédicale et l'aspect biopsychosocial est aussi pris  
632 en compte mais, la prédominance est biomédicale et nous n'avons pas encore une considération  
633 spécifique pour l'aspect global ou holistique. Donc notre expérience est surtout biomédicale.

634 **E. Quelle est la place accordée aux modèles de santé dans le processus d'apprentissage des  
635 écrits scientifiques de mémoire et/ou de thèse de fin d'études ?**

636 **I.D\_3.** Alors la place que nous accordons nous, nous euh, l'application que nous avons  
637 concrètement sur le terrain, c'est en 6<sup>ème</sup> année quant à nos étudiants qui doivent rédiger le  
638 mémoire, sont amenés pratiquement sur le terrain pour faire en général un mémoire d'études  
639 cliniques. Parce que malheureusement en ce qui concerne la recherche fondamentale, nous ne  
640 sommes pas euh, assez outillés en médecine pour pouvoir faire de la recherche fondamentale,  
641 nous faisons de la recherche clinique et ce type de la recherche clinique, pour nos mémoires de  
642 fin d'études cliniques s'inspirent aussi beaucoup plus du modèle biomédical, en notre  
643 expérience.

644 **E. L'application de la professionnalisation par la recherche, qu'est-ce c'est pour vous le  
645 mémoire professionnel de fin d'études ?**

646 **I.D\_3.** Alors ma perception du mémoire ou de la thèse de fin d'études pour l'expérience que nous  
647 avons dans notre institution, c'est un moment capital. Je pense pour notre étudiant qui est en fin  
648 d'études de pouvoir appliquer le processus de la professionnalisation par la recherche est que

649 nous en général, on propose qu'il choisisse un thème, un sujet sur lequel il veut travailler et puis  
650 il se rapproche d'un enseignant qui a de l'expérience dans le domaine, qui va l'aider, qui va le  
651 diriger pour terminer son mémoire. Bon, le mémoire est fondamental parce qu'il permet à  
652 l'étudiant de faire une recherche personnelle, certes guider pour les recherches bibliographiques,  
653 pour une confrontation avec d'autres écrits scientifiques du thème qu'il a et euh certains des  
654 étudiants par ce premier travail de recherche, peuvent aussi trouver la manière de pouvoir être  
655 disons mis sur le chemin d'une future spécialisation. Donc certains viennent ils demandent par  
656 exemple un sujet en médecine, en complication du diabète par exemple, sur les complications  
657 chirurgicales du diabète, nous avons eu des étudiants qui ont pris ce thème et qui après ont dit  
658 voilà ça nous porte à vouloir nous intéresser à la dermatologie même si au début ils sont partis  
659 d'un argument de chirurgie mais c'est chemin faisant qu'ils se rendent compte par le biais  
660 justement de la recherche et de la passion que ça peut comporter de pouvoir trouver un créneau  
661 pour leur future vie professionnelle donc c'est vraiment important l'application de la  
662 professionnalisation par la recherche.

663 **E. Percevez-vous un lien entre les écrits scientifiques de mémoire de fin d'études et la**  
664 **professionnalisation par la recherche ?**

665 **I.D\_3.**Absolument, dans notre expérience que je viens de vous le citer, dans l'expérience  
666 concrète en médecine, oui ça arrive. Mais je pense que c'est encore plus vrai dans euh, des  
667 formations socio sanitaires, dans des diplômes même s'ils sont plus courts que les diplômes de  
668 médecine générale, guident les étudiants vers la professionnalisation par la recherche, et je pense  
669 que c'est un moment fondamental et capital pour pousser même les apprenants à rester dans un  
670 domaine bien précis et aller au fond de cette logique. Nous avons par exemple, certains de nos  
671 infirmiers qui étaient des infirmiers diplômés d'Etat qui sont repartis sur le banc de l'école et  
672 euh, certains se passionnent pour l'enseignement, d'autres pour la clinique, d'autres encore  
673 optent pour être des cadres de santé. Tout cela part du travail de thèse qu'ils font, donc la  
674 recherche clarifie un peu la position de ces apprenants-là vers quelque chose qu'ils aimeraient  
675 faire plus que d'autres choses.

676 **E. L'impact du processus d'apprentissage de l'agir professionnel, selon vous quels sont les**  
677 **pratiques de développement de compétences en professionnalisation par la recherche ?**

678 **I.D\_3.**Bon, les pratiques de développement de compétences en professionnalisation par  
679 recherche, je pense c'est quelque chose de capital parce que je crois que c'est en dominant ou en  
680 comprenant très bien ce dont on s'occupe qu'on peut très bien sur le terrain faire un travail de  
681 qualité. Et je pense que c'est aussi fondamental, parce que nous avons sur le terrain concrètement  
682 vus des agents socio sanitaires avec lesquels nous avons collaboré, nous avons travaillé qui  
683 partent se former, se professionnaliser et reviennent, c'est vraiment une plus-value, c'est un plus,  
684 voilà c'est ce que je peux vous dire.

685 **E. Comment vous encourager la professionnalisation des étudiants socio sanitaires en cours**  
686 **de formation initiale ?**

687 **I.D\_3.**Euh, je crois qu'il faut comprendre pour les encourager dès le début, leur faire comprendre  
688 concrètement sur le terrain qu'il y a beaucoup d'option au-delà de ce qu'on leur apprend  
689 théoriquement. Il faut qu'ils sachent, je pense qu'il faut vraiment allier très tôt à la théorie et puis  
690 une activité de terrain de manière à ce que ça puisse ouvrir beaucoup de brèches et qu'il y ait une  
691 orientation beaucoup plus facile parce que en fait chez nous, il n'y a pas encore de manière  
692 structurée un conseil pédagogique qui puisse adresser les apprenants vers une option plutôt que  
693 vers une autre. Et on a constaté que quand ils vont sur le terrain, il y a beaucoup de vocation qui  
694 se crée parce que justement ils voient faire et ils se rendent compte qu'on peut trouver beaucoup  
695 d'options pour la professionnalisation.

