

formation

# Les sciences de l'éducation et les personnels de santé, une histoire prometteuse

■ De plus en plus de soignants s'intéressent aux sciences de l'éducation ■ Cette discipline donne une ouverture pour la construction de savoirs visant l'autonomie de la personne

■ Cet article interroge sur la liaison entre discipline soignante et sciences de l'éducation.

MICHEL VIAL

Les sciences de l'éducation (SdE)<sup>1</sup>, qu'il ne faudrait plus assimiler à des sciences de l'Éducation nationale, ont tout naturellement dans leur champ de formation et de recherche le domaine de la santé. Les relations entre la santé et les SdE existent déjà, car les SdE se sont activement adaptées aux évolutions de ces pratiques sociales. Le passage réussi du métier d'infirmier à la profession de soignant<sup>2</sup> fait que le corps professionnel des soignants est dynamique : on s'y interroge sur son statut, sur ses fonctions... C'est un corps qui est force de proposition, un corps innovant, réflexif, conscient de son devenir et qui a un appétit de formation considérable.

## LÉGALITÉ ET LÉGITIMITÉ DES SdE

### DANS LA FORMATION DES SOIGNANTS

Si la question de la légalité des SdE à intervenir dans la formation des personnels de santé ne se pose pas, c'est parce que, déjà, l'arrêté du 29 septembre 1993 (complété par le *B.O.* n° 43 du 16 décembre 1993 et le *J.O.* du 18 novembre 1993) désigne seulement deux licences (SdE et Sanitaire et social) comme automatiquement ouvertes à ceux qui possèdent le diplôme d'État des infirmiers (DE). Les détenteurs du DE peuvent entrer dans le cursus d'une licence des SdE, que ce soit pendant leur année de formation pour devenir cadre de santé, ou à n'importe quel moment de leur carrière d'infirmier, par la formation continue ou de leur propre chef. Les SdE sont donc, de ce fait, désignées comme discipline connexe, proche des pratiques de santé, plus proches que d'autres filières supérieures. Les SdE se différencient des sciences sociales et sanitaires par leur approche en terme d'éducation, dans le cadre d'une relation professionnelle et sont moins orientées vers la gestion, la comptabilité, l'exercice financier, législatif et économique.

■ **La formation des cadres de santé.** Au début, les écoles de cadres infirmiers – devenues depuis les Instituts de formation des cadres de santé (IFCS) – ont localisé la licence dans l'un de leurs modules de formation, dans la partie du programme intitulée "pédagogie". La licence des SdE était alors comprise comme la préparation des futurs formateurs qui se destinaient à exercer dans les écoles dites "de base", c'est-à-dire les études de formation initiale des infirmiers (devenues depuis les Instituts de formation en soins infirmiers – Ifsi). Ces cadres formateurs dans la formation initiale se "formaient", donc pendant l'année de formation-cadre, à tenir les rôles spécifiques d'un formateur d'adultes : ils préparaient une licence des métiers de la formation, comme ailleurs des futurs enseignants peuvent préparer une licence en SdE. C'est peut-être cette sorte de quasi-équivalence posée entre enseignement et santé qui n'est pas claire pour tout le monde. Rappelons les trois métiers "impossibles" de Freud<sup>3</sup> : éduquer, soigner, gouverner...

Puis, un second décret (n° 95-926 du 18 août 1995 paru au *J.O.* du 20 août 1995, article 23) a incité à un partenariat plus étroit, permettant d'imbriquer les deux formations : cadres de santé (dans laquelle d'autres corps que les infirmiers ont été inclus) et licence en sciences de l'éducation, les unités d'enseignements des uns pouvant servir à valider les modules des autres. Les dispositifs ont alors évolué vers une coopération concertée entre universitaires et formateurs des cadres. L'obtention des deux diplômes n'est pas automatique, on peut en réussir un et échouer à l'autre. Il est donc maintenant admis que la licence des SdE sert à former tous les cadres soignants, aussi bien ceux qui travailleront dans les services que ceux qui "enseigneront" dans les écoles.

