

vous avez dit ...

pédagogie

**Quelles compétences pour exercer la
profession d'infirmier-ère de santé
communautaire en milieu scolaire?**

Karin Pingoud

**n° 61
octobre 2002**

Vous avez dit...

pédagogie?

**Quelles compétences pour exercer la
profession d'infirmier-ère de santé
communautaire en milieu scolaire?**

Karin Pingoud

n° 61
octobre 2002

**UNIVERSITÉ DE NEUCHÂTEL
SCIENCES DE L'ÉDUCATION**
Espace Louis-Agassiz 2000 Neuchâtel
Tél. (032) 718 18 41 & 718 17 91 Fax (032) 718 17 01
E-mail : pierre.marc@unine.ch
Internet <http://www.unine.ch/sed/>

Table des matières

1.	Remerciements.....	3
2.	Introduction	3
3.	La profession	4
3.1	<i>Domaines d'activité et localisation</i>	4
3.2	<i>Conception des soins en santé communautaire</i>	4
3.3	<i>Complexité de la profession et difficultés rencontrées</i>	5
3.4	<i>Evolution du rôle et des pratiques</i>	6
3.5	<i>La formation des infirmières scolaires</i>	6
3.5.1	Ecole Le Bon Secours	7
3.5.2	Ecole La Source	8
3.5.3	Ecole Valaisanne	9
3.5.4	Comparaisons.....	10
4.	De la question de départ à la construction d'un référentiel de compétences	10
5.	Approche théorique.....	12
5.1	<i>La formation des adultes.....</i>	12
5.2	<i>Le concept de compétence</i>	15
5.3	<i>La compétence réelle n'est pas la compétence requise</i>	19
5.4	<i>Le référentiel de compétences.....</i>	19
5.5	<i>La catégorisation des compétences</i>	20
5.6	<i>La notion de savoir-être.....</i>	21
5.7	<i>La construction du référentiel, la démarche « groupe-métier ».....</i>	22
5.8	<i>Conditions de mise en œuvre de la démarche.....</i>	22
6.	Modèle de référentiel de compétences	23
7.	Méthode	24
7.1	<i>Les principales étapes de la démarche</i>	24
8.	Analyse.....	27
8.1	<i>Analyse du contenu</i>	27
8.2	<i>Evaluation de la démarche</i>	28
8.3	<i>Analyse du modèle de construction du référentiel.....</i>	30
8.4	<i>Analyse de la forme du référentiel.....</i>	31
9.	Conclusion	31
10.	Bibliographie.....	33
11.	Annexe : référentiel de compétences de l'infirmière de santé communautaire enmilieu scolaire.....	35

1. Remerciements

Ce travail a été réalisé avec le concours des personnes et institutions suivantes :

Monsieur le professeur Pierre Marc, qui a bien voulu accepter de diriger ce mémoire.

Les neuf infirmières scolaires qui ont participé au groupe de travail et qui ont manifesté leur intérêt et leur participation active pour cette recherche.

Monsieur le docteur Eric Masserey, médecin responsable à l'OMSV, qui nous a donné des conditions favorables pour l'exécution de ce travail, qui nous a soutenue tout au long de la démarche et qui nous a fait confiance.

Mme Anne-Catherine Graber, enseignante responsable de programme à l'Ecole La Source qui a été une mine de renseignements et qui a montré une grande disponibilité.

Mme Geneviève Pache, infirmière sociologue experte en recherche dans le domaine des soins, qui a stimulé notre réflexion, nous a enrichie par tous ses apports et qui nous a encouragée.

Mme Emmanuela Fontana, sociopédagogue, qui a su nous redonner du courage dans un moment de difficulté.

M. Adrien Pingoud, notre fils, étudiant en Lettres, qui a bien voulu relire le mémoire et faire des remarques pertinentes.

Le Service de Santé des Ecoles de Lausanne, sa direction infirmière, Mme Grand, et médicale, le Dr Woringer, le Service Santé Jeunesse du canton de Genève et sa direction infirmière, Mme Bursik, ainsi que le Service de Santé Scolaire du canton du Jura et le médecin cantonal, M. Baierlé, qui ont manifesté de l'intérêt pour cette recherche et qui ont « prêté » leurs infirmières à cet effet.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

2. Introduction

Rédigé dans le cadre du *Certificat de formation permanente en psychologie et sciences de l'éducation* de l'Université de Neuchâtel, ce travail a pu être réalisé dans le cadre de notre travail professionnel, l'Organisme médico-social vaudois, notre employeur, s'étant montré fort intéressé par le sujet choisi. Nous occupons, dans cette organisation, un poste d'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire, responsable de région. Après avoir pratiqué pendant une douzaine d'années en tant qu'infirmière scolaire dans plusieurs établissements, nous avons exercé, en tant que consultante pour les infirmières¹ scolaires du canton de Vaud pendant deux ans, puis nous avons pris un poste de responsable au niveau de l'encadrement du personnel infirmier et de la gestion de programme d'un quart du canton. Nous avons donc une connaissance approfondie du métier de l'infirmière scolaire ainsi qu'une longue expérience dans ce domaine. Nous avons obtenu un diplôme d'infirmière en santé communautaire délivré par l'Ecole La Source en 1995.

Etant appelée, dans notre activité professionnelle, à encadrer le nouveau personnel et à superviser les professionnelles, nous nous trouvons très souvent confrontée aux difficultés rencontrées par les infirmières scolaires dans l'exercice de leur activité. Comment y font-elles face ? **Quelles compétences mobilisent-elles ? Quelle formation leur permet de les acquérir ?** Ce questionnement a été le départ de notre réflexion.

Mais, avant de poursuivre, nous voulons, dans un premier temps, donner un aperçu de la profession d'infirmière scolaire.

¹ Le féminin est utilisé par souci de simplification et du fait de la présence majoritaire actuelle des femmes dans cette profession. Ceci n'exclut pas une lecture au masculin.

3. La profession

3.1 Domaines d'activité et localisation

Les infirmières de santé communautaire en milieu scolaire appelées communément infirmières scolaires ont comme champ d'activité la santé des enfants à l'école. Elles exercent des activités de prévention et de promotion de la santé, disposent de locaux et sont intégrées dans les établissements scolaires. Leurs activités se partagent entre des tâches fixes (visites médicales, entretiens avec les familles, vaccinations, dépistages, administration...), un mandat d'éducation à la santé plus large et moins strictement défini dans ses modalités, ainsi que des situations diverses et imprévisibles (urgences, cas de détresse sociale, atteintes à l'intégrité physique et psychique, intégration des enfants avec handicap, etc.). Leur programme découle de législations cantonales ou communales (c'est le cas à Lausanne).

La présence de ces professionnelles se limite à la Romandie, on n'en trouve pas en Suisse alémanique. Sur les cantons de Genève, de Vaud et du Jura, leur activité est entièrement consacrée à la santé scolaire et couvre tout le territoire cantonal. Sur les autres cantons romands, ce sont des infirmières polyvalentes, dont l'activité principale est, pour la plupart, les soins à domicile. Leur champ d'activité est limité aux grandes villes.

L'histoire nous apprend qu'à Lausanne, les infirmières scolaires ont opéré, suite à des décisions communales, à partir du début du XX^{ème} siècle. Elles sont actuellement une vingtaine à exercer pour le compte de la ville. Dans le reste du canton, ce travail était assuré par des infirmières polyvalentes ayant comme activité principale les soins à domicile. Ce n'est que depuis une quinzaine d'années, suite à l'introduction de la séparation des programmes, que les infirmières travaillent exclusivement dans les écoles. Elles sont huitante-cinq actuellement en activité. Dans le canton de Genève, c'est depuis le milieu du XX^{ème} siècle que les infirmières scolaires opèrent. Elles sont actuellement une cinquantaine. Dans le canton du Jura, elles sont huit et le programme n'existe que depuis une année.

Dans le canton de Vaud, le domaine de la santé scolaire est partagé avec d'autres acteurs et professionnels de la santé à l'école : les directeurs d'établissements, les animateurs de santé (enseignants formés en promotion de la santé), les médiateurs (enseignants formés à l'écoute des élèves), les médecins scolaires, les psychologues, les psychomotriciens, les logopédistes, les assistants sociaux, les éducateurs. Dans chaque établissement scolaire, ces acteurs peuvent constituer une équipe interdisciplinaire de santé.