696 **E. Comment le processus d'apprentissage des modèles théoriques de santé peut-il aider le**  
697 **développement des potentielles capacités des futurs cadres professionnels ?**



698 **I.D\_3.**Alors, donc c'est vraiment le point que nous avons tout juste évoqué, et probablement  
699 j'étais allé trop vite en besoin. Mais je pense que les modèles théoriques même dans leurs  
700 présentations aux apprenants, ne doivent pas rester purement abstrait, c'est-à-dire qu'il faut faire  
701 comprendre aux apprenants de par les modèles théoriques que nous en avons une application  
702 pratique réelle parce que la perception que moi j'ai c'est que beaucoup de fois dans ce cadre  
703 précis nous restons trop abstraits dans l'explication des modèles théoriques du processus  
704 d'apprentissage. Donc je pense c'est un effort que nous devons faire sur nous-mêmes pour rendre  
705 plus concret ces présentations à nos apprenants.

706 **E. Quelle est la vraie problématique du dysfonctionnement de l'organisation de la  
707 formation initiale des agents socio sanitaires au Tchad?**

708 **I.D\_3.**C'est une grande question, (rire) avec des explications difficile. Je pense le vrai problème  
709 de la formation des agents socio sanitaires au Tchad, à ma façon de voir c'est que euh, il y a un  
710 problème de recrutement, de niveau des apprenants, il n'y a pas de niveau homogène bien défini  
711 et concrètement retrouvable, et puis euh il y a que la formation initiale ait trop besoin des réalités  
712 de terrain donc on reste vraiment beaucoup sur l'abstraction il n'y a même pas de modèles  
713 comme le jeu de rôle pour pouvoir dire écouter concrètement ça se passe comme ça. Donc je  
714 pense que cette manière de faire, peut même faire taire des vocations dans certaines formations  
715 parce qu'au tout début les apprenants n'ont pas la perception réelle de ce qui pourra être leur  
716 futur métier. Et donc ça blâme ceux qui ont un bon niveau qui sont disposés, mais ne  
717 comprennent pas parce que c'est très abstrait ce qu'on leur explique, et en même temps, cette  
718 manière peut faire avancer des apprenants qui n'ont pas un bon niveau, et qui de toute façon vont  
719 rester un peu en marge et ça influera sur la qualité globale de la formation des agents qui  
720 sortiront de ces formations des agents socio sanitaires.

721 **E. J'ai saisis dans ce que vous venez de dire que les enseignants n'ont transmis exactement  
722 ou n'ont pas une bonne manière de transmettre les informations ça veut-dire que, ce que  
723 ces enseignants n'ont pas en quelque sorte un niveau requis sûr ou alors n'ont pas une  
724 notion d'apprentissage qui peut parler de constructivisme, le socioconstructivisme qui  
725 pourrait donner la latitude aux apprenants de s'instruire paires et de s'instruire eux-  
726 mêmes, n'est-ce pas ?**

727 **I.D\_3.**Oui, oui, absolument bon, c'est un peu la même question que celle qu'on avait posée tout  
728 à l'heure, donc du point de vue formelle, il peut y avoir disons respect du référentiel, mais dans  
729 le concret, même si nous recrutons du personnel qui a le niveau théorique d'apprentissage, nous  
730 nous rendons compte que pour ce qu'on doit leur enseigner il y a beaucoup des gens qui n'ont  
731 pas le niveau requis, donc il faut déjà revoir le recrutement. Et l'autre volet c'est que même les  
732 enseignants n'ont pas une formation théorique sur la manière d'enseigner. Donc on a une autre  
733 manière de faire nous avons beaucoup des techniciens dans des disciplines bien précises qui se  
734 prédisposent à enseigner mais qui n'ont pas une formation professionnelle, un tant soit peu  
735 diriger de l'acte professionnel d'enseigner. Donc c'est du volontarisme que cela peut influencer sur  
736 la manière donc de transmettre le message. Et donc, on a des fautes professionnelles qui  
737 s'enchaînent l'une sur l'autre.

738 Non ils peuvent, non je ne pense pas comme ça. C'est-à-dire que ils perçoivent le bien fondé,  
739 mais, on peut ne pas arriver au summum de ce qu'on veut se fixer, parce que les enseignants  
740 n'ont pas tous les outils de professionnalisation c'est-à-dire le processus d'apprentissage pour  
741 pouvoir transmettre le message requis. Tous les apprenants quand bien même disons euh, euh,  
742 formellement sont dans la classe, ils peuvent ne pas avoir un niveau requis pour pouvoir euh,  
743 vraiment participer au processus d'apprentissage, parce qu'en fait le niveau n'y ait pas. Donc ça  
744 c'est un problème réel que nous sommes en train de vivre actuellement parce que par exemple, il  
745 y a eu beaucoup des écoles de formation socio sanitaires sans qu'il n'y ait un réel contrôle au  
746 niveau du recrutement, au niveau de pour le vrai niveau des recrutés et il y a une répercussion au  
747 niveau des services. Quand nous voyons actuellement les infirmiers dans les services cliniques

748 par rapport aux infirmiers qu'il y a 10 ans 15 ans, il y a une réelle différence. Parce que il y a 15  
749 on était presque sûr, que tous ceux qui ont été recrutés étaient à peu près presque au même  
750 niveau. Maintenant avec la création de beaucoup des écoles privées, certes reconnues par l'Etat,  
751 le recrutement de base laisse à désirer. C'est pour cela que je dis du point de vue formel, il y a les  
752 gens qui sont bacheliers qui font une formation de Bac+3 mais en réalité est-ce que ces  
753 bacheliers sont à même de comprendre vraiment tous les enjeux. Et il y a réel contrôle à faire sur  
754 ces formations-là de la part des institutions publiques je pense.