■ **La formation initiale.** Ce cadre légal permet ►

## MOTS CLÉS

- Autonomie
- Cadre de santé
- Formation
- Sciences de l'éducation
- Soignant

## PRÉCISION

Cet article est issu d'une conférence faite à l'Association des enseignants-chercheurs en Sciences de l'éducation (AECSE).

► alors aux SdE de s'intéresser aussi à la formation initiale des soignants, mais au même titre que la médecine, la sociologie ou la psychologie : les SdE sont là des "prestataires de services" assurant des spécialités limitées. Dans certains Ifsi, des conventions ont été passées pour que certains modules de ces Ifsi, assurés par les SdE, puissent être aussi validés comme des unités d'enseignement de la licence des SdE (notamment le module d'initiation à la recherche en sciences humaines), l'étudiant étant ainsi incité à poursuivre plus tard le cursus des SdE. Dès lors, les personnels soignants sont devenus un public visé par les cursus des SdE, au même titre que les personnels de l'Éducation nationale. Des diplômés universitaires

(de niveau Deug) ont été ouverts ; des maîtrises, des DESS<sup>4</sup> et des équipes de recherche de troisième cycle s'adressent à ce public, à côté des publics issus du travail social ou de l'enseignement. La santé est alors un "terrain" possible de formation et de recherche en SdE et non pas seulement un objet de recherche que l'on regarderait à partir d'une des disciplines des sciences humaines (comme la sociologie et la psychologie, par exemple, savent le faire)<sup>5</sup>.

■ **La légitimité par la sollicitation.** Si la légitimité est attribuée par les personnes, alors les SdE sont rendues légitimes quand elles s'occupent de la formation des personnels soignants. Les associations professionnelles comme le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec), les associa-

tions des étudiants en santé, la quasi totalité des équipes de direction des écoles de cadres, la formation continue des Hôpitaux de la Croix-Rouge et de l'Assistance publique de Marseille (AP-HM) nous accueillent, nous sollicitent, notamment dans les colloques et les congrès professionnels que les soignants organisent ; les SdE sont maintenant toujours présentes. Nous sommes sollicités pour des conférences, des tables rondes, portant aussi bien sur des constats de la profession que concernant des propositions sur son devenir. Nous organisons et participons à des colloques internationaux avec des professionnels formateurs en santé, puisque les mêmes questions se posent aujourd'hui en Suisse, en Belgique ou au Canada<sup>6</sup>. Il devient évident, pour ces acteurs directement concernés, que le partenariat avec les SdE est souhaitable et profitable à l'évolution des professions de santé<sup>7</sup>. De même, les revues professionnelles, les maisons d'édition spécialisées, comme les éditions Masson ou Lamarre, nous sollicitent pour écrire des ouvrages destinés aux personnels de santé. Aujourd'hui, le phénomène de greffe des SdE sur les professions de santé a pris. Nous travaillons en SdE dans l'éducation "pour" la santé : nous formons les personnels de santé à assumer la dimension éducative de leur pratique, nous travaillons avec eux "l'éducation". La légalité et la légitimité sont là. Les pratiques désignées par "la santé" sont un vaste ensemble dans lequel existent des spécialités, des spécificités, des segments différents. Je me centre ici sur la fonction hospitalière, mais il faudrait bien sûr y ajouter les pratiques de santé communautaire, ainsi que les pratiques de veille qui sont du ressort de la santé publique (bilans, tableaux de bord, prises de décisions politiques, préconisations, suivis de la mise en œuvre d'actions, aides financières), dans laquelle il faut alors adjoindre les pharmaciens, les dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les vétérinaires qui ont un système de formation indépendant, mais qui pourraient devenir partenaires des SdE<sup>8</sup>, ainsi que les "nouveaux métiers" de la santé : médiateurs, éducateurs en santé dans le secteur scolaire et en entreprise, dont la formation relève aussi des SdE.