La création d'un Office des Ecoles en Santé (ODES) en 1999 a permis de rassembler en son sein l'ensemble des responsables de ces acteurs de santé. Sa mission est de réorienter et de coordonner, en collaboration avec les intervenants de terrain, les activités de santé dans les écoles et d'initier une formation commune interdisciplinaire.

3.2 Conception des soins en santé communautaire

Voici les éléments principaux fondant la conception des soins infirmiers en santé communautaire, théorisée par des auteurs québécois.

« Les infirmières de santé communautaire ont pour priorité la promotion de la santé. Leurs efforts sont dirigés vers toute la population, que ce soit en agissant auprès d'une communauté, d'un groupe, d'une famille, d'un individu ; l'approche se fait selon un mode multidisciplinaire.

« L'infirmière considère la clientèle comme ayant le potentiel de s'autodéterminer en matière de santé (aidée de son entourage, s'il y a lieu).

« Sa conception de la santé et des soins infirmiers englobe les dimensions suivantes : biologiques, psychologiques, sociales, culturelles, spirituelles, politiques et économiques.

« Elle voit la clientèle en relation avec son environnement (indissociable de son environnement). Dans son approche, elle tient compte de la situation telle que perçue et vécue par la clientèle. »¹

¹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1986, pp. 7-8.

3.3 Complexité de la profession et difficultés rencontrées

F. Osiek-Parisod (1994) décrit, dans sa recherche autour de l'identité professionnelle des infirmières scolaires, la spécificité de leur champ d'activité.

L'action professionnelle de l'infirmière scolaire s'inscrit dans un champ relativement complexe, au carrefour de trois univers et donc de trois logiques qui peuvent être contradictoires voire conflictuelles. Ces trois dimensions constituent le champ spécifique de l'intervention professionnelle de l'infirmière scolaire.

- Le domaine de la profession est l'univers de référence, porteur de valeurs et producteur de normes, de savoirs et de compétences qui orientent l'action des professionnelles. La formation de base, la spécialisation post-diplôme et la formation permanente jouent un rôle important dans la construction de cet univers de référence.
- Le système scolaire est le cadre dans lequel se situe cette action, l'école étant vue, ici, à la fois comme une organisation et un système éducatif. Il faut donc considérer les infirmières comme des participantes de cet univers organisé qui possède sa propre hiérarchie, ses règles de fonctionnement formelles et informelles, ses contraintes et ses espaces de liberté. Les infirmières sont ainsi appelées à coopérer avec d'autres professionnels. Elles doivent se situer (trouver leur place) dans un ensemble de rôles et de statuts. Par ailleurs, comme système éducatif, l'école est en même temps investie de diverses fonctions auxquelles les infirmières participent, même si, au départ, la valeur et l'objectif qui fondent leur action (la santé des enfants dans leur vie scolaire) n'est pas directement scolaire.
- La troisième dimension est le champ psycho-relationnel de la relation à la clientèle. Les infirmières agissent avec et sur des personnes, traitent leur corps, leur dispensent des conseils, des informations et des enseignements touchant notamment la sphère intime et privée. Elles contribuent ainsi à construire et à modifier les représentations de leur clientèle, ainsi que ses comportements relatifs à la santé et à la maladie. Par enfant interposé, elles entrent en contact avec des familles, d'origines sociales et culturelles différentes.

Or ces trois univers ne sont pas donnés une fois pour toutes et évoluent constamment.

F. Osiek relève les difficultés auxquelles se trouvent confrontées les infirmières scolaires :

- la non reconnaissance de leur travail : les infirmières scolaires ont souvent l'impression que les enseignants méconnaissent leur travail parce qu'ils ne comprennent pas leur rôle et font peu cas de leurs compétences spécifiques ;
- les difficultés à collaborer au sein d'une équipe pluridisciplinaire, qui se manifestent par des luttes de territoire, une difficulté à faire sa place au sein de l'équipe, des comportements d'évitement de collaboration, de subordination des uns par les autres, des problèmes de fonctionnement de l'équipe ;
- les situations d'incertitude professionnelle : comment réagir à l'ambivalence de certaines demandes des familles, où et comment fixer les limites de son action professionnelle ?
- les situations conflictuelles avec des usagers : jusqu'où a-t-on le droit, au nom de la santé ou du bien de l'enfant, de faire pression sur sa famille ? Le respect de la liberté individuelle et de la sphère privée impose-t-il des limites claires et incontournables, à ne pas franchir, ou a-t-on au contraire dans certains cas (par exemple un enfant maltraité) un devoir d'ingérence ?

- les interventions professionnelles dans des familles de cultures différentes : comment faire passer un message relatif à la santé ou à la prévention quand les difficultés sont autant d'ordre culturel et symbolique que linguistique ? Jusqu'où a-t-on le droit d'imposer ses propres normes relatives à la santé, à l'hygiène ou à l'éducation ?

Les difficultés exposées ci-dessus font partie de ce que nous observons dans notre pratique ; les infirmières nous consultent régulièrement pour ce type de situations. Elles font apparaître des problèmes : d'objectifs divergents entre les enseignants et les soignantes, d'échanges d'information et de communication, de confiance dans les compétences professionnelles, d'affirmation de soi en tant que professionnelle, d'embûches liées à la pratique en interdisciplinarité et à la complexité de la multiculturalité.

3.4 - Evolution du rôle et des pratiques

A cette complexité des problématiques s'ajoute l'évolution du rôle et des pratiques. En un siècle, les priorités de santé ont évolué : de l'hygiène et du contrôle des épidémies, des maladies et anomalies physiques, on est passé à des problématiques complexes et variées.

« Les problèmes de santé physique qui touchent les élèves (allergies, maladies chroniques...) ne sont pas en diminution, certains aspects de santé mentale (mal-être, angoisses...) s'accroissent plutôt, de même que les questions de santé sociale (isolement, troubles de l'intégration, violences...) en relation avec les mutations que traverse notre société.

« Des situations auparavant marginales se multiplient (familles monoparentales, difficultés socio-économiques, multiculturalisation, stress sur la performance scolaire, "no futurisation", difficultés d'identification aux valeurs traditionnelles...). Les manifestations de ces différentes problématiques interfèrent avec l'intégration scolaire, l'apprentissage des élèves et avec l'accomplissement de la mission d'enseignement de l'école. Elles priment aujourd'hui sur les questions sanitaires sans pour autant les supplanter. »²

En résumé, on peut dire que la profession d'infirmière scolaire se réalise dans un champ relativement complexe, à l'intersection de trois dimensions : la profession soignante, le système scolaire, la dimension relationnelle aux bénéficiaires. Ces trois dimensions ont des logiques qui peuvent être divergentes. Elles amènent l'infirmière à se confronter à des difficultés de plusieurs ordres et à la nécessité d'être très claire sur son rôle, d'avoir identifié ses compétences et d'avoir confiance en elles, d'avoir une identité professionnelle bien affirmée, ce qui est difficile dans une période de changements, autant sociétaux que professionnels.

Examinons maintenant quelle formation est donnée à l'infirmière scolaire pour faire face à ces défis.

3.5 La formation des infirmières scolaires

Les infirmières scolaires ont une formation de base d'infirmière en soins généraux (ou niveau 2), en soins pédiatriques ou en psychiatrie. Elles suivent ensuite une formation en santé publique/santé communautaire, le plus souvent en cours d'emploi.

L'étude des documents remis par les instituts de formation en santé publique/communautaire et les entretiens menés avec les responsables de formation nous ont permis de faire la synthèse suivante.

Il existe trois instituts de formation en Romandie permettant d'obtenir un diplôme en santé publique/communautaire reconnu par la Croix-Rouge.

- l'Ecole de soins infirmiers et de sages-femmes Le Bon Secours à Genève ;

² Masserey, 1998, p. 3.

- le Centre de formations interdisciplinaires post-diplômes La Source à Lausanne ;
- l'Ecole valaisanne de soins infirmiers, formation continue en santé communautaire à Sion.

Il existe à Genève une formation universitaire en santé communautaire dont je ne parlerai pas ici car elle n'est pas reconnue par la Croix-Rouge (reconnaissance nécessaire pour l'employeur).

