

Les formations universitaires en sciences humaines et en sciences sociales à l'épreuve des métiers de la santé

Résumé

L'article se présente comme une analyse des principales orientations en matière de formation tout au long de la vie dans le cadre des formations européennes universitaires des métiers de la santé qui interrogent la place des sciences humaines et des sciences sociales dans le champ de la santé. À partir d'une approche réflexive sur ma pratique professionnelle d'enseignant-chercheur dans une université de sciences humaines, j'interroge ici les processus de référenciation dans la mise en place de la construction d'un certificat de compétences pédagogiques des personnels médicaux et paramédicaux et d'un projet de master « sciences humaines et sciences sociales dans le champ de la santé ». La construction de ces projets de professionnalisation et de formation des métiers de la santé dans le cadre d'un espace européen d'éducation et de formation tout au long de la vie amène aujourd'hui à questionner non seulement les enjeux des disciplines et des pratiques sociales dans la professionnalisation des compétences pédagogiques des professionnels de santé ; mais aussi les enjeux entre les universités dans la mise en place des formations entrant dans le cadre de la refonte européenne des formations.

Mots clés : validation des acquis de l'expérience, certificat de compétences, formation universitaire

Le cadre de la réflexion

Le travail présenté ici se caractérise par une focalisation forte sur les contenus thématiques « internes » des textes analysés plutôt que sur le contexte intellectuel et politique de leur élaboration. La méthode de recherche est celle de la didactique professionnelle (Pastré, 2000) puisqu'il s'agit de comprendre comment se structurent la certification des compétences pédagogiques des personnels du soin et la formation universitaire dans le système de santé. On est dans un champ particulier où un champ de pratiques est un champ de recherches, où la recherche accompagne un processus de l'action sociale. Il s'agit donc d'une recherche située ; la dimension historique est fondamentale. Cette dimension donne du sens à la compréhension des processus de référenciation, il s'agit bien d'étudier « des organisations singulières de formes régulières » (Barbier, 2000) pour produire de l'intelligibilité, « ces corrélations dans le fonctionnement social » (Barbier, 2000).

Le contexte institutionnel

L'idée d'une extension de l'éducation tout au long de la vie des individus donne lieu, dans différents pays à un questionnement. Au niveau du Conseil de l'Europe s'est créé un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie visant d'une part à responsabiliser les citoyens de manière à ce qu'ils puissent passer librement d'un environnement d'apprentissage, d'un emploi, d'une région ou d'un pays à un autre afin d'utiliser au mieux leurs connaissances et leurs compétences ; et d'autre part à permettre à l'Union Européenne et aux pays candidats d'atteindre leurs objectifs en terme de prospérité, d'inclusion, de tolérance et de démocratie. ¹

En France, la formation tout au long de la vie et la validation des compétences sont inscrites « dans les réformes fondamentales, globales et progressives d'une nouvelle société plus humaine, plus fraternelle et plus citoyenne, plus responsable »² impulsées par le gouvernement socialiste en 2002. Cette formation tout au long de la vie nécessite non seulement une évolution des mentalités, des représentations, une « nouvelle culture », de nouveaux rapports aux savoirs. Il s'agit en particulier de valoriser les savoirs entre information et culture, de favoriser l'articulation entre la formation initiale et la formation continue, de développer la validation des acquis professionnels, des bilans de compétences, l'éducation permanente ; i.e. une éducation étendue sur la durée de la vie intéressant toutes les dimensions de la vie et intégrant en un dispositif cohérent les différentes modalités possibles du processus éducationnel (Forquin, 2002).