**LE CURATIF, LE SOIN ET L'ÉDUCATIF**

Les infirmiers ont un domaine de responsabilité distinct du corps médical, bien que complémentaire, avec des décisions à prendre, des gestes professionnels spécifiques à choisir et à tenir, des attitudes d'accompagnement, de suivi de l'évolution du patient considéré alors comme une personne et pas seulement comme un malade. L'infirmier – et notamment le cadre infirmier – est devenu un collaborateur du médecin ; il n'est plus seulement

<b>UN CLIVAGE IMAGINAIRE</b> Les personnels de santé dans le sens commun	
<b>Le curatif</b>	<b>Le social</b>
<b>Guérir</b> la maladie les organes le "malade"	<b>Soigner</b> la personne globale holistique le "patient" (qui souffre)
<b>Pratique médicale</b> étiologique épidémiologique nosographique expérimentaliste	<b>Pratique du soin</b> des gestes techniques et du "relationnel" de l'écoute pratique "clinique" (au chevet du malade)
<b>Des recherches scientifiques</b>	<b>Des évaluations en situation</b>
<b>Relation thérapeutique</b> mécanique explicative	<b>Relation éducative</b> intersubjective compréhensive
<b>Des disciplines</b> biologie neurologie oncologie	<b>Des métiers</b> "paramédicaux" : infirmières kiné...
<b>Des spécialistes</b>	<b>Des corps de professionnels</b> en voie de regroupement
<b>Une tradition de prestige</b>	<b>Une tradition de discrédit</b>
<b>Le "pouvoir médical" assis</b> Commander Régenter Penser	<b>Une reconnaissance sociale</b> récente, fragile. Exécuter Piquer - perfuser Panser

un exécutant paramédical, son exercice ne se limite pas à exécuter le curatif. La scène professionnelle exemplaire à ce sujet est la visite du médecin au lit des malades : le cadre infirmier n'est plus obligé d'y assister et de noter ce que dit le médecin et de remplir (à sa place) les bons de transport, par exemple. Il peut pendant ce temps faire le tour du service pour évaluer le travail de l'équipe infirmière. Cette distinction entre le curatif et le soin est primordiale pour comprendre la place des SdE dans la formation des personnels de santé.

On a regroupé l'ancien corps professionnel des infirmières dans celui des "soignants", sous-ensemble des "personnels de santé"<sup>9</sup>. Le soin ici, en première lecture, s'oppose au curatif (soigner n'est pas guérir). Parler de soignants inclut alors d'autres catégories que les infirmiers "cliniciens" (qui sont au chevet du malade). Le terme de soignant désigne donc tous ceux que les médecins appelaient les "paramédicaux", terme qui, de fait, est devenu obsolète, car trop chargé d'affects dépréciatifs. Les personnels soignants ne sont plus autour du médecin, mais à côté, et tous, médecin et soignants, sont autour du client/malade/destinataire (ou bénéficiaire) de leurs actions. Les termes de "destinataire" et "bénéficiaire" sont des emprunts à l'analyse structurale des récits (le modèle actanciel)<sup>10</sup>. Le terme de bénéficiaire est bien plus intéressant que celui de "client à satisfaire" emprunté à la fabrication normalisée, en série, d'objets industriels.

Ces spécialités ne vont pas sans produire un imaginaire social bien particulier. Dans le sens commun, en première lecture, le médecin intervient pour guérir, pour supprimer la maladie (visée curative), ce qui n'est pas le sens de la pratique soignante. Le clivage est imaginaire, mais la distinction ne l'est pas, si on la travaille. C'est une question de hiérarchie de ces deux visées. En fait, le médecin est assisté dans sa visée curative (prépondérante pour lui, ce qui ne l'empêche pas, éventuellement, d'avoir aussi une visée sociale) par les soignants. L'infirmier, par exemple, administre les recommandations du médecin – en ce sens il participe aussi de la visée curative –, mais le soignant a pour visée prépondérante d'aider le malade à vivre la maladie, il l'aide à se guérir : il "prend soin" du malade. Le soignant a le souci d'une relation avec le destinataire du soin. Ses actes n'ont de valeur que par rapport au devenir de ce destinataire précis, singulier : le "patient" qui n'est pas d'abord un exemplaire dans une catégorie comme peut l'être le "malade". Relation curative et relation soignante sont alors deux pratiques thérapeutiques coexistantes en santé : c'est un second niveau de lecture.