755 Alors c'est une question très intéressante, de par nos enquêtes, il ressort que comme la majeure  
756 des missionnaires que nous recrutons, sont des missionnaires qui font des formations dans le  
757 cadre de l'enseignement, de l'apprentissage, de pédagogie et donc ils sont déjà chevronnés dans  
758 la manière de transmettre le message et beaucoup d'entre eux sont euh, des professeurs minimum  
759 agrégés sinon des professeurs titulaires qui sont des professionnels de l'enseignement. En fait,  
760 nous il nous manque un corps professoral de deux professions. Nous n'avons pas professeurs de  
761 A en nombre suffisant ni de B donc pour beaucoup de matières, nous sommes obligés de faire  
762 appel aux missions et les missionnaires qui arrivent sont vraiment des professionnels de  
763 l'enseignement. Ce que nous avons constaté c'est que ces missionnaires sont euh, de par leur  
764 formation, à part la transmission de message ils savent aussi évaluer mieux que les enseignants  
765 qui sont pas professionnel qui est la majeure partie de notre corps. Donc je pense que c'est  
766 bénéfique pour les étudiants qui en redemandent. Et évidemment le budget de la faculté n'est pas  
767 tel que nous puissions faire venir beaucoup des missionnaires mais euh, tant au niveau  
768 fondamental qu'au niveau du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> cycle, nous arrivons quand même à faire venir un certain  
769 nombre d'enseignants du rang magistral et c'est vraiment au bénéfice de l'enseignement.

770 **E. Donc vous le faites dans un cadre de partenariat bien déterminé ou bien c'est à la**  
771 **recherche des enseignants missionnaires comme ça seulement vous les faites venir ?**

772 **I.D\_3.**C'est dans le cadre de partenariat bien déterminé parce que la faculté fait partie (euh),  
773 d'une organisation qui regroupe les universités francophones, les facultés de médecine  
774 francophone et cet organisme nous pousse à une collaboration au niveau sous régional entre les  
775 pays francophones, pas seulement le CAMES, ça c'est le site MEF qui regroupe les Doyens, et  
776 donc les enseignants que nous faisons venir sont les enseignants de CAMES dans la sous-région.  
777 Nous faisons les enseignants du Sénégal, du Niger, du Cameroun, du Gabon et du Congo  
778 Brazzaville, je crois que ce sont les principaux pays où nous recrutons les enseignants

779 D'accord merci, merci, pour cette question finale qui est intéressante, tout ce que nous venons de  
780 parcourir, intéresse le processus de formation des agents socio sanitaires, et je pense au point où  
781 nous en sommes actuellement, c'est un sujet intéressant, d'autant plus que la grande partie des  
782 enseignants ici, ne sont pas les professionnels de l'enseignement, et donc on ne part pas du  
783 principe de discuter la manière d'enseigner et d'apprendre les techniques d'enseigner, de  
784 transmettre le message et de percevoir si ce message a été correctement reçu et comment peut  
785 être appliqué. Et donc nous avons vraiment tout à gagner, que finalement qu'il ait des  
786 professionnels de la santé qui s'intéressent strictement à l'aspect de l'apprentissage. Donc je  
787 pense que c'est vraiment un domaine où nous devons (euh) encore développer et c'est un grand  
788 terrain et je pense que toutes les facultés, tout le domaine de l'enseignement auront à bénéficier  
789 vraiment de ce genre d'intérêt. Moi je vous remercie pour l'intérêt que nous avons porté à ce  
790 sujet qui passionne beaucoup d'avantage les enseignements et d'être venu demander nos  
791 opinions, merci beaucoup !

792 Nous vous remercions aussi Monsieur le Doyen !

793 \*\*\*\* **\*I.D\_4.**

794 **E. Veuillez-vous présenter ?**

795 **I.D\_4.**Merci monsieur ! Moi, je suis médecin nutritionniste et je suis dans l'enseignement il y a  
796 une dizaine d'année j'ai beaucoup intervenu dans les institutions de formation en santé et  
797 présentement, depuis une année je suis dans le centre de formation et de développement socio-

798 sanitaire de Moundou où j'interviens en qualité de conseiller technique. Ce rôle m'a été confié  
799 au vu donc de mes années d'expériences dans l'enseignement tout simplement, sinon  
800 initialement je suis médecin.

801 Alors comment percevons-nous le sujet malade, le sujet pour nous c'est juste un partenaire qui  
802 vient vers nous avec un besoin ressenti, un partenaire en quête d'aide, un soutien alors cela nous  
803 renvoie dans la perception de l'être humain que l'être humain est vu comme un tout, un tout  
804 indivisible et un individu tout cours et qui aurait plusieurs dimensions qui renvoient aussi à  
805 l'enseignement de plusieurs modèles que nous avons reçus c'est-à-dire que l'être humain est vu  
806 dans sa dimension biologique, psychologique psychosociale, économique et voire spirituelle  
807 alors les différents modèles qui nous ont été enseignés depuis toujours il y a trois aspects le  
808 principal est le curatif dont nos pays ont tant besoin, au vu donc du niveau actuel de statistique et  
809 les aspects préventifs sont de plus en plus globalisants du patient alors (euh), quelle perception  
810 avons-nous par rapport à ce cours de formation initiale, au départ c'étaient des cours bien  
811 médicalisés mais de plus en plus l'accent est en train d'être mis sur les aspects préventifs voire  
812 donc des interventions communautaires qui peuvent aider n'est-ce pas à réduire l'impact des  
813 différents fléaux de santé publique que nous vivons.