En corollaire, le vote de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 favorise la validation des acquis de l'expérience définie « comme une procédure entreprise en vue d'une reconnaissance institutionnelle des acquis »³. La valorisation des savoirs trouve ainsi une suite logique dans la validation des acquis de l'expérience qui, dans ses prémices en 1985 puis de 1992, constitue un élargissement du droit à la formation entrant dans la certification tout au long de la vie. Parallèlement, le Ministère de la jeunesse et de l'éducation nationale et de la recherche, en novembre 2002 propose un schéma national Licence-Master-Doctorat (LMD) qui permet aux universités françaises de proposer leurs programmes et leurs diplômes. ⁴

¹ Commission des communautés européennes, Communication de la commission, Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie, Bruxelles, 21,11,2001 (COM (2001) 678 final)

² L'éducation tout au long de la vie, Le projet socialiste pour demain et pour les vingt ans qui viennent. Contribution des fédérations du Nord et de Pas-de-Calais

³ Extrait de la réglementation de 2002 (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, décret 2002-590 du 24 avril 2002)

⁴ Lettre d'information aux établissements publics de l'enseignement supérieur du 14 novembre 2002 du Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche pour la mise en place du schéma Licence-Master-Doctorat (LMD)

Dans ce contexte, ma pratique de professionnelle d'enseignant-chercheur en sciences de l'éducation spécialisée dans les questions d'éducation et de santé se trouve directement interpellée par ces nouveaux cadres législatifs où les questions de la validation des compétences pédagogiques me sont renvoyées par des équipes médicales et paramédicales ainsi que la question de la création des nouvelles formations universitaires impulsant des co-habilitations entre les universités de sciences humaines, sciences sociales et la faculté de médecine.

La puissance de l'agir des représentations historiques de la santé

Force est de constater que la question de la professionnalisation et de la formation en santé est liée à la représentation historique de la santé comme l'absence de maladie. Elle appartient à la médecine, induite par la modélisation des pratiques décisionnelles au sens de la mission de Strauss⁵, mais aussi par une certaine forme de recherches et de pratiques sociales curatives. Le modèle de la santé est le modèle biomédical inscrit dans une logique de continuité linéaire entre la recherche biomédicale de la maladie et la pratique médicale. Dans cette acception, la médecine a conçu l'enseignement de l'objet santé comme l'évitement de toute forme de risque évalué selon des modèles probabilistes. La logique reste hétéronomique : les mesures scientifiques de la médecine fondent les contenus à enseigner et vise le développement de compétences de diagnostics issus d'une technologie répondant aux normes de sécurité de la fin du XXe siècle, dans laquelle la relation se trouve confiée à une évaluation biologique ou radiologique.

Dans ce modèle biomédical de la santé, les principaux acteurs ont conçu la santé comme une composante de l'homme définie comme une somme d'aptitudes physiques, sensorielles et mentales observables et évaluables à partir de recherches inscrites dans le courant positiviste selon lequel la science doit exclusivement faire appel à l'observation directe, à la constatation, à l'expérience et à l'expérimentation d'objets. La connaissance ne peut être donc trouvée que dans l'analyse de faits réels qui doivent être décrits de la façon la plus neutre, la plus objective et la plus complète possible, son contenu ne soutient directement ou indirectement aucune correspondance entre les faits observés. La connaissance n'est donc validée que si elle se base sur une observation systématique des faits sensibles à partir d'une méthodologie de recherche qui soit absolument celle des sciences exactes et de la recherche de lois générales en privilégiant l'explication causale. Il n'existe donc pas de relation entre le sujet et l'objet c'est à dire que les faits qui découlent exclusivement de l'observation et de l'expérimentation peuvent être analysés de façon neutre et objective. Ainsi, il n'existe pas de différence réelle entre l'essence, i.e. la structure générale

⁵ Strauss, A (1992) La trame de la négociation, Paris, L' Harmattan

des significations et le phénomène (le fait). Le sujet est considéré comme objet. En vertu de ce concept d'objectivité, et du caractère historique et social des paradigmes de la médecine, le diagnostic devient un énoncé légitime parce qu'il décrit les indicateurs pertinents ou décisifs pour le médecin. Cet énoncé va amener des lois de portée générale sur l'état de santé d'un individu et des populations. Au nom de ce positivisme, la santé est donc inscrite dans un processus de référenciation historique comme un construit social de la médecine, induisant des formes de pratiques politiques, sociales et économiques dans la prise en charge de la maladie des individus et des populations.