3.5.1 Ecole Le Bon Secours

Cette école offre trois formations d'infirmière de santé publique/communautaire de niveau diplôme avec options :

- santé communautaire et réseaux de soins (SC+RS) ;
- santé maternelle et infantile (SMI) ;
- oncologie et soins palliatifs.

Et cinq formations de niveau certificat :

- santé communautaire et réseaux de soins ;
- santé maternelle et infantile ;
- oncologie et soins palliatifs ;
- gérontologie, gériatrie et gérontopsychiatrie ;
- éducation à la santé et travail communautaire.

Le niveau certificat (une année de formation théorique, 350 heures, et pratique, 350 heures de stages et de réalisation d'un projet professionnel) est un pré-requis à l'accès au niveau diplôme. Celui-ci est obtenu par une deuxième année selon le même modèle. La formation complète comprend environ 1400 heures à raison de blocs d'une ou deux semaines répartis sur les deux années. Le contenu de la formation SC+RS et SMI organisé sous forme de modules comporte une partie de modules communs, deux tiers environ, et une partie de modules spécifiques, un tiers environ.

Les modules communs abordent les thèmes suivants :

- soins de santé primaire/santé communautaire : approche des stratégies d'intervention ;
- système suisse de santé/pratique de réseau : participation des soins infirmiers au travail en réseau ;
- sciences infirmières : les modèles conceptuels ;
- santé familiale : approche systémique ;
- éthique et soins : analyse de pratique, prise de positions éthiques ;
- identité professionnelle et processus de changement : de l'infirmière généraliste à la spécialiste ;
- projet professionnel ;
- conseil en santé communautaire : planification, organisation, animation d'activités d'éducation à la santé ;
- formation et animation de groupe ;
- soins interculturels, environnement et phénomènes migratoires.

Les modules spécifiques abordent les thèmes suivants pour la formation SMI (privilegiée par les infirmières se destinant à la santé scolaire) :

- maternité et naissance : étape du cycle de vie ;
- enfance, famille et société - lieux de vie et de soins : droits et place de l'enfant ;
- le nourrisson et l'enfant d'âge préscolaire : socialisation, éducation, soins, handicaps, compréhension systémique des situations ;
- l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent : contexte de santé ou de maladie, compétences requises pour les soins dispensés à cette tranche d'âge.

Cette formation vise à développer une expertise clinique auprès des enfants et de leurs familles en optimisant la qualité des soins, renforcer les compétences d'éducatrice à la santé, développer des fonctions de formatrice et d'animatrice de groupe, initier et réaliser un projet professionnel.

Elle ne s'adresse qu'à des infirmières et vise à renforcer la spécificité infirmière ; elle est centrée sur la méthodologie de projet.

3.5.2 Ecole La Source

Cette école offre deux formations de niveau diplôme :

- Pratiques interdisciplinaires en santé communautaire avec option :
 - généraliste ;
 - santé mentale et psychiatrie ;
 - santé au travail ;
 - hygiène et prévention de l'infection ;
 - en milieu scolaire (en projet pour 2003).
- Pratiques interdisciplinaires en gérontologie-gériatrie.

Les programmes de formation se présentent sous forme de modules et crédits ; une formation complète comprend quatre modules qui peuvent être suivis de façon continue ou discontinue sur une période de deux à cinq ans, pour un total de 1'500 heures.

Le contenu du programme pratiques interdisciplinaires en santé communautaire, option généraliste (privilegié par les infirmières scolaires) est le suivant :

1^{er} module : la communauté

- étude de la communauté selon les axes systémique, socio-anthropologique et politique ;
- observation de ce que vivent les populations qui la composent : rapports sociaux, représentations, sens donné aux événements, aux pratiques de la vie quotidienne ;
- analyse des interactions existant entre le milieu de vie et de travail et la santé des populations : épidémiologie de terrain ;
- concept et méthodologie de promotion de la santé ;
- politique sociale et politique de santé en Suisse ;
- forum interdisciplinaire.

2^{ème} module : maturation, développement et démarche communautaire

- les étapes de maturation reliées aux différents stades de développement de la vie des individus, des familles, des groupes ;
- l'approche écosystémique et démarche communautaire ;
- le système familial : aspects conceptuels et méthodologiques ;
- mises en œuvre d'interventions professionnelles visant à identifier et rechercher avec le client et son entourage les ressources pour y faire face ;
- l'organisation du travail et les répercussions psychosociales ;
- la collaboration interprofessionnelle et le travail en réseau.

3^{ème} module : les crises de situation et l'intervention professionnelle

- étude des crises qui apparaissent à des moments de rupture dans la vie des individus (maladie, handicap, chômage..) et modifications des interactions de la personne à son corps, aux autres, à son environnement ;

- mise en œuvre d'interventions professionnelles ayant pour but d'accompagner et de soutenir le client, la famille et l'entourage dans leur manière de faire face à ces crises ;
- concept de deuil ;
- méthodologie d'intervention en situation de crise.

4^{ème} module : les stratégies professionnelles en santé communautaire

- mise en œuvre d'un projet de santé communautaire répondant à des besoins spécifiques d'une population, centré sur la participation active des groupes concernés et intégrant les données sociales, interculturelles, économiques et politiques du contexte dans lequel il s'insère ;
- méthodologie d'animation en santé communautaire ;
- la communication interculturelle ;
- le changement, l'engagement des professionnels et leurs responsabilités.

Cette formation est ouverte aux professionnels diplômés de la santé et des secteurs sociaux et elle est interdisciplinaire. Elle vise à développer des compétences dans un domaine spécifique d'activités en vue de :

- promouvoir la santé par des prestations de qualité ;
- travailler en partenaire avec la clientèle, en équipe interdisciplinaire et dans une démarche communautaire ;
- élaborer et mettre en œuvre des projets s'inscrivant dans les objectifs des institutions et dans le cadre des politiques sanitaire et sociale ;
- devenir des acteurs de changement en développant une pratique réflexive à partir du rôle professionnel.

3.5.3 Ecole Valaisanne

Cette école offre une formation de niveau diplôme en santé communautaire.

Elle est organisée selon un système modulaire qui permet, lorsque chaque module est validé, d'obtenir le diplôme. La formation complète, dispensée en blocs d'une semaine, comprend environ 1200 heures. Elle est ouverte aux infirmières uniquement.

Les six premiers modules de base sont communs aux autres formations (gérontologie et soins à la personne âgée, santé mentale et psychiatrie). Ils sont un pré-requis pour aborder la seconde partie de la formation en santé communautaire. Les thèmes des modules traitent les thèmes suivants :

- contexte socio-sanitaire et politique ;
- besoins communautaires ;
- interdisciplinarité ;
- communication dans la famille ;
- communication professionnelle ;
- démarche qualité.

Les modules spécifiques en santé communautaire correspondent à des compétences à mobiliser dans la pratique professionnelle :

- mobiliser dans sa pratique professionnelle les connaissances spécifiques du contexte ;
- analyser les déterminants de la santé publique qui orientent l'offre des prestations ;
- assurer des prestations dans son domaine d'expertise ;
- effectuer un stage dans un milieu professionnel autre et en faire l'analyse ;
- élaborer un projet en promotion de la santé.

Les modules spécifiques en santé communautaire permettent de :

- S'informer sur les problèmes particuliers de santé publique et développer une réflexion critique sur l'action socio-sanitaire.
- Identifier les ressources communautaires et comprendre l'organisation des structures socio-sanitaires afin d'influencer la santé de façon positive.
- Evaluer l'impact de l'interculturalité sur les représentations de la santé et de la maladie des individus et développer un accompagnement dans les milieux de vie.
- Concevoir des interventions en promotion de la santé et en prévention en utilisant les outils appropriés.
- Etre conscient de son rôle professionnel et travailler en équipe intersectorielle auprès des collectivités.
- Soutenir les individus pour qu'ils participent à la gestion de leur propre santé et à la prise de décision en matière de santé publique.

3.5.4 Comparaisons

Une brève analyse de ces formations montre des orientations différenciées.

L'offre de La Source s'adresse aux différents professionnels de la santé et des secteurs sociaux, ses intervenants proviennent de tous milieux ; les sujets sont abordés selon des approches multiples : socio-anthropologique, systémique, politique, socio-psychologique, socio-économique, culturelle... Cette formation consiste à préparer des professionnels à participer, de façon pertinente et active, à la promotion et au développement de la qualité des interventions des services de santé, éducatifs et sociaux.