Mais on peut aller encore un peu plus loin. La relation de soin comporte en elle-même une dimension éducative. Le soin n'est pas que du "thérapeutique", c'est aussi de l'éducation ; le soin comporte une relation thérapeutique et une relation éducative. Le soignant assure un ensemble de pratiques dans lesquelles la visée éducative est une dimension plus ou moins au premier plan des actes. La relation éducative obéit alors au but d'obtenir la santé (et on parlera d'éducation à la santé, dans une logique d'information) ou pour accélérer le changement de l'autre (éducation pour la santé, dans une logique, cette fois-ci, d'abord de communication).

Médecins et soignants sont, comme l'ensemble du personnel d'un hôpital, au service de ce qui a été appelé "la qualité des soins". La qualité du travail des soignants passe par l'évaluation en continu des actes effectués (et en SdE nous pouvons former à cette évaluation<sup>11</sup>) et par ce que nous pouvons appeler en SdE "l'éducation du patient, du soigné" (éducation à la santé, en prévention, avant, pendant et après la crise qui nécessite une hospitalisation : savoir pratiquer sur soi des soins quand on est, par exemple, diabétique).

## NOTES

### 1. SdE dans le texte.

Le laboratoire de Lille 3 en Sciences de l'éducation s'intéresse particulièrement aux politiques de la santé publique, le laboratoire de l'Université de Provence (Aix-en-Provence, 13) à la formation des soignants, celui de Bobigny (93) à l'éducation du patient... D'autres laboratoires en Sciences de l'éducation s'intéressent aussi à la santé, comme Nantes (44), où l'on forme à la pédagogie de l'enseignement médical... Un regroupement en réseau de ces enseignants-chercheurs est en cours.

.../...

## UN CLIVAGE IMAGINAIRE

### Relations thérapeutiques

#### Relation curative

Sauver  
Diagnostiquer, opérer, prescrire le traitement  
Intervenir pour éradiquer le mal  
Pour résoudre le problème  
S'occuper des symptômes  
Vers l'obtention de la guérison

#### Relation soignante

Prendre soin  
Intervenir pour administrer le traitement (rôle prescrit)  
Décider de l'organisation du soin  
Assurer la relation au soigné (rôle propre)  
S'occuper du patient maintenant  
Vers l'obtention d'un mieux-être

## RELATION ÉDUCATIVES EN SANTÉ

Pour obtenir la santé conçue comme la "paix des organes", pour éradiquer la maladie ou l'empêcher ("éducation à la santé")

Que l'autre ne soit plus/pas malade  
Informé pour faire respecter les procédures de la bonne santé

Exemple : prévenir : empêcher le mal, rester en bonne santé  
Instruction  
Information d'abord  
Le vaccin  
Ne pas mourir

Vers plus d'humanité, vers la santé conçue comme vivre au mieux, avec ou sans la maladie ("éducation pour la santé")

Que l'autre assume la maladie  
Communiquer pour que l'autre change  
Faire apprendre à se soigner  
Prévention : apprendre à gérer des risques  
Maturation  
Communication d'abord  
Les pratiques de protection sexuelle  
Vivre avec

.../...

**2. Le soignant est ici celui qui participe au soin** directement ou indirectement, qui agit pour soigner, et non pas seulement celui qui effectue (directement) le soin (l'infirmier dans le service dit "clinicien") : les formateurs en soin sont aussi soignants.

**3. Imbert F.**, L'impossible métier de pédagogue, ESF, 2000

**4. DESS** : Diplôme d'étude supérieure spécialisée (niveau 3<sup>e</sup> cycle), seconde année du master (bac+5).

**5. Éducation et santé**, Revue Spirale, 2000 ; 25 ; Éduquer en santé et en orientation, Enjeux et perspectives de l'évaluation, Actes de la journée d'étude de l'Université Lille III, PUF, sept. 2001

**6. Ainsi le colloque international** "Entre recherche et démarche qualité : quelle complémentarité pour les soins ?", en partenariat entre le Département des SdE de l'Université de Provence et Le bon secours, les Hôpitaux Universitaires de Genève, les 1-2-3 mars 2001

**7. Galant MO**, Le partenariat, une nécessité et une force, Revue Les Sciences de l'éducation en question, 1998, Cahier n°21,

**8. Voir le site internet** <http://www.sante.gouv.fr>.

**9. Le terme de "personnels de santé"** regroupe ici les médecins et tous les anciens "paramédicaux" : les médecins et tous les soignants.