Au nom du biopouvoir⁶ et des bio-industries, la santé est donc enseignée dans les facultés de médecine dans un postulat selon lequel la pratique médicale est fondée sur les savoirs scientifiques induisant une pratique de normalisation des pratiques de diagnostics niant toutes expressions des différents inter et intra-individuelles propres à l'être humain. La difficulté de la médecine contemporaine serait justement, selon Didier Sicard cet écart entre le ressenti par le malade, l'expression qu'il en donne et la réponse qui lui est faite par la médecine (Sicard, 2002)⁷. Ce constat est d'autant plus restrictif que la santé peut être pensée en dehors du champ des sciences de la santé, en particulier dans le champ des sciences humaines et dans les sciences sociales, dans la mesure où pour des raisons historiques, la croyance au progrès induit nécessairement la fin des certitudes sur l'état des connaissances déjà largement démontrée par Friedson en 1984, si ce n'est plus récemment par Prigogine.

En effet, de nombreux travaux dans le champ des sciences humaines et sociales comme ceux des psychologues de la santé : Bruchon-Schweitzer⁸, Fischer⁹, Santiago-Delfosse¹⁰, de psychosociologues comme Flick et Verres¹¹, de nombreux sociologues, Cresson¹² Schweyer ainsi que pour de nombreux chercheurs en éthique Massé¹³, Doucet¹⁴, Kahn¹⁵ et Sicard pour ne citer que quelques auteurs ; nous interpellent sur la nécessité de penser la santé autrement qu'à travers la médecine et la santé publique, et donc de repenser l'enseignement supérieur de la médecine dans la puissance de

⁶ Foucault, M (1963) La naissance de la clinique, Paris, PUF

⁷ Sicard, D (2002) La médecine sans le corps, Plon

⁸ Bruchon-Schweitzer, M (2002) Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes, Paris, Dunod

⁹ Fisher, G-N (2002) Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod

¹⁰ Santiago-Delfosse,, (M) Psychologie de la santé, Perspectives qualitatives et cliniques, Hayen, Mardaga

¹¹ Flick, U (1992) La perception quotidienne de la santé et de la maladie, Paris, L'harmattan

¹² Cresson, (G) ; Schweyer, F-X (2000) Les usagers du systèmes de soins, Rennes, ENSP

¹³ Massé, R (1995) Culture et santé publique, Montréal, Gaëtan Morin

¹⁴ Doucet, H (2002) L'éthique de la recherche, Montréal, Presses Universitaires de Montréal

¹⁵ Kahn, (A) (2000) Et l'homme dans tout ça ? Paris, Éditions Nil

l'agir des représentations historiques de la santé dans notre communauté occidentale.

Par delà le procès en responsabilité réciproque, les uns reprochant des recherches inutiles, de prouver des évidences sans traiter les véritables questions de maladie dans un langage abscons, les autres déplorant le manque d'intérêt ou de compétences pour des pratiques et des recherches hautement technicisées, un constat s'impose. La façon de penser de beaucoup de nos institutionnels se représentant spontanément la santé comme l'absence de maladie conduit inexorablement à l'échec restreignant les contacts entre les champs disciplinaires, les théories et les modélisations des recherches sur un objet commun parce qu'on les pense selon ce schéma erroné.

Face à ce constat, seule la mise en relation des deux univers, celui des sciences humaines et sociales et celui des sciences de la santé qui passe par des mécanismes complexes et multiples d'interactions pourra assurer une connaissance réciproque. De même qu'entre la recherche et la pratique il n'y a pas d'ajustement linéaire, mais des ajustements complexes qui se font sur le marché de la santé publique. De même qu'entre la formation universitaire dans le cadre des réformes européennes, l'ajustement passe par l'existence d'un milieu d'échanges où les problèmes des champs disciplinaires, des théories et des méthodologies peuvent être abordés pour construire une nouvelle culture autour de l'objet santé.