L'offre du Bon Secours s'adresse uniquement à des infirmières et vise à développer la spécificité infirmière. Elle propose de former des référentes cliniques au sein des équipes de soins pédiatriques, des expertes en éducation à la santé à l'enfant et à sa famille, avec des compétences d'encadrement du personnel.

L'offre du Centre de Sion s'adresse uniquement à des infirmières. C'est une approche de santé publique qui vise à renforcer les compétences techniques, relationnelles et éducatives spécifiques des professionnelles afin de promouvoir le changement de comportement des individus et la maîtrise de leur propre santé.

En règle générale, les infirmières scolaires genevoises sont formées au Bon Secours et leurs collègues vaudoises à La Source ; l'Ecole Valaisanne formant plutôt des infirmières en soins à domicile.

4. De la question de départ à la construction d'un référentiel de compétences

Les entretiens exploratoires menés avec les responsables des infirmières scolaires genevoises, vaudoises et jurassiennes ainsi qu'avec de fraîches diplômées en santé communautaire font apparaître que la formation ne répond plus entièrement à la demande, en ce sens qu'elle est trop généraliste. L'infirmière scolaire est intégrée dans l'établissement scolaire et ses interlocuteurs directs, outre les enfants, les adolescents et leurs parents, sont des enseignants et le travail en interdisciplinarité à l'intérieur de l'école constitue une part importante de son travail. Elle accomplit des tâches spécifiques dans un milieu spécifique.

Après identification et analyse des besoins en formation, celle-ci pourrait évoluer dans le sens d'une plus grande spécificité de l'étude du champ d'activité, d'un approfondissement des problématiques liées au contexte scolaire et d'un développement du professionnalisme. Ceci nous amène à cette question de départ :

QUELLE FORMATION POST-DIPLOME POUR ACQUERIR LES COMPETENCES NECESSAIRES AU TRAVAIL ACTUEL DE L'INFIRMIERE SCOLAIRE ?

Parallèlement à cette réflexion, l'ODES (Office des Ecoles en Santé vaudois) a chargé un de ses groupes de travail (le GTI, Groupe de Travail sur l'Interdisciplinarité) de développer l'axe de la formation de l'équipe interdisciplinaire. Ce groupe travaille actuellement sur la définition des compétences génériques de celle-ci ; les responsables des filières (médecins scolaires, infirmières scolaires, animateurs de santé, médiateurs, etc.) ont pour tâche de décliner les compétences spécifiques de ces groupes professionnels.

L'Ecole La Source formant déjà des professionnels d'horizons divers a montré un intérêt soutenu pour ce projet de formation interdisciplinaire en santé communautaire spécifique au milieu scolaire et s'est associée à la réflexion ainsi que la HEP (Haute Ecole Pédagogique) et l'EESP (Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques).

La conjugaison de notre question de départ et du mandat donné aux responsables des infirmières scolaires par le GTI nous amène à circonscrire et définir l'objectif de notre recherche :

FORMULER ET DECRIRE LES COMPETENCES ATTENDUES DES INFIRMIERES SCOLAIRES.

Cet objectif sera opérationnalisé par :

LA CONSTRUCTION D'UN REFERENTIEL DE COMPETENCES DE L'INFIRMIERE DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE.

Ce référentiel offrira différentes possibilités d'utilisation et d'application :

- A l'Institut de formation La Source, comme base pour élaborer la nouvelle option spécifique « en milieu scolaire » de la formation en santé communautaire.
- Aux infirmières scolaires :
 - pour la valorisation et la reconnaissance de la profession d'infirmière scolaire auprès des autres acteurs en santé scolaire, des collectivités publiques susceptibles de s'y intéresser et des milieux politiques ;
 - pour le renforcement de l'identité professionnelle ;
 - pour une progression professionnelle dans l'idée d'un projet de formation continue.
- A l'institution-employeur :
 - pour la gestion des ressources humaines (évaluation-contrat de progrès, sélection lors du recrutement de nouveau personnel) ;
 - pour l'élaboration des projets de formation continue.
- A l'ODES :

Le même modèle de référentiel pourrait être utilisé pour les autres filières en vue de la formation interdisciplinaire commune projetée.

Ce référentiel de compétences sera élaboré à partir des réalités professionnelles telles qu'elles sont vécues et pratiquées par les infirmières scolaires, dans des contextes très différents et selon une démarche reconnue.

5. Approche théorique

Notre problématique s'inscrit, d'une part, dans la réflexion sur la formation continue des adultes et, d'autre part, sur les compétences attendues en situation professionnelle. Nous aborderons aussi le modèle de construction de référentiel retenu.

5.1 La formation des adultes

Le concept de formation est relativement complexe à déterminer car sa définition varie selon le cadre théorique que l'on utilise. Selon la psychologie cognitive, avec J. Piaget par exemple, la formation du sujet est basée essentiellement sur ses interactions avec l'environnement. La psychologie sociale examine la formation à partir des sujets impliqués, c'est-à-dire le maître et les élèves. Enfin, le socioconstructivisme avec L.S. Vygotski par exemple, conçoit l'apprentissage comme l'appropriation de contenus, de savoirs sociaux nouveaux et ne peut se concevoir indépendamment de l'étude des situations d'enseignement qui les transmettent.

La reconnaissance publique de la formation des adultes entraîne une réflexion portant essentiellement sur des modalités d'application, que celles-ci soient financières, législatives ou même pédagogiques. Cette formation, en tant que dynamique produite dans la vie des adultes qui se forment, reste peu connue.

Pierre Dominicé, utilisant la méthode de la biographie éducative, se penche sur les processus personnels de formation qui mettent en évidence la façon dont le savoir se forge dans des situations concrètes, se construit dans l'action ou s'enrichit dans l'événement existentiel. Les biographies éducatives racontent ainsi les multiples expériences formatrices qui jalonnent l'itinéraire d'une vie adulte. « *L'adulte est le lieu de la formation (plutôt que le programme), la formation doit être entendue comme le changement, qui, dans l'existence de quelqu'un peut être attribué à des apports éducatifs.* »³ Cet auteur considère l'enseigné comme bénéficiaire d'actions éducatives et acteur de sa propre formation. « *Choisir d'aborder la formation à partir de l'adulte conduit à entrer dans la globalité des sources qui l'ont formé et à rechercher la raison d'être des articulations entre apprentissages formels et expériences de vie telles qu'elles façonnent son devenir.* »⁴

La formation de l'adulte prend naissance dans son milieu d'origine, se poursuit à l'école, est influencée par la condition économique offerte par l'emploi, ainsi que par le degré de réalisation du projet professionnel. Lorsque l'on analyse la demande de formation d'adultes, on remarque qu'elle dépend de l'emploi du temps et de la disponibilité de la personne. Un autre facteur important est un passage de crise existentielle qui pousse la personne à restructurer son existence par une formation. Par contre, certains refus peuvent faire penser à une crainte de troubler l'équilibre d'une vie ayant acquis sa stabilité.

Trois contextes dominent le champ de l'éducation des adultes :

- L'animation socioculturelle. Lors de l'écoute d'une conférence par exemple, l'information est reçue de manière très différente suivant l'expérience directe de la personne et la durée de son cursus scolaire. Mais quelle est la nature des apprentissages effectués par des adultes lors de leur participation à une activité culturelle ?
- Le perfectionnement professionnel, au sujet duquel plusieurs questions se posent. Quels sont les processus d'acquisition en jeu dans le cadre de ces programmes ? Quelles bases sont requises, qui permettent l'acquisition de compétences nouvelles ? Comment évaluer les connaissances à travers les diplômes et les CV ? Peut-on se fier à une certification qui atteste de la maîtrise d'un savoir ? Dans le champ du perfectionnement, les temps de formation répondent à des demandes multiples et entraînent une diversité de motivations qui ne sont pas toutes liées à un apprentissage professionnel ou même à un objectif éducatif ; songeons par exemple aux effets de socialisation de la formation continue.

³ P. Dominicé, 1990, p. 18.

⁴ *Ibid.*, p. 21.