814 **E. La perception des modèles reçus en formation initiale mais est-ce que ces modèles ont  
815 été enseignés ici dans votre établissement ou pas ?**

816 **I.D\_4.**Oui, justement nous continuons au fait, les programmes sont bâtis sur ces trois modèles  
817 plutôt, nous avons un modèle curatif, un modèle préventif et un modèle d'approche globalisante  
818 c'est-à-dire qui prend en même temps le préventif et le curatif autrement dit quand le patient se  
819 présente à nous ou à se présenter à l'apprenant nous cherchons à lui faire comprendre que  
820 derrière le patient il y a toute une communauté donc les interactions entre l'individu et sa  
821 communauté face à sa maladie sont de plus en plus vue et assaini à travers le programme et c'est  
822 justement ça.

823 **E. Quelle place avez-vous accordée à ces modèles dans la formation initiale des agents  
824 socio-sanitaires ?**

825 **I.D\_4.**Bien et si nous regardons bien après analyse les interventions qu'aurons à faire nos  
826 apprenants sur le terrain si nous prenons le paquet minimum d'activités qu'ils auront à assurer  
827 une fois sortis sur le terrain, mais ce paquet est constitué à 70% d'activités préventives donc nous  
828 mettons beaucoup plus l'accent sur l'enseignement du préventif, parce que de nos jours on doit  
829 plutôt apprendre à l'apprenant qu'il n'est pas là pour jouer au sapeur-pompier mais qu'il serait là  
830 pour que de temps en temps bon s'il y a des malades qui lui arrivent à les guérir mais de mettre  
831 beaucoup plus son temps dans la prévention pour qu'il est moins des malades dans les structures  
832 sanitaires donc, s'il y a à faire en termes de pourcentage les programmes sont aujourd'hui conçus  
833 à 30% à peu près des aspects curatifs mais à 70% par rapport donc aux aspects préventifs de la  
834 santé publique en somme mais tout en voyant nous ne perdons pas de vue bien sûr les aspects  
835 psychosociologique, l'être humain pris dans son individualité et dans sa globalité et en plus dans  
836 ses interrelations avec sa société, voilà. Donc, (euh...) c'est ça nous venons de voir la place des  
837 modèles dans la santé dans nos programmes d'enseignement et l'usage que l'apprenant doit en  
838 faire puisque bon j'ai plutôt parlé de 70% de paquet minimum d'activités de PMA comme définit  
839 par le ministère de la santé publique, l'infirmier aura 70% à faire d'activités préventifs sur le  
840 terrain. Donc l'enseignement théorique aussi se colle à ce modèle n'est-ce pas pour le préparer à  
841 ses tâches futures. Alors pour assurer cet enseignement théorique bien sûr, quand ce sont les  
842 aspects curatifs nous procédons à la théorie on accorde un enseignement théorique puis les TD à  
843 l'école suivie des pratiques sur le terrain. Et pour les aspects communautaires, c'est  
844 essentiellement au moment donc (euh) des stages pratiques que nous mettons donc l'accent sur  
845 les objectifs spécifiques, n'est-ce pas qui renvoient (euh) aux activités communautaires mais il  
846 est aussi vu dans les cadres théoriques des enseignements tels que l'information à l'éducation et  
847 à la communication (IEC), le programme de la santé communautaire, la participation

848 communautaire pour ne citer que ces modules y a pleins de modules qui sont enseignés à  
849 l'apprenant afin de l'outillé d'avantage pour donc ses interventions communautaires une fois  
850 formé, voilà donc notre conception globale de la santé ben, c'est ça donc la santé pour nous c'est  
851 ... le fait d'être capable d'entretenir un dynamisme entre soi-même et son environnement c'est  
852 ça la santé, donc l'infirmier doit intervenir non seulement sur le terrain physique que présente  
853 donc le malade mais également prendre en compte sa dimension sociale et ses interrelations  
854 entre son environnement social et justement face à sa maladie, voilà.

#### 855 **E. Qu'est-ce c'est pour vous le mémoire professionnel de fin d'études ?**

856 **I.D\_4.**Le mémoire professionnel de fin d'études doit tenir essentiellement sur une réponse à  
857 apporter à un problème de santé publique ressenti et au mieux que ce problème de santé soit  
858 ressenti par l'étudiant hein pendant ses trois années de formation infirmière donc c'est là tout le  
859 sens de l'exercice c'est d'amener l'étudiant à cet exercice intellectuel à ce gymnastique  
860 intellectuel pour qu'il puisse lui-même identifier le problème se renvoyer des questions qui vont  
861 donc l'amener à se fixer des objectifs et lui permettront d'élaborer un protocole bien établi donc  
862 avec les outils qu'il faut, une méthode de recherche qu'il faut et aller sur le terrain justement  
863 fouiller adopter une méthode une démarche scientifique de recherche n'est-ce pas avoir une  
864 panoplie des résultats qui vont l'amener à procéder à une analyse assez approfondie de la  
865 question et mettre le petit doigt sur les problèmes essentiels, les difficultés essentielles et puis  
866 maintenant et formuler les suggestions en vue de leur résolutions ainsi faisant nous pensons que  
867 une fois exercer à l'école il sera capable à travers l'exploitation, donc des données de ses  
868 rapports ou bien des phénomènes qui vont surgir tout autour de lui dans son environnement il  
869 pourra se poser des questions à caractère scientifique et adopter une démarche à caractère  
870 scientifique pour aboutir n'est-ce pas à identifier le problème, à le déterminer aussi donc le  
871 goulot d'étranglement et formuler des solutions en vue de leur résolutions. donc pour nous un  
872 mémoire c'est vraiment presque la synthèse, la synthèse de la formation théorique et rapport que  
873 cette synthèse à avoir de la pratique, les implications pratiques du mémoire parce que pour c'est  
874 un étalon de mesure pour se dire que l'étudiant est réellement capable d'être opérationnel sur son  
875 terrain pas seulement pour guérir mais également pour réfléchir par rapport aux différents types  
876 de problèmes qui peuvent se poser tout autour de lui et leur trouver de solutions.