Le développement de cette culture-recherche passe par plusieurs types d'actions : la recherche elle-même, surtout la recherche contextualisée qui met en rapport des chercheurs des sciences humaines et sociales et des praticiens de la médecine, la formation en sciences humaines et sociales des futurs praticiens, les actions d'innovation qui peuvent remonter vers la recherche ; les actions d'expérimentations qui descendent vers le concret des établissements hospitaliers et la diffusion et valorisation de publications communes entre les différents praticiens. L'exemple de la certification des compétences pédagogiques des équipes médicales et paramédicales (au titre de la VAE) et la construction des masters est sans doute d'un grand intérêt d'étude de ces mécanismes complexes et multiples d'interaction.

L'exemple de la création d'un certificat de compétences

Le certificat de compétences pédagogiques des professionnels de soins paramédicaux et médicaux entre dans le cadre de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, des orientations du Plan National d'Éducation pour la santé, les recommandations de l'ANAES¹⁶, le décret du 11 février 2002 ainsi que dans les orientations de l'OMS de 1998 relatives à de l'éducation

¹⁶ *Recommandations Education thérapeutique du patient asthmatique –adulte et adolescent*, juin 2001

thérapeutique des patients. Il met en œuvre les principaux axes du décret du 5 mai 2002 concourant à la validation des acquis de l'expérience dans le cadre de la loi sur la modernisation sociale.

Il a pour objectif de valider les acquis d'expériences pédagogiques des professionnels de soins médicaux et paramédicaux en matière d'éducation thérapeutique du patient en certifiant la valeur professionnelle des compétences pédagogiques reconnues dans l'exercice professionnel des personnels. Sachant qu'un certificat de compétences sanctionne des unités de professionnalité par la construction d'un référentiel de compétence établi par les professionnels paramédicaux et médicaux, une formation qualifiante construite autour de l'apport des sciences humaines dans le champ de la médecine intervient le cas échéant pour compléter ou interagir sur les aspects de la professionnalité définis par le référentiel de compétences.

La formation proposée est fondée sur la diversité des disciplines et des méthodologies des sciences de l'éducation concourant à une approche réflexive de l'éducation thérapeutique du patient entendue comme un processus qui met en valeur les ressources individuelles et sociales du patient pour lequel un autre processus – l'éducation thérapeutique – concourt à l'appropriation de compétences fondées sur la compréhension du fonctionnement de la pathologie, de la démarche soignante dans le contexte écologique, social et culturel du patient.

Cette formation vise le développement de connaissances et de compétences multiples des acteurs de l'éducation thérapeutique du patient à partir de différentes approches disciplinaires et méthodologiques de l'éducation et de la santé comme : l'épistémologie, la philosophie, les méthodologies de l'éducation thérapeutique du patient et de la méthodologie de projet. Elle vise à permettre :

- d'établir une problématique incluant la dimension éducative dans les aspects techniques de la prise en charge médicalisée selon le niveau d'expertise de chaque auditeur ;
- d'acquérir une autonomie dans la conception de la gestion d'un projet éducatif individualisé permettant aux auditeurs de renforcer leur compétence d'éducateur et de mieux structurer leur programme d'éducation thérapeutique ;
- de faciliter le recours à l'expertise spécialisée du champ de l'éducation thérapeutique du patient et au dialogue avec les disciplines des sciences humaines ;
- de donner des éclairages par les sciences de l'éducation de questions au cœur de l'éducation thérapeutique du patient ;

- de développer des compétences en matière d'accompagnement de l'éducation alimentaire des patients cardio-vasculaires dans le cadre d'une option.

Pour obtenir le certificat de compétences pédagogiques, il convient de réunir l'ensemble des critères de certification élaboré par le groupe de professionnels chargé de sanctionner des unités de professionnalité et de valider le cas échéant les contenus de formation entrant dans le cadre de la licence de sciences de l'éducation option Éducation et santé.