**10. Greimas A.-J.**, Sémantique structurale, PUF, 1987 ; **Dumortier J.-L.**, **Plazanet F.**, Le récit, l'analyse structurale au service de la pédagogie de la lecture, De Boeck, 1980

► C'est un troisième niveau de lecture qui n'oppose plus en bloc médecins et soignants : certains médecins peuvent avoir à tenir une forte proportion de relation éducative, d'autres très peu.

#### JOUER UNE RELATION ÉDUCATIVE

■ **Le médecin.** Les SdE pourraient contribuer à former aussi les médecins, s'ils acceptaient que la relation éducative fasse partie de leur travail. Certains spécialistes s'y forment, par expérience, au hasard des nécessités des services de "long séjour" ou des "fins de vie" ou parce qu'ils ont eu affaire à des "incurables" d'un type nouveau (le sida a fait bouger les mentalités du corps médical). Mais cette relation éducative est encore clandestine : on va jusqu'à envoyer par La Poste les résultats d'analyses de dépistage, sans aucun commentaire, à charge du médecin généraliste, médecin de famille, d'assumer la situation... d'éducation. On voit bien dans cet exemple qu'il ne s'agit pas seulement d'informer le client. Annoncer à quelqu'un qu'il "a un cancer" n'est pas seulement l'informer en lui disant lequel et quel sera son traitement. On est bien dans une situation d'éducation et non pas (ou pas seulement) dans une relation thérapeutique. Les SdE pourraient former les médecins à assumer une relation éducative, non seulement dans l'éducation à la santé, mais aussi dans l'éducation pour la santé : pas seulement pour éduquer l'autre, mais d'abord pour se vivre comme "éduquant". Actuellement, ces compétences s'acquièrent sur le tas, au hasard de l'auto-formation et de l'histoire singulière.

■ **Le cadre soignant.** Le cadre soignant en service (cadre intermédiaire, de proximité) est l'interlocuteur du médecin, il n'est pas (ou il n'est plus) à son service. Il encadre, gère, anime et forme son équipe de soignants. Il est lui-même en coordination avec sa hiérarchie spécifique (les cadres supérieurs soignants chargés du management de plusieurs services de soins et les directeurs des soins qui participent de la gestion hospitalière pour la politique des soins). Le cadre de proximité a besoin d'être formé à ce que l'on appelle "l'encadrement" : gestes professionnels possibles autour de "l'art de gouverner ses semblables", qui recouvrent la gestion, l'animation, la médiation, l'évaluation et ne se réduisent pas à la possession de quelques notions sur le management. En effet, le cadre en service assure une fonction de gestion (plannings, vérification de l'état du matériel, comptes rendus de l'état des stocks de la pharmacie, par exemple, et rapports à sa hiérarchie) : les SdE garantissent que cette fonction ne se réduira pas à l'exercice d'une gestion seulement compatible des ressources (y compris de celles appelées

"ressources humaines"), mais qu'il y aura aussi des visées éducatives à mettre en actes.

• **En effet, le cadre soignant est tenu d'assumer une fonction "formation"** envers les membres de son équipe : il anime, il dynamise l'équipe, il identifie au quotidien les apprentissages nécessaires et les assure notamment en "remédiation" d'erreurs constatées, ou bien il oriente vers des stages de formation continue. Ces apprentissages ne sont pas seulement d'ordre technique : savoir utiliser telle ou telle machine ou accomplir tel ou tel geste normé – dont l'emblème reste la piquûre ! –, mais touchent aussi à la relation au patient<sup>12</sup>.