877 Quelle place accordons-nous aux modèles de santé dans le mémoire de fin d'études, bien jusque-  
878 là, il faut dire que l'enseignement est resté d'une façon disparate bon, suivant les écoles où on est,  
879 ou l'école qu'on aura faite alors les démarches sont assez disparates. Le souhait ici serait qu'il ait  
880 une harmonisation justement de ces travaux que l'on ait les mêmes visions parce que si nous  
881 exerçons un peu en santé publique ici en Afrique c'est qu'on a six domaines, on a principalement  
882 six domaines : domaine de la nutrition, domaine de la santé de la reproduction, soins curatifs  
883 pour ne citer que ça, donc il faudrait amener l'étudiant à se remettre dans l'un des domaines et  
884 puis maintenant dans ce domaine, spécifier la question qu'il doit chercher à résoudre. Donc, c'est  
885 tout le sens de l'harmonisation recherchée ici, il faudrait que les travaux de mémoire soient  
886 recentrés et qu'on évite vraiment cette monotonie dans les réflexions.

#### 887 **E. Et faut-il encourager la professionnalisation par la recherche des étudiants ?**

888 **I.D\_4.**Oui, qui dit mémoire dit plus ou moins aussi les techniques de recherche ce n'est  
889 fondamentalement pas une démarche de recherche comme on le voudrait mais c'est plutôt une  
890 démarche de résolution des problèmes qui amène à la recherche et qui amène l'étudiant à  
891 développer à lui, le sens et l'amour de la recherche, parce que je ne sais pas si on peut mesurer le  
892 plaisir que l'étudiant peut ressentir et à la fin de ses travaux de recherche qu'il sache que bon  
893 voilà un problème qui est peu flou pour tout le monde et que de par sa démarche qu'il arrive à  
894 clarifier et même à formuler des suggestions à l'intention des autorités ça, c'est un plaisir  
895 profond. Donc, faut-il encourager la formation à la recherche oui, et mais cette formation à la  
896 recherche nous le disons ça doit être initialement vu à travers les travaux de mémoire, il ne faut

897 pas que les travaux de mémoire se présentent sous forme de simple rapport d'une situation  
898 donnée, mais non, il faudrait que l'étudiant apprenne à creuser.

899 **E. Y-a-t-il un lien entre le mémoire de fin d'études et la formation à la recherche ?**

900 **I.D\_4.**c'est exactement ce que nous venons de le dire, au fait les deux sont impliqués, c'est-à-  
901 dire que la limite entre les deux est infime, n'est-ce pas mais pas très perceptible et le mémoire  
902 c'est quelque fois une résolution de problème mais c'est aussi de la recherche puisqu'on se pose  
903 des questions, on se fixe des objectifs et ça donne à une démarche scientifique de recherche qu'il  
904 n'y a pas une forte différence à faire ; c'est de la recherche, au faite une préparation à la  
905 recherche.

906 Quelle place accordons aux modèles théoriques de santé à la formation initiale des étudiants  
907 c'est vraiment cela, nous l'avons déjà débattu plus haut ; c'est dire que vraiment les différents  
908 modèles théoriques de santé doivent amener l'étudiant à percevoir la santé comme un tout, à  
909 l'individu, la société et l'implication au fait l'interrelation entre l'individu et sa société, c'est-à-  
910 dire le poids de la société c'est l'individu et l'individu sur la société mais dans le cadre de la  
911 santé.

912 **E. Qu'est-ce c'est pour vous la professionnalisation par la recherche?**

913 **I.D\_4.**Oui, la recherche simplement pour nous, pour un chercheur c'est un peu difficile hein !  
914 C'est le questionnement qu'on vit tous les jours, chaque jour on fait de la recherche. Tous les  
915 matins quand on se réveil on se pose des questions alors une fois question posée, il faut aller à la  
916 recherche de la réponse, de la solution. C'est ça la recherche. Au fait, c'est une clef qui est là à la  
917 portée de tout individu qui voudrait bien l'utiliser et à bon échéant et assez souvent nous ne  
918 l'utilisons pas dans un cadre assez formel de la formation etc. et nous l'utilisons aussi dans la vie  
919 quotidienne, mais bon ici la recherche telle que voulue dans l'enseignement c'est vraiment une  
920 démarche scientifique, n'est-ce pas qui aide à trouver des réponses à un certain nombre de  
921 questionnements, un certains nombres d'interrogations qu'on saurait posés à soi-même ou dans  
922 l'environnement.