L'exemple du projet de master

L'objectif de la création d'une option santé dans le master « Sciences Humaines et Sciences Sociales dans le champ de la santé » est de proposer une formation universitaire professionnalisée et de recherche, de chercheurs, d'expert et de consultant dans les domaines de l'éthique, de l'éducation, de la formation et des politiques de santé. Le projet de master est porté par les trois universités de Lille (sciences humaines, sciences sociales et la faculté de médecine)

Le master développe des compétences et des connaissances en sciences humaines et en sciences sociales relatives à différents métiers de l'intervention sociale dans le champ de la santé dont les missions correspondent au développement de la recherche, au management des politiques locales de santé, de projet éducatif dans le champ de la santé, de l'éducation et de la formation en santé, de l'éducation thérapeutique du patient, de la gestion des comités d'éthique.

L'enseignement de l'option proposé fournit des connaissances théoriques et méthodologiques des disciplines multiples des sciences humaines, des sciences sociales et des sciences de la santé. Il vise non seulement l'appropriation des conceptualisations de l'intervention sociale dans le champ de la santé plus spécifique au champ des sciences de l'éducation, de la psychologie, de la philosophie, de la sociologie et des sciences de la santé mais aussi le développement de compétences ou de capacités transversales attachées à la recherche à savoir :

- des capacités à mobiliser les questionnements épistémologiques des sciences humaines, des sciences sociales et des sciences de la santé ;
- des capacités de conceptualisation de l'intervention sociale dans le champ de la santé ;
- des capacités d'instrumentation des recherches dans les différents champs disciplinaires.

Il fournit également des connaissances théoriques et méthodologiques qui visent :

a) l'appropriation des conceptualisations qui ont été proposées pour analyser les interventions éducatives, sociales et politiques dans le champ de la santé dans une perspective de formation à l'intervention ;

b) la facilitation d'une instrumentation des recherches des différents champs disciplinaires et l'appropriation des méthodes d'analyse et de diagnostic des situations socio-sanitaires dans des contextes locaux ou organisationnels ;

c) la maîtrise des pratiques d'intervention, de programmation et de conduite de projet.

La prise de responsabilité dans le domaine de l'intervention sociale dans le champ de la santé nécessite à la fois des compétences en matière de recherche, de gestion des politiques locales de santé, de management de dispositifs d'éducation, de formation dans le champ de la santé pour développer la recherche, concevoir, organiser, gérer contrôler des stratégies, des plans, des actions d'expertise et de consultance Le master vise le développement de compétences managériales définies par six qualifications recouvrant sept rôles clés :

- Développer la recherche : traiter les questions épistémologiques des liens entre les sciences humaines et les sciences sociales dans le champ des sciences de la santé et conceptualiser l'intervention sociale dans le champ de la santé ;
- Gérer des activités : gestion des politiques locales de santé, des comités d'éthique et ou d'un projet éducatif en santé pour satisfaire les exigences des commanditaires et/ou des employeurs en améliorant en permanence les performances de l'organisation ;
- Gérer les ressources : planification et utilisation effective et efficiente des ressources matérielles : gestion du budget, repérage des ressources institutionnelles, gestion des locaux, des biens d'équipement, de l'énergie, des fournitures et des matériaux ;
- Gérer les personnes : travail de recrutement, de formation, de développement d'équipes, d'allocation et d'évaluation du travail avec une prise en compte de la variabilité inter-personnelle.
- Gérer l'information : développer des compétences en matière d'analyse, de traitement de l'information et de la conduite de réunions ;
- Gérer l'énergie : s'assurer que l'organisation développe et met en œuvre une politique d'utilisation de l'énergie la plus efficiente possible ;
- Gérer la qualité : viser l'amélioration continue de la qualité et concourir à la gestion de la qualité totale ;

- Gérer les projets : développer des compétences en matière de planification, de contrôle et de gestion de projet éducatif dans le champ de la santé.