• **Le cadre assure aussi une fonction d'évaluation** : il organise l'accueil, le suivi, et participe à l'évaluation des stagiaires issus des Ifsi et futurs infirmiers. Le cadre est garant du projet du service et des projets d'évaluation des pratiques des soins : sécurité, qualité et promotion des potentiels de l'équipe. Il note les membres de l'équipe (entretien d'évaluation au moins annuel).

• **Enfin, le cadre impulse, initie et/ou participe à des recherches** sur les pratiques de soins.

■ **Le cadre formateur.** Le cadre formateur en formation initiale est chargé, pendant un cursus de trois ans, de coordonner les cours prescrits par les programmes officiels, d'encadrer les intervenants externes (professionnels ou universitaires – parmi lesquels des médecins), les travaux de validation (dont un mémoire de fin d'études), les stages, etc. : il assure toutes les tâches spécifiques du formateur d'adultes. Sa formation de formateur relève évidemment des SdE, si on ne pense pas qu'il suffit d'être un bon professionnel pour devenir un formateur. Il est à la fois un professionnel ayant exercé en service et un éducateur qui a tout intérêt à être formé à devenir formateur. Le directeur de l'établissement de formation, lui-même cadre formateur, assure la visibilité du projet de formation et les liens avec les milieux d'exercice, les services, lieux de stages.

Le cadre formateur en formation continue est un cadre formateur de cadres, mais il peut être aussi, par la formation continue, formateur de tous les personnels des soins (il propose et organise également des interventions dites "intra" établissement ou des stages).

■ **Les intervenants.** L'hôpital s'ouvre aux consultants et aux experts pour des audits, des conseils et des évaluations. Ces acteurs des métiers du conseil, évaluateurs souvent issus de la santé, se forment dans des DESS et en DEA-Thèse<sup>13</sup>.

Il reste que tous ceux qui conçoivent le soin seulement comme un ensemble de techniques à respecter, complétées par une compétence relationnelle qui relèverait plus du don que de l'appren-

tissage, ne peuvent comprendre que technique et relation vont de pair et pourtant sont antagonistes, et qu'il est fort utile, dès lors, d'être formé à assumer dans la santé ce qui devient, au-delà de la relation thérapeutique, une relation éducative.

Ajoutons que les soins ne sont pas une science, mais une discipline<sup>14</sup>, un corps organisé de savoirs professionnels liés à une pratique (évolutive). La notion de "science infirmière" est une aberration au moins sémantique, comme le seraient une "science ergonomique" ou une "science plombière"! Un corps professionnel ne peut s'autoproclamer discipline de recherche. Les soignants qui engagent un cursus de recherche ont le choix entre plusieurs disciplines de recherche et il est possible – et de plus en plus fréquent – qu'ils s'inscrivent dans un laboratoire des SdE pour y faire une thèse qui alors portera sur l'intelligibilité des pratiques soignantes en tant que pratiques éducatives. Ces chercheurs pourront proposer des recherches aux soignants sur leurs pratiques professionnelles.

#### APPORT ET UTILITÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Les SdE interviennent dans la formation des soignants pour contribuer à leur donner des outils, des modèles, des cadres de pensée et de la distanciation.

■ **L'intelligence critique.** Ce n'est pas plus difficile pour un enseignant-chercheur en SdE de former des personnels de santé que de former des personnels de l'Éducation nationale. Dans les deux cas, nous visons l'intelligence critique par rapport à une pratique (le soin ou l'encadrement ou la formation ou l'enseignement) et, dans les deux cas, nous n'avons pas obligation d'être tous des spécialistes des savoirs spécifiques transmis dans cette pratique. Nous pouvons former à l'éducation en complémentarité et en partenariat<sup>15</sup> avec des spécialistes de l'accord du participe passé ou de la nosographie médicale ou de l'épidémiologie, avec des spécialistes de la psychologie de l'enfant ou de la transfusion sanguine. Pour l'enseignant-chercheur en SdE, la connaissance des institutions s'acquiert, soit en ayant été dans une vie professionnelle antérieure soi-même soignant (ou médecin), soit par un travail documentaire et de recherche sur le terrain permettant d'avoir une certaine familiarité avec le milieu sans pour autant se croire spécialiste de savoirs dits "disciplinaires".