923 **E. Comment développer le processus de production des capacités, c'est-à-dire les  
924 compétences d'un futur cadre professionnel de santé ?**

925 **I.D\_4.**Merci !par rapport à cette question, c'est vraiment une question épineuse. Parce que  
926 souvent on dit nous enseignons la méthodologie de la recherche, comment faire la recherche etc.  
927 Il y a des aspects théoriques qui assez souvent restent vagues. Et la recherche c'est un  
928 enseignement à mon sens qui doit être pratique et donc la théorie doit être vue pour peut-être  
929 j'aime bien ce chiffre de 30% et puis faire beaucoup plus et des simulations à dimension réelle  
930 de terrain par rapport donc à l'identification des problèmes. C'est conceptuel c'est vrai, mais il  
931 faudrait ramener cette conception dans son contexte pour dire que nous sommes dans tel  
932 domaine, nous en santé de la reproduction et concrètement les femmes ici chez nous combien  
933 vont à la consultation prénatale, qu'est-ce que vous avez remarqué dans la consultation prénatale.  
934 Est-ce que les femmes viennent pour un besoin contraceptif ? Oui et non. Le problème est  
935 conceptuel mais en même temps amène l'étudiant à voir les aspects pratiques. Déjà au niveau de  
936 la conception et puis dans le questionnement il faut renvoyer chaque fois l'étudiant à des aspects  
937 pratiques et maintenant une fois que le protocole est ficelé, la démarche méthodique sur le  
938 terrain : Comment procéder à un échantillonnage ? Comment définir la taille de l'échantillon ?  
939 Comment apprécier la représentativité de la taille de l'échantillon et comment maintenant  
940 interviewer les enquêtés, comment s'entretenir avec les enquêtés donc par des petites  
941 démonstrations des travaux plus ou moins dirigés dans les quartiers et amener les étudiants à être  
942 à la réalité de ce que la théorie voudrait bien les renseigner et moi j'ai fait l'expérience avec un  
943 groupe d'étudiants, et franchement ils ont fini par m'exprimer toute leur joie à la fin de pré-test,  
944 bon j'allais dire que ce n'est pas un pré-test mais à la fin des exercices pratiques on est allé sur le  
945 terrain dans le cadre d'une enquête nutritionnelle on leur a montrer comment respecter les pas de  
946 sondage, comment donc évaluer concrètement la taille, le périmètre brachial, le périmètre

947 crânien, prendre le poids, s'entretenir avec les mamans, le choix des concessions, le choix des  
948 individus etc., mais ils étaient vraiment assez contents. Là nous le faisons dans le cadre de la  
949 formation en l'initiation à la recherche.

950 Maintenant, s'agissant de la fonction accordée au processus de production théorique d'un type de  
951 mémoires oui, quelle fonction ? La fonction première comme nous l'avons dit c'est un exercice à  
952 gestuelle. La deuxième fonction que nous trouvons c'est vraiment la création ou l'éveil à l'esprit  
953 de recherche, c'est comme une clef qu'il faille tourner pour aider l'étudiant à avoir le goût à la  
954 recherche, le goût au questionnement et à la recherche des solutions. Donc la fonction c'est  
955 vraiment un exercice intellectuel assez intéressant qui doit créer auprès de l'apprenant tout une  
956 culture de la recherche.

957 Maintenant, quelles sont les pratiques de développement de compétences en formation initiale, si  
958 c'est toujours dans le cadre de la recherche, comme je le disais tantôt, c'est amener sur le terrain  
959 et puis suivre le concret dans les démarches.

960 **E. Votre opinion générale sur la professionnalisation par la recherche du processus**  
961 **d'écriture de mémoires de fin d'études par les étudiants?**

962 **I.D\_4.** Merci beaucoup ! Moi je commence à situer l'intérêt de l'intitulé de votre thèse dont je  
963 trouve très intéressant à tout point de vue parce que une fois réaliser cette thèse, cela nous  
964 permettrait de voir plus claire parce que jusque-là ce besoin d'harmonisation dans la conception  
965 des sujets de thèse et des sujets de mémoire également l'harmonisation de la méthode, de la  
966 démarche méthodique ayant fait défaut et puis troisièmement les mémoires que nous ficelons  
967 jusque-là, on a comme l'impression qu'ils sont répétitifs donc il y a cet effet de va et vient sur les  
968 mêmes thèmes, autre chose c'est que aussi les problèmes, au fait, les suggestions formulées ne  
969 sont presque jamais considérés, tout ça en fait défaut. Maintenant comment amener cet  
970 enseignement à réussir sa mission c'est que nous devrions d'abord avoir une réflexion  
971 d'ensemble au niveau du pays pour harmoniser tout ce que nous de voir et puis maintenant  
972 surtout mettre l'accent dans l'enseignement sur la pratique.

973 **E. Recommandation personnelle par rapport à la professionnalisation par la recherche?**

974 **I.D\_4.** (Rire) mon opinion c'est que bon, les travaux, l'Afrique en a tellement besoin nous avons  
975 pleines de questions ce ne sont pas les questions qui manquent autour de nous, et que c'est un  
976 enseignement, un processus d'apprentissage à encourager s'il y a une recommandation à faire  
977 pratiquement c'est effectivement d'avoir des modèles des démarches qui vont être vulgarisés à  
978 l'échelle continentale voire chez nous ici au pays et en plus nos étudiants franchement vivent cet  
979 exercice-là très difficilement parce que cela engage beaucoup de finances et pour la plupart ce  
980 sont les parents qui soutiennent donc avoir du papier, avoir l'accès aux nouvelles technologies de  
981 informatiques etc., pour nous ça tarde à devenir une réalité. Donc, s'il y a de recommandations à  
982 faire c'est tout ça, avoir donc créer un modèle qui puisse être simple et facile à vulgariser et qui  
983 permet de recentrer vraiment les intérêts de la recherche et deuxièmement ausside nous faciliter  
984 l'accès aux petits matériels et aux informations parce que aujourd'hui avec l'internet nous  
985 pensons quand même la porte est ouverte si ailleurs c'est une réalité et aujourd'hui chez nous  
986 c'est difficile.