Les qualifications visées spécifient aussi des compétences personnelles pour atteindre le niveau de performance requis pour l'adoption d'un comportement éthique, la planification des priorités, l'autogestion de l'apprentissage et du développement personnel des capacités de conceptualisation et de prise de décisions dans le domaine de la santé.

Conclusion –discussion

Le but de cette contribution était de proposer un regard local et contingent sur la situation actuelle de la formation universitaire en sciences humaines et sociales dans le système de santé à partir d'une analyse des principales orientations en matière de validation des compétences pédagogiques des professionnels de santé et des textes relatifs à la mise en place des formations universitaires européennes. La première partie du travail a été consacrée à examiner le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit ma pratique d'enseignant-chercheur pour interroger les notions et concepts définissant les modes de référencement de la santé. La formation universitaire des métiers de la santé, s'ouvre officiellement aujourd'hui aux sciences humaines et sociales, à la dynamique des phénomènes sociaux et humains dans le contexte social et économique des politiques actuelles de santé françaises, mais force est de constater la puissance de l'agir des représentations historiques de la santé dans la pratique sociale curative. La formation universitaire doit faire face à des conflits épistémologiques entre les sciences de la santé et les sciences humaines et sociales, à une reconnaissance sociale des compétences pédagogiques dans la pratique soignante qui pourrait correspondre à une perte de certitude du seul pouvoir curatif (et médical) dans la prise en charge d'un patient, elle doit formuler des référentiels de compétences pédagogiques des professionnels de soins. La professionnalisation de métiers de la santé interroge directement la définition des compétences des professionnels de santé et rend compte de la nécessité de prendre en considération les recherches dans le champ des sciences humaines et sociales au même titre que les recherches médicales pour construire les référentiels de compétences si ce n'est la certification de compétences pédagogiques des professionnels de la santé dans laquelle s'inscrit son avenir.

C'est ainsi que dans la deuxième partie de ce travail deux exemples précis de travaux en lien entre les deux champs disciplinaires permettent d'identifier les processus de référencement qui constituent les fondements intellectuels de la santé. Ce sont là des visions des sciences humaines et des sciences sociales en particulier des sciences de l'éducation qui sont à la base d'un débat qui est loin d'être clos.

Bibliographie

- Barbier, J.M (2000) Rapport, sens construit, signification donnée, in Signification, sens , formation sous la direction de, Paris, P.U.F p 61-86
- Bruchon-Schweiter, M (2002) Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes, Paris, Dunod
- Cresson, (G) ; Schweyer, F-X (2000) Les usagers du systèmes de soins, Rennes, ENSP
- Doucet, H (2002) L'éthique de la recherche, Montréal, Presses Universitaires de Montréal
- Fisher, G-N (2002) Traité de psychologie de la santé, Paris, Dunod
- Flick, U (1992) La perception quotidienne de la santé et de la maladie, Paris, L'harmattan
- Foucault, M (1963) La naissance de la clinique, Paris, PUF
- Friedson, E (1984) La profession médicale, Paris, Payot
- Forquin, J-C (2002) Les composantes doctrinales de l'idée d'éducation permanente, Analyse thématique d'un corpus international (UNESCO), Paris, L' Harmattan
- Kahn, (A) (2000) Et l'homme dans tout ça ? Paris, Editions Nil
- Massé, R (1995) Culture et santé publique, Montréal, Gaëtan Morin
- Massé, R (2003) Enjeux éthiques en santé publique, Montréal, Presses Universitaires de Montréal
- Pastré, P (1999) La conceptualisation dans l'action : bilan et perspectives, in Éducation permanente, N° 139, p13-p35
- Santiago-Delfosse,, (M) Psychologie de la santé, Perspectives qualitatives et cliniques, Hayen, Mardaga
- Sicard, D (2002) La médecine sans le corps, Paris, Plon
- Strauss, A (1992) *La trame de la négociation* , Paris, L' Harmattan