- Le domaine de la vie quotidienne. Des savoir-être fortement ancrés dans l'expérience de vie et le respect des règles sociales intériorisées permettent une prise en charge des événements et des obligations de la vie personnelle et sociale. Le savoir du quotidien, encore davantage que les connaissances plus instrumentales ou plus livresques, va de pair avec l'identité ; il est profondément ancré dans le système de référence construit au cours de l'existence.

Plusieurs courants théoriques permettent une réflexion sur la formation des adultes, notamment :

- le courant critique ;
- le courant humaniste ;
- le courant fonctionnaliste.

Le courant critique, par exemple avec la pensée de Paolo Freire, est basé sur un renversement de pensée des opprimés : ceux-ci ont leur propre modalité d'expression que l'éducation a pour tâche de valoriser ; elle doit leur permettre de passer d'une dépendance idéologique à l'égard des modèles de la classe dominante à la revendication d'une prise en charge sociale et politique de leur destin collectif. A sa suite, J. Mezirow met en évidence l'intérêt, pour la formation des adultes, d'une conception émancipatrice de la connaissance qui se distingue d'apports de connaissance plus instrumentaux et pratiques. L'éducation des adultes peut entraîner la transformation d'options de vie incluant l'ensemble des références, des valeurs, des connaissances et des expériences qui donnent sens à leur existence.

La psychopédagogie permet une analyse de la conduite scolaire ou de l'adulte dans sa démarche d'appropriation du savoir enseigné.

La psychanalyse, par exemple avec M. Cifali, offre la perspective d'une analyse de la relation pédagogique et du sens de la dynamique relationnelle telle qu'elle s'énonce dans la formulation des pédagogues.

Le courant humaniste est dominé par l'influence de la psychologie. A. Maslow, C. Rogers, F. Perls ont travaillé les concepts d'attitude d'écoute non-directive et centrée sur la personne de l'interlocuteur, les mécanismes de communication interpersonnelle et l'élucidation de la complexité des besoins de formation ou des attentes de développement personnel. Le formateur effectue un travail de « facilitateur » (C. Rogers) et tient compte des expériences de vie significatives dans toute démarche d'apprentissage effectuée par des adultes.

Le courant fonctionnaliste, d'inspiration behavioriste, fournit des réponses destinées à assurer de meilleurs résultats à l'action éducative. Il porte une grande attention à la précision des objectifs à atteindre (pédagogie de la maîtrise issue de la taxonomie de Bloom) ainsi qu'aux rythmes d'acquisition des apprentissages chez les participants adultes.

Lorsque l'on parle de formation d'adultes, il est indispensable de se pencher sur la définition de l'adulte ; or celle-ci est extrêmement complexe. En effet, on peut désigner l'adulte par son aspect social (son âge, son statut, son rôle, sa formation, sa profession, etc.) ou par son développement, notamment en termes socio-affectifs. On peut en parler dans la perspective écologique du cycle de vie (crise du mi-temps de la vie, par exemple). On peut, comme E. Erickson, concevoir le temps de l'adulte comme des étapes ponctuées de crises. P. Dominicé parle, quant à lui, de la double temporalité du développement : la vie et ses étapes au travers desquelles l'adulte se définit socialement et, parallèlement, la forme personnelle qu'il donne à son existence en modulant à sa manière les événements traversant son parcours de vie.

A son origine, l'éducation des adultes a été associée à l'élaboration de projets collectifs. Elle s'inscrivait, au début du siècle, dans un mouvement d'émancipation des populations ouvrières et rurales. Elle est aujourd'hui davantage pensée en terme de développement personnel. L'influence de la psychologie, dite humaniste, y est pour une grande part. Celle-ci débouche sur une invitation au changement dans la vie personnelle qu'elle considère comme une des clés de l'épanouissement de soi. La formation a pris l'allure d'un processus, d'une croissance, d'un développement personnel. Les professionnels des relations humaines, les infirmières, les travailleurs sociaux et les ecclésiastiques ont été particulièrement marqués par cette influence.

- Une des caractéristiques fondamentales qui marquent profondément les pratiques d'enseignement à des adultes relève des statuts sociaux de l'enseignant et de l'enseigné ; en effet, l'adulte bénéficie vis-à-vis de l'enseignant d'un pouvoir que l'enfant ou l'adolescent n'a pas. L'adulte en formation poursuit des objectifs spécifiques : l'enseignement a pour objet de répondre à une demande qui émane, soit de son employeur, soit de lui-même ; pour l'adulte, le savoir n'est pas une fin en soi mais un moyen de résoudre des problèmes ou des situations.

Pour P. Dominicé, l'adulte est profondément marqué dans sa façon d'apprendre par son cursus scolaire et il reste avant tout un élève dans son comportement vis-à-vis du formateur. L'évaluation n'est jamais dissociable de ce qu'elle a signifié au moment de la scolarité, et l'adulte réagit souvent à une évaluation insuffisante comme si son identité était remise en cause. La mémoire de l'école conditionne le rapport que chacun établit avec la formation continue. Ce même auteur trouve trop limitatif d'associer la formation à l'apprentissage de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances. La formation doit être vue comme un processus global qui implique les différentes dimensions de la vie du sujet ; elle suppose des expériences personnelles, des interactions sociales et l'acquisition de nouvelles compétences.

La formation des adultes regroupe aussi bien les formations de base ou de spécialisation que les formations continues dispensées par les écoles supérieures, professionnelles ou encore les entreprises.

Les apprentissages proposés par la formation continue apparaissent comme l'occasion d'interactions éducatives ayant d'autres effets que la simple acquisition de connaissances ou de compétences nouvelles ; cela peut être comme un processus de détachement envers son éducation : la formation peut être considérée chez l'adulte comme un processus marqué par la dialectique entre deux mouvements, l'un de détachement à l'égard du monde de son éducation et l'autre d'affirmation sociale de son existence personnelle. « *L'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet.* »⁵ La formation peut être l'occasion de remettre en question les modèles socioculturels façonnant l'individu (la religion, par exemple) et d'assumer des choix qui lui appartiennent en propre. La formation peut être vécue comme un processus d'affirmation de soi. C'est la possibilité d'une modification de l'image de soi comme, par exemple, une affirmation de la féminité autrement que par le rôle traditionnel. C'est l'occasion pour l'adulte d'accéder à une plus grande autonomie.

L'éducation des adultes est devenue un marché dont l'ampleur rend indispensable l'orientation du consommateur. De multiples raisons poussent les adultes à reprendre ou poursuivre leur formation. Le volontarisme d'hier a souvent fait place à l'obligation de s'inscrire à un cours ou un stage, soit parce que l'emploi le rend obligatoire, soit parce que l'intention de perfectionnement est une preuve de consécration professionnelle.

« Redonner à l'expérience la place qu'elle mérite dans l'apprentissage des connaissances nécessaires à l'existence aussi bien personnelle que sociale et professionnelle, c'est reconnaître que le sujet construit son savoir activement au cours de son existence »⁶.

L'adulte, en se formant, produit des connaissances, mais malheureusement beaucoup d'offres éducatives proposent des connaissances exclusivement produites par d'autres. D'où l'importance d'un enseignement personnalisé mobilisant la personnalité de l'étudiant et une relation pédagogique individualisant le rapport avec lui. Le rapport au savoir est marqué par la dépendance relationnelle de l'enseigné vis-à-vis de l'enseignant ; or la formation est faite de ce qui trouve un écho dans le contexte de l'histoire de vie d'un adulte.

⁵ V. de Gaulejac, 1987, in P. Dominicé, *op. cit.*

⁶ *Ibid.*, p. 149.

5.2 Le concept de compétence

La compétence est, à l'origine, un mot courant, du vocabulaire quotidien, utilisé dans la vie de tous les jours : « mon beau-frère est très compétent en mécanique, sa voiture ne va jamais au garage ». Il désigne une manière efficace de comprendre un problème, de le résoudre avec élégance et rapidité, avec un coût en temps et en argent aussi mesuré que possible.

Cependant, le concept de compétence reste, encore aujourd'hui, flou et incertain, malgré les essais multiples et variés de définition. Et cela rend difficile son usage opérationnel, alors que ce terme tend à se répandre dans différents domaines de l'activité sociale. Une des difficultés pour définir le terme de compétence relève de la multiplicité des significations qu'il recouvre : tantôt des personnes, lorsqu'il est utilisé comme adjectif, tantôt un contenu (la ou les compétences), lorsqu'il est utilisé comme substantif.