## **ANNEXES 8 : La liste des écoles confessionnelles et privées au Tchad**

Actuellement, le Ministère de la Santé Publique a accordé des autorisations de fonctionner à vingt trois (23) écoles de santé confessionnelles et privées suivantes :

- ✓ Institut de santé de l'Université Roi Fayçal de N'Djaména (confessionnel islamique) : Autorisé de fonctionner en 2001, il forme les techniciens supérieurs en soins infirmiers et en gynéco obstétrique;
- ✓ Ecole de santé le Bon Samaritain de N'Djaména, (confessionnelle catholique), elle forme les IDE;
- ✓ École de santé de Goundi (confessionnelle catholique) : Autorisée de fonctionner en 1998, elle forme les ATS et IDE;
- ✓ École de santé de Bébalem (Confessionnelle Evangélique Protestante) : Autorisée de fonctionner en 2005, elle forme les IDE et les sages femmes;
- ✓ Institut de santé la Francophonie de N'Djaména (privé) : Autorisé de fonctionner en 2008, il forme les techniciens en soins infirmiers ;
- ✓ Institut de santé Toumaï de N'Djaména (privé) : Autorisée de fonctionner en 2007, il forme les techniciens de laboratoire, les IDE, les sages femmes et les ATS;
- ✓ École de santé de Léré (privée) : Autorisée de fonctionner en 1997, elle forme les ATS, les IDE et les sage femmes ;
- ✓ Les deux écoles de santé de Pala (privée) : Autorisée de fonctionner en 2007 et en 2008, elles forment les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Les deux Écoles de santé de Moundou (privées) : Autorisées de fonctionner en 2007 et 2008, elles forment les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ École de santé de Gassi (privée) : Autorisée de fonctionner en 2007, elle forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Ecole des Agents du Développement Sanitaire et Social de N'Djaména (privée) : Autorisée de fonctionner en septembre 2010, elle forme les ATS, les IDE et les sages femmes diplômées d'état ;
- ✓ Institut de Formation en Soins Infirmiers de N'Djaména (Privée): Autorisé de fonctionner en 2010, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Centre d'Orientation de Formation et d'Initiation au Développement de N'Djaména (Privée): Autorisé de fonctionner en 2010, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes;
- ✓ Les deux Écoles de santé de Sarh : Autorisées de fonctionner en 2007 et 2008, elles forment les ATS, les IDE et les sages femmes ;

- ✓ Ecole des agents sanitaires et Sociaux de Bongor (Privée): Autorisée de fonctionner en 2008, elle forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Ecole Privée de Santé et de Développement de Doba : Autorisé de fonctionner en 2010, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Ecole de Formation des Agents de Santé de Kélo : Autorisé de fonctionner en 2010, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Ecole de Formation des Agents de Santé de Koumra : Autorisé de fonctionner en 2011, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Institut de Formation des Agents Sanitaires de N'Djaména : Autorisé de fonctionner en 2012, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes ;
- ✓ Centre de Formation des Agents Sanitaires et Sociaux de N'Djaména : Autorisé de fonctionner en 2012, il forme les ATS, les IDE et les sages femmes.



## ANNEXE 9 : Liste des tableaux

	Page dans la thèse
<b>Tableau n° 1 :</b> Dix premières causes de consultations dans les centres de santé en 2008.....	29
<b>Tableau n° 2 :</b> Besoins en ressources humaines pour la santé maternelle, néonatale et infantile.....	31
<b>Tableau n° 3 :</b> Besoins additionnels de ressources humaines en santé du Tchad.....	33
<b>Tableau n° 4 :</b> Niveau requis de recrutement et durée de formation pour les sections existantes.....	47
<b>Tableau n° 5 :</b> Effectifs de l'ENASS, (année 2010-2011).....	48
<b>Tableau n° 6 :</b> Les effectifs de l'ECOSAB.....	49
<b>Tableau n° 7 :</b> Fonctionnement des instruments de gouvernance.....	52
<b>Tableau n° 8 :</b> Situation des enseignants permanents et vacataire.....	55
<b>Tableau n° 9 :</b> Réajustement des programmes de 2002 à ce jour.....	60
<b>Tableau n° 10 :</b> Organisation des cours et stages.....	65
<b>Tableau n° 11 :</b> Description de l'être humain dans une approche systémique.....	160
<b>Tableau n° 12 :</b> Les deux modèles dans un système de santé, (J.A. Bury, 1988).....	167
<b>Tableau n° 13 :</b> La caractérisation de l'approche complexe de santé.....	173
<b>Tableau n° 14 :</b> L'apprentissage simple Boucle et Double Boucles », (C.M. Fiol et Malyles, 1985).....	188
<b>Tableau n° 15 :</b> Matrice de synthèse des caractéristiques de la modélisation.....	216
<b>Tableau n° 16 :</b> L'illustration de modélisation théorique éducation/apprentissage/santé.....	217
<b>Tableau n° 17 :</b> Modélisation de l'éducation/processus d'apprentissage/santé.....	217
<b>Tableau n° 18 :</b> Modélisation croisant les modèles de l'Instruction et du Béhaviorisme.....	218
<b>Tableau n° 19 :</b> cinq courants psychologiques d'apprentissage d'après (Carré, P. et Caspar, P., 2011, p. 426).....	224
<b>Tableau n° 20 :</b> Matrice de la synthèse des critères d'identification des références théoriques.....	225
<b>Tableau n° 21 :</b> Répartition des établissements paramédicaux publics et privés retenus.....	245
<b>Tableau n° 22 :</b> Etablissements d'enseignement Supérieur retenus.....	246
<b>Tableau n° 23 :</b> Le récapitulatif du déroulement d'enquête.....	249
<b>Tableau n° 24 :</b> La passation des questionnaires aux étudiants médicaux et paramédicaux (publics, privés).....	251
<b>Tableau n° 25 :</b> La distribution de questionnaire aux étudiants médicaux et paramédicaux (publics, privés).....	252
<b>Tableau signalétique n° 26 :</b> Répartition des répondants étudiants par statut de l'établissement.....	253
<b>Tableau signalétique n° 27 :</b> Répartition des répondants enseignants par statut de l'établissement.....	254
<b>Tableau n° 28 :</b> Déclaration des enseignants et étudiants sur le contenu des programmes de formation.....	258
<b>Tableau n° 29 :</b> Perception de l'enseignement des modèles théoriques de santé.....	259