Dans tous les cas, la formation des SdE garantit la prise en compte de références plurielles pour rendre intelligible cette relation humaine spécifique qu'est la relation éducative. Le but est de pouvoir mettre en actes, incarner des valeurs professionnelles, conformes aux contextes institution-

nels précis, mais évolutifs, où il est urgent de former des acteurs réflexifs.

La qualité des savoirs que les SdE communiquent n'est pas dépendante de cette idée toute faite qu'il faudrait obligatoirement au formateur avoir été ou être par ailleurs un praticien de la profession à laquelle il forme. Sans doute parce qu'il s'agit, non pas simplement d'une formation professionnelle, mais d'une formation universitaire professionnalisante, une formation par la recherche. Il y a complémentarité entre les formateurs en santé, les professionnels du soin et les universitaires en SdE qui, eux, apportent un regard justement distancié sinon théorique avec des références et des appareils conceptuels transférables par le "formé" lui-même aux situations qu'il doit ou devra tenir.

#### CONCLUSION

La formation universitaire est alors conçue comme composante de l'alternance. Les SdE accueillent des soignants non seulement pour qu'ils se professionnalisent en tant que soignants, mais aussi éventuellement pour qu'ils puissent se réorienter. Ces formations des personnels de santé permettent à des professionnels soignants "usés" par leur profession de pouvoir rebondir dans le social et se réorienter vers d'autres professions. Les SdE assurent là leur part dans la mobilité sociale.

L'éducation se pense ici comme un projet présent dans diverses pratiques et visant à développer des attitudes spécifiques, des "compétences" pour évoluer dans une relation humaine elle-même particulière, puisque l'un des partenaires (l'éducateur) est garant de l'accélération du changement de l'autre (et non pas de sa transformation finalisée, prévue dès le départ, conditionnée, ciblée sur un type privilégié de façon de faire, ce qu'est l'instruction<sup>16</sup>). Cette qualité de l'évolution de l'autre est visée (et non pas automatiquement atteinte). Elle demande, pour être possible, d'agir selon des valeurs toutes contenues dans l'idée de l'émancipation de l'autre : plus d'autonomie, plus de fonction critique, plus de "créativité", plus de pertinence aux contextes professionnels, c'est-à-dire « *apprendre à user de sa liberté en subissant et en se soumettant à la contrainte des règles* »<sup>17</sup>.

Cette conception de l'éducation s'adresse autant aux enseignants qu'aux personnels de santé. Il s'agit, en quelque sorte, non pas seulement d'instrumenter, mais bien davantage d'apprendre à faire avec l'incertitude : « *L'incertitude nous enseigne qu'il n'y a pas de vérité révélée, que les savoirs sont incertains et qu'ils doivent être discutés, argumentés, et que nous devons enfin, interroger, questionner le monde vécu. Il s'agit d'assumer avec légèreté un "désespoir" sans gémissements* »<sup>18</sup>. ■

.../...

**11. Vial M.**, Se former pour évaluer, Se donner une problématique et élaborer des concepts, De Boeck Université, 2001

**12. Genthon M., Donnadieu B., Vial M.**, Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?, Interéditions, Masson, 1997

**13. Ainsi le DESS** du Département des SdE de l'Université de Provence, "Missions et démarches d'évaluation" que je dirige, où se forment des intervenants dans les organisations hospitalières chargés de mission, experts ou consultants.

**14. Il existe l'équivalent dans l'Éducation nationale** : l'enseignant qui veut faire une recherche sur ses pratiques peut le faire en sociologie, en psychologie ou en SdE. Il n'existe pas non plus de "science enseignante".

**15. Le partenariat** est ici conçu comme une relation dynamique où chacun a besoin que l'autre réalise ses buts pour pouvoir réaliser les siens.

**16. Vial M.**, Organiser la formation : le pari sur l'autoévaluation, L'Harmattan, 2000

**17. Beillerot J.**, L'éducation en débats : la fin des certitudes, L'Harmattan, 1998 ; 83

**18. Beillerot J.**, *op. cite* : 94

#### L'AUTEUR

**Michel Vial**, maître de conférences habilité, Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence, Lambesc (13)