Selon B. Hillau⁷, toute définition devrait au moins répondre aux définitions suivantes :

- «- Faire part conjointement d'un contenu cognitif (les compétences nécessaires à l'activité, à la situation) et d'un rapport social de distinction (les personnes compétentes, plus ou moins compétentes).
- «- Faire part du lien entre le passé de la personne (acquis, connaissances mémorisées, apprentissages antérieurs) et le présent de l'action (une efficacité immédiate, un savoir en acte).
- «- Faire part des liens entre les qualités attachées à l'individu et constituées dans une psychogenèse (développement de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte) et des propriétés qui relèvent de la situation d'action proprement dite (ex : type et niveau de complexité du travail).
- «- Rendre compte d'une acception large, générique de la compétence (toute compétence à agir) et d'une acception plus ciblée (la compétence professionnelle). »

Voici quelques définitions, répertoriées par L. Toupin⁸, qui rendent visibles la complexité de ce concept :

- «- Les compétences sont des répertoires de comportement que certaines personnes maîtrisent mieux que d'autres, ce qui les rend efficaces dans une situation donnée (Lévy-Leboyer).
- «- La compétence est un système de connaissances déclaratives (le quoi) ainsi que conditionnelles (le quand et le pourquoi) et procédurales (le comment), organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution efficace (Tardif).
- «- La compétence est un savoir en usage désignant une totalité complexe et mouvante mais structurée, opératoire, c'est-à-dire ajusté à l'action et à ses différentes occurrences (Malglaise).
- «- La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur (individu ou collectif) de la situation (Wittorsky).
- «- La compétence est la capacité de sélectionner et de fédérer en un tout applicable à une situation, des savoirs, des habiletés et des attitudes (Toupin).
- «- La compétence est un savoir-agir reconnu (Le Boterf). »

Selon ce dernier auteur, on reconnaîtra qu'une personne sait agir avec compétence si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressource...) :

- pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines exigences professionnelles,

⁷ In F. Minet, M. Parlier, S. de Witte, p. 46.

⁸ In *Education Permanente*, 1998-2, n° 135, p. 34.

- afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...).

Selon R. Wittorsky⁹, la notion de compétence est en voie de conceptualisation et il n'existe pas, actuellement, de discours théorique stabilisé permettant de définir précisément ses attributs. Cependant, elle se situe clairement à l'intersection de trois champs : le champ du parcours de socialisation, de la biographie, le champ de l'expérience professionnelle et le champ de la formation. Selon cet auteur, rejoint par G. Le Boterf, les compétences se produisent et se transforment dans ces trois champs.

On peut situer la compétence comme un fait à la fois sociologique et psychologique ; en effet, on ne se déclare pas soi-même compétent ; cela dépend d'une appréciation sociale. Hillau en donne alors une définition encore différente :

«La compétence n'est pas un contenu connu absolu attaché, par exemple à une procédure, elle est en permanence l'évaluation sociale d'un protocole effectif, individuel, de l'action, et à travers cette évaluation, l'appréciation des qualités de l'individu en rapport à une norme sociale d'activité. »⁹

On peut considérer avec R. Wittorsky que la compétence est la combinaison de cinq composantes, les composantes cognitive, culturelle, affective, sociale et praxéologique, articulées à trois niveaux :

- le niveau de l'individu ou du groupe producteur de la compétence (niveau micro),
- le niveau de l'environnement social immédiat (niveau meso ou social, qui est le niveau de la socialisation, du groupe d'appartenance, du collectif de travail),
- le niveau de l'organisation dans laquelle sont insérés les individus (niveau macro ou sociétal).

La composante cognitive est portée par le niveau micro. Elle est constituée de deux éléments : d'une part les représentations cognitives (les savoirs, les connaissances acquises pendant la formation) et les schémas et théories implicites, et d'autre part la représentation que l'acteur se fait de la situation dans laquelle il se trouve, c'est-à-dire la construction active par l'acteur du sens de la situation (l'image qu'il se fait du contexte et de l'environnement). Il semble bien que ce deuxième élément joue un rôle de tout premier plan dans la production de la compétence.

La composante affective est l'un des moteurs de la compétence. Elle regroupe trois éléments : l'image de soi, qui peut être valorisée ou dévalorisée ; l'investissement affectif dans l'action, c'est-à-dire le fait de vivre avec plaisir ou souffrance ce que l'on fait, ainsi que l'engagement, c'est-à-dire la motivation. Cette composante affective, caractérisant le niveau micro, est largement influencée par le niveau de l'environnement immédiat. En effet, lorsque l'environnement de travail (le service, l'équipe de travail) porte un jugement positif ou négatif sur la pratique mise en œuvre par l'individu, cela a pour effet de renforcer ou non la motivation, et d'agir sur l'image de soi.

La composante sociale de la compétence comprend à la fois la reconnaissance effective par l'environnement immédiat ou l'organisation de la pratique de l'individu, ou du groupe, et le pari que l'individu ou le groupe fait sur la reconnaissance à venir par l'environnement ou l'organisation de sa pratique. La production de la compétence se situe toujours dans ce compromis qui correspond à une anticipation à propos de la nature de l'évaluation sociale de la pratique produite. Par ailleurs, cette composante sociale comporte également le choix que l'acteur va faire de ce qui est « montrable » ou non à travers sa pratique : sous quel visage veut-il se montrer aux autres ? Cela nous amène à la dimension identitaire de la compétence, à la notion d'identité pour autrui, au concept de présentation de soi (E. Goffman).

La composante culturelle de la compétence correspond à la façon dont la culture de l'organisation dans laquelle se situe l'individu ou le groupe va imprimer certaines formes aux compétences produites. On voit bien que cette composante culturelle provient de l'influence des niveaux meso et macro sur le niveau micro.

⁹ *Ibid.*, pp.58-61.

La composante praxéologique renvoie, pour sa part, à l'aspect visible de la compétence, c'est-à-dire la pratique dont le produit (la performance) fait l'objet d'une évaluation sociale. Il s'agit en fait de la partie visible, observable de la compétence.

Ces cinq composantes sont mobilisées et combinées au niveau de l'individu ou du groupe auteur de la compétence mais influencées par les deux autres niveaux (macro et meso).

Le terme de compétence s'est introduit dans l'entreprise, au début des années 80, au point d'être maintenant utilisé dans tous les secteurs de la gestion des ressources humaines, de l'orientation et de la formation ; il a peu à peu remplacé le terme de qualification. Ceci provient de la revendication d'une reconnaissance plus grande de la personne dans les situations de travail, suite, entre autres, aux événements de mai 68 et d'une mise en question de la conception taylorienne de l'organisation du travail. Cette substitution s'est accentuée dans les années 80 et 90 ; les nouvelles exigences de la compétitivité (qualité, service, réactivité, innovation) et la complexité croissante des situations professionnelles à gérer ont conduit à rechercher de nouvelles formes d'organisation du travail laissant davantage de place à l'initiative des salariés. Dans un tel contexte, la mise en œuvre de compétences individuelles devient essentielle, accompagnée du développement d'un professionnalisme, défini comme la capacité non seulement d'exécuter le prescrit mais d'aller au-delà du prescrit. Le professionnel doit savoir faire face aux aléas et aux événements. Il doit pouvoir entreprendre des activités et non seulement les exécuter.

Selon Guy Le Boterf, le concept de compétence doit prendre en compte un certain nombre de paramètres :

L'évolution des contextes et des situations de travail.

La conception taylorienne de l'organisation du travail définissait l'exécution stricte d'un mode opératoire ; or on considère de moins en moins qu'il n'y a qu'une seule bonne manière de réaliser une tâche ; plusieurs voies sont possibles. Le professionnel doit savoir naviguer dans la complexité en fonction de repères plutôt qu'exécuter un plan préconçu. Dans de telles circonstances, la prescription a tendance à porter en priorité sur les résultats à atteindre. La liberté d'action et d'initiative est acceptée pourvu que le résultat attendu soit atteint et le professionnel doit apprendre à construire des réponses singulières et appropriées à des situations de plus en plus complexes et imprévues.

La double dimension individuelle et collective de la compétence.

Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Elles sont des constructions singulières, spécifiques à chacun. Face à un impératif professionnel (faire face à un événement, résoudre un problème, réaliser une activité, etc.), chaque professionnel mettra en œuvre sa propre façon de s'y prendre. Cependant, toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective, et ceci pour quatre raisons essentielles :

- Pour agir avec compétence, une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, expérience...) mais également des ressources de son environnement : réseaux professionnels, réseaux documentaires, banques de données, manuels de procédures... Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui.
- La compétence professionnelle prend appui sur des corps de savoirs qui sont élaborés socialement et pour la plupart en dehors du contexte de travail (centre de recherche, universités, écoles, réseaux professionnels et d'expertise...). La compétence ne peut être séparée de ses constructions sociales de production.
- L'individu n'est pas seul responsable de la production d'une action compétente, qui relève d'une responsabilité partagée entre la personne elle-même, le management, le contexte de travail et le dispositif de formation.

- L'analyse des situations de travail fait apparaître la nécessité pour un professionnel de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel d'appartenance pour construire avec sécurité et pertinence sa propre façon d'agir.

La compétence n'est pas qu'un état, une ressource (une connaissance, un savoir-faire, une qualité personnelle), c'est également un processus dynamique qui rend compte de la construction de cette compétence.

La compétence réelle détenue par une personne, certes, est un état, dans la mesure où elle est une disposition à faire ou à agir. Selon G. Le Boterf, en s'inspirant des travaux de J. Piaget, repris par G. Vergnaud, on peut définir une compétence comme un schème opératoire. Piaget définit le schème d'une action comme « *la structure générale de cette action, se conservant au cours de ses répétitions, se consolidant par l'exercice et s'appliquant à des situations qui varient en fonction des modifications du milieu* »¹⁰. Vergnaud le définit ainsi : « *une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations données* »¹¹. Ces deux définitions indiquent bien qu'il s'agit de la structure générale ou de l'organisation de l'action, que c'est un modèle flexible d'action. Ce schème s'applique à une famille de situations auxquelles il va cependant s'adapter en « assimilant » les informations qui relèvent d'un même type de contexte mais en se modifiant également par « accommodation », pour prendre en compte les spécificités de chacune des situations appartenant à la même famille. Le schème est un ensemble de méta-règles qui sont définies par rapport à une famille de situations et qui permettent de construire des enchaînements d'actions pour résoudre un cas particulier de problème relevant de cette configuration.

On peut aussi définir la compétence réelle comme un processus. En effet elle se déploie dans un contexte et face à une situation à chaque fois différente ; la personne doit être capable de construire ou d'adapter la combinaison pertinente de ressources pour agir dans un certain but. Le schème opératoire est donc un potentiel non pas à appliquer mais à actualiser. La compétence réelle est un processus d'actualisation d'un schème opératoire pour faire face à une situation concrète et non pas seulement à une famille (théorique) de situations. Un professionnel peut être préparé à faire face à une famille d'incidents, il devra cependant construire une réponse pertinente par rapport à l'événement particulier qui surviendra.

Une double dimension : savoir réussir et savoir comprendre pourquoi et comment on réussit.

Il y a deux axes dans la compétence : l'axe de l'activité, c'est-à-dire la connaissance mise en action de façon non réfléchie, et l'axe de la distanciation qui correspond à la métacognition, c'est-à-dire au retour réflexif du sujet sur les combinaisons de ressources et les stratégies d'action qu'il a mises en œuvre. Cet axe est celui de la conceptualisation de l'action ; c'est grâce à elle qu'il arrive à une meilleure intelligibilité des situations. L'acte de métacognition est une mise à distance cognitive et affective et se trouve facilité par l'intervention d'un médiateur.

La compétence fait appel à la responsabilité partagée.

En effet, elle n'est pas de la seule responsabilité du professionnel. Il ne suffit pas d'avoir des dispositions pour agir avec compétence, il faut aussi des dispositifs. Les compétences peuvent être considérées comme la résultante de trois facteurs : le savoir agir, qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, réseaux...), le vouloir agir, qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient, et le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, d'un choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu. La responsabilité de la construction des compétences est une responsabilité partagée entre les individus, les managers, les formateurs.

¹⁰ Piaget J. (1972), in Le Boterf (2000).

¹¹ *Ibid.*

Les compétences doivent pouvoir s'évaluer.

La compétence fait l'objet d'une évaluation (attribution de valeur), d'une reconnaissance, voire d'une codification et d'une hiérarchisation au niveau sociétal de l'organisation : inscription des compétences dans des qualifications, définitions de niveaux de responsabilités et de niveaux de rémunération.

Il est nécessaire pour cela de disposer d'un dispositif d'évaluation des compétences et de critères d'évaluation ; il est important de concevoir l'évaluation comme la résultante de la confrontation entre plusieurs regards et points de vue : employés, managers, collègues, experts, clients... Il est souhaitable que l'évaluation soit collégiale. Elle ne saurait être une évaluation des personnalités.

5.3 La compétence réelle n'est pas la compétence requise

La compétence réelle n'est pas dans les éléments (connaissance, savoir-faire, qualités, ressources émotionnelles, savoirs formalisés, réseaux d'expertise...) qui la composent, mais elle résulte de l'organisation combinatoire de ses éléments. Chaque personne construit sa propre combinaison de ressources pour répondre de façon pertinente à des exigences professionnelles, pour réagir à un événement ou pour résoudre un problème. Les compétences réelles sont des équations personnelles, se construisant en fonction de l'histoire, des expériences et des acquis de chacun mais aussi en fonction des orientations provenant de la culture professionnelle du milieu d'appartenance. La compétence réelle est difficile à décrire, étant du domaine de l'invisible. La disposition à agir, le savoir combinatoire ne peuvent être appréhendés directement, mais doivent être inférés à partir de l'observation de l'activité.

La compétence réelle détenue et mise en œuvre par les individus est souvent confondue avec la compétence requise ; il y a une différence entre ce qui est réalisé et ce qui est sollicité. Ce sont deux ordres de réalité. La compétence requise se présente sous la forme d'une prescription à réaliser dans une situation professionnelle particulière. Cette prescription fait appel à un ensemble de ressources (connaissances, habiletés, qualités...) considérées comme nécessaires pour pouvoir être mise en œuvre et atteindre l'objectif fixé. Elle s'exprime au gérondif (sert à décrire certaines circonstances de l'action, en ...*ant*), selon G. Le Boterf (1994).

La tâche constitue un objectif à atteindre dans des conditions déterminées.

C'est par rapport à des nouvelles exigences sur la façon de faire ou d'agir que va se définir la compétence requise et que devront se construire les compétences réelles, singulières, des personnes.

En reprenant l'analogie musicale de Le Boterf¹², on peut dire que « la compétence requise est à la partition musicale ce que la compétence réelle est à son interprétation ».

5.4 Le référentiel de compétences

Le référentiel de compétences décrit les compétences requises pour un emploi. Il met en évidence les exigences professionnelles sur la façon d'agir. Il est une référence, un point de repère et doit être considéré comme un objectif en fonction duquel les personnes et leur environnement vont organiser des processus d'apprentissage. C'est une cible par rapport à laquelle des individus vont entrer dans des processus de construction de compétences et vont apprendre à agir avec compétence. Il ne décrit pas les compétences réelles et singulières élaborées par chacun.

Le référentiel de compétences est censé servir aussi bien à orienter la formation et l'évaluation des acquis individuels qu'à spécifier des capacités requises par des fonctions particulières ou des profils d'emploi. Il peut donc être utilisé à plusieurs fins.

¹² Le Boterf 2000, p.76.

Les compétences requises décrites dans le référentiel peuvent l'être en termes d'activités, de situation professionnelle, de buts, de missions, d'exigences professionnelles, et de conditions ou contraintes de mise en œuvre.

« Il est parfaitement possible de construire des référentiels de compétence sur la base de situations types. Il est vrai que ces situations ne pourront pas rendre compte en totalité de la dimension événementielle des situations. Cela veut dire qu'il y a, dans la compétence, une part qui ne sera jamais saisissable à l'avance, et donc que les référentiels ne pourront jamais totalement appréhender »¹³

Dans le domaine des ressources humaines, le référentiel d'un emploi constitue le premier outil de gestion des compétences du point de vue du recrutement, de la formation, de la mobilité et de la qualification.