<b>Tableau n°30</b> : Effet de l'absence de l'enseignement du processus d'apprentissage.....	260
<b>Tableau n°31</b> : Déclaration des répondants enseignants sur la manière de la transmission de savoirs.....	263
<b>Tableau n°32</b> : Avis des étudiants sur la méfiance des pratiques de l'enseignement des enseignants.....	264
<b>Tableau n°33</b> : Point de vue des étudiants et des enseignants sur la réforme du système pédagogique actuel....	266
<b>Tableau n°34</b> : Avis des répondants sur l'idée de professionnalisation par la recherche.....	267
<b>Tableau n°35</b> : Illustration des caractéristiques de modes d'action pédagogique », (annexes 6, P. 86-87)....	311
<b>Tableau n°36</b> : Caractéristiques de l'autonomie des agents socio-sanitaires perçue en pédagogie.....	316

## ANNEXE 10 : Listes des figures

Page dans la thèse

<b>Figure 1 :</b>	« Illustration d'une infirmière (Anne Bell) s'occupant de deux soldats blessés lors de la guerre civile américaine ».....	73
<b>Figure 2 :</b>	« Illustration «d'une Sœur Hospitalière « bleue » des Hospices de Beaune affairée à préparer un lit ».....	75
<b>Figure 3 :</b>	« Illustration de la lampe à huile utilisée en milieu de soin professionnel à l'image de Nightingale » .....	78
<b>Figure 4 :</b>	« Photo illustrant « Florence Nightingale (1820-1910), considérée comme pionnière des soins infirmiers ».....	80
<b>Figure 5 :</b>	« Image de Florence Nightingale déambulant avec une lampe la nuit entre les malades.....	82
<b>Figure 6 :</b>	« illustration des « Infirmières en 1915 - (Peinture de Henri Gervex : L'Ambulance de la Gare de Poitiers) ».....	84
<b>Figure 7 :</b>	« Illustration des Interrelations des soins infirmiers avec la médecine et la personne .....	88
<b>Figure 8 :</b>	« Illustration d'« une des dimensions du soin infirmier se manifeste dans les techniques de relation d'aide et de toucher-massage ».....	89
<b>Figure 9 :</b>	« Illustration de « représentation d'une des dimensions du soin professionnel infirmier en gériatrie » .....	92
<b>Figure 10 :</b>	« Illustration d'« une infirmière en puériculture prenant soin d'un nouveau-né ».....	93
<b>Figure 11 :</b>	« Illustration d'une infirmière participant au plan d'urgence déclenché lors de l'ouragan Katrina ».....	94
<b>Figure 12 :</b>	« Illustration de la perfusion, geste technique professionnelle infirmière» .....	99
<b>Figure 13 :</b>	« Illustration de Boucle OODA du développement de la science infirmière ».....	100
<b>Figure 14 :</b>	« Illustration des « différents types de démarche recherche».....	130
<b>Figure 15 :</b>	« Illustration « des étapes de la démarche de recherche ».....	131
<b>Figure 16 :</b>	« Illustration des cinq niveaux de la hiérarchie décroissante des besoins, selon A. Maslow.....	162
<b>Figure 17 :</b>	« Illustration de la Pyramide des besoins, (Ibid., 1943) ».....	163
<b>Figure 18 :</b>	« Illustration du triangle pédagogique, d'après (Jean Houssay, 1996) ».....	196
<b>Figure 19 :</b>	« Illustration de la théorie pédagogique explicative : « A explique C à B ».....	197
<b>Figure 20 :</b>	« Illustration de la théorie pédagogique constructive « B s'explique C grâce à A ».....	198
<b>Figure 21 :</b>	« Illustration de la théorie pédagogique dialectique « A avec B s'explique C ».....	200
<b>Figure. 22 :</b>	« les deux dimensions du travail des problèmes scientifiques.....	238
<b>Figure 23 :</b>	« le diagramme de la perception que les étudiants ont de la santé.....	256
<b>Figure 24 :</b>	« le diagramme de la perception que les enseignants ont de la santé.....	257

## **ANNEXES 11 : Les documents juridiques**

- ✓ Règlement Intérieur de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) ;
- ✓ Décret n°085/PR/MSP/94, portant Statuts de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux ;
- ✓ Décret n°452/PR/MSP/97, portant modification du Décret n°085/PR/MSP/94 portant Statuts de l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux ;
- ✓ Loi n°014/PR/2007, instituant le Régime Juridique des Ecoles Régionales de Santé et des Affaires Sociales ;
- ✓ Loi N°001/PR/94, portant réforme de l'Ecole Nationale de Santé Publique et du Service Social (ENSPSS).

**ANNEXE 12 :**

- ✓ **Sites de recherche Tchad-France ;**
- ✓ **Organisation administrative du Tchad.**