5.5 La catégorisation des compétences

Pour construire un référentiel de compétences ou pour décrire les compétences réelles d'un individu, il est nécessaire de catégoriser celles-ci. On trouve dans la littérature plusieurs modes de catégorisation qui utilisent des logiques différentes ; l'une d'entre elles distingue :

- les compétences générales ou transversales, c'est-à-dire celles qui ne sont pas spécifiques à un métier, donc qui sont utiles dans de nombreux emplois (par exemple, savoir mettre en œuvre les méthodes de synthèse) et qu'on va, par conséquent, retrouver souvent dans les référentiels de compétences ;
- les compétences professionnelles, c'est-à-dire celles qui sont propres à une filière de métier particulière (par exemple, connaître les différentes méthodes pédagogiques et leur mode d'usage qui n'est, a priori, utile qu'aux métiers de la formation) ;
- les compétences spécifiques, c'est-à-dire celles qui sont propres à une structure et que l'on ne retrouve pas ailleurs (par exemple, connaître la procédure de gestion des incidents techniques propre à telle machine).

Cette catégorisation des compétences est surtout utile par rapport à des préoccupations de gestion de la mobilité ou du recrutement. Elle est intéressante en ce sens qu'elle permet de distinguer des emplois de généralistes qui se caractérisent par le fait qu'ils requièrent surtout des compétences générales ou transversales, par opposition aux emplois de spécialistes qui requièrent, eux, une majorité de compétences professionnelles.

Voici une autre façon de catégoriser les compétences :

- Les compétences cognitives désignent toute une série de capacités d'attention, d'abstraction, de raisonnement, d'esprit de synthèse, etc.
- Les compétences expérientielles concernent celles qui s'acquièrent sur le tas, par l'expérience. Ce sont toutes les capacités créatives et inventives, utiles à la résolution de tous les problèmes, dont les expériences cognitivistes ont pu découvrir qu'elles faisaient, jusqu'à nouvel ordre, toute la différence entre un être vivant et l'intelligence artificielle.
- Les compétences sociales désignent des formes d'autonomie, d'initiative, de responsabilité.
- Les compétences relationnelles qualifient tous les phénomènes d'interaction avec autrui.

La catégorisation la plus couramment utilisée dans la construction d'un référentiel de compétences est la suivante ; elle distingue :

- Les *savoirs*, qui correspondent à des connaissances aussi bien générales que spécialisées sur un thème précis. On peut les distinguer en savoirs théoriques et savoirs procéduraux.

¹³ Zarifian, 1999, p. 74.

Les premiers visent à comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus... Ils servent à en décrire et à en expliquer les composants ou la structure, à en saisir les lois de fonctionnement ou de transformation. Il s'agit d'un « savoir que » plutôt que d'un « savoir comment ». Ce savoir théorique n'a pas de finalité pratique. Il ne cherche pas à indiquer ce qu'il faut faire mais il peut servir à de multiples actions différentes.

Les savoirs procéduraux visent à prescrire « comment il faut faire..., comment il faut s'y prendre pour... ». Ils permettent de disposer de règles pour agir. Ces savoirs opératifs décrivent des procédures, des méthodes, des modes opératoires. Ces savoirs généraux sont le plus souvent acquis par l'école et la formation.

- Les *savoir-faire*, qui correspondent à la maîtrise de la mise en œuvre concrète de techniques, de méthodes ou d'outils, c'est-à-dire d'habiletés manuelles, sociales ou cognitives (par exemple, savoir mettre en œuvre les techniques d'animation de réunion). On peut les catégoriser en savoir-faire procéduraux, savoir-faire expérientiels et savoir-faire cognitifs.

Les premiers désignent le passage du savoir procédural au savoir-faire procédural par l'expérience pratique sous contrainte temporelle, nécessitant un entraînement. Les savoir-faire procéduraux sont inclus dans l'action et mis en mémoire après expérimentation ; ils s'acquièrent dans l'expérience professionnelle.

Les savoir-faire expérientiels sont issus de l'action. Ils s'acquièrent par l'expérience et par la pratique répétée du traitement des problèmes professionnels. Ils permettent, par l'entraînement, d'anticiper les situations.

Les savoir-faire cognitifs correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, à l'analyse et à la résolution de problèmes, à la conception et à la réalisation de projets, à la prise de décision, à la création ou à l'invention.

- Les *savoir-être*, qui correspondent à la maîtrise d'attitudes comportementales, c'est-à-dire des postures mentales (par exemple, être diplomate, être organisé). On peut les catégoriser en :
 - savoir-faire sociaux, qui dépendent de l'habitus¹⁴ et de la socialisation professionnelle (Dubar, 1998) ;
 - attitudes relationnelles et de communication ;
 - attitudes éthiques.

5.6 La notion de savoir-être

La notion de savoir-être fait l'objet de débats contradictoires, parfois polémiques, dans la mesure où, pour certains, il s'agit là d'une donnée non objective, difficilement définissable, avec un risque de glissement vers une évaluation de la personnalité. Nous faisons part ci-dessous des réflexions de quelques auteurs à propos de l'opportunité de faire figurer le savoir-être dans un référentiel de compétences.

« Si la compétence est entendue comme capacité à réaliser une action donnée, dans une situation donnée, en fonction de paramètres et d'un but (compétence contextualisée), alors, le savoir-être, par définition décontextualisé, puisque imputable à l'individu indépendamment de la situation (par exemple du genre d'interlocuteur), semble difficilement recevable en tant qu'élément de la compétence, et encore moins comme compétence en soi. » En plus, « le caractère polysémique des termes employés pour définir le savoir-être risque d'introduire des comportements de conformité sociale n'ayant qu'un lointain rapport avec l'exercice d'une activité professionnelle (...) cela pourrait favoriser l'usage du concept de compétence comme instrument de domination symbolique »¹⁵.

¹⁴ Très brièvement, l'habitus, selon Bourdieu, est un ensemble de dispositions acquises, de manières d'être, de faire et de penser qui s'incarnent dans la personne en fonction de son histoire et de ses milieux de vie.

¹⁵ Sulzer, 1999, pp. 1, 2, 3.

S. Bellier (2000) s'interroge sur le fait de définir le savoir-être comme une compétence, étant donné le manque de définition générale de cette notion. On y trouve en effet des termes qui relèvent de plusieurs catégories : des qualités morales, des typologies de caractère, des aptitudes, des traits de personnalité, des intérêts et des comportements. Elle montre que, derrière ces choix sémantiques flous et hétérogènes d'un premier abord, ce sont en fait des modèles de pouvoir et de relation individu-organisation qui se structurent et se transmettent. Le savoir-être serait donc une notion utile socialement avant d'être un outil de gestion dont on pourrait discuter de la validité technique. Il maintiendrait un type de relation d'autant plus indispensable que le contexte de chômage persiste, intégrant en particulier l'idée de soumission librement consentie.

Préférant le terme de compétence comportementale, l'auteure propose de rejeter tous les termes se rapportant à la personnalité des individus, à des valeurs, des principes, des choix idéologiques, des qualités morales, au profit des comportements mis en œuvre. C'est le rapport à l'action qui importe, non pas ce que sont les gens mais ce qu'ils font quand ils sont dans une situation donnée.

Tout en prenant en compte les discours synthétisés ci-dessus, et en étant attentive aux risques cités, nous pensons opportun de faire figurer le savoir-être dans le référentiel de compétences de l'infirmière scolaire. En effet, la mission du secteur public est d'abord de rendre service à des usagers. Or tout service comprend toujours une dimension requérant systématiquement la maîtrise de compétences relationnelles, la profession d'infirmière scolaire tout particulièrement.

Nous éviterons toutefois d'utiliser des termes qui feraient appel à des typologies de caractère, des aptitudes et des traits de personnalité, des qualités morales ou des valeurs. Il s'agira de se centrer sur des comportements et des attitudes mis en œuvre en situation.

5.7 La construction du référentiel, la démarche « groupe-métier ».

La méthode utilisée pour la construction du référentiel de compétence de l'infirmière scolaire s'appuie sur la démarche décrite par R. Ouaknine (1998). Il s'agit d'une démarche globale pour appréhender un métier dans son environnement professionnel et pour envisager des modalités de formation adaptées.

Elle est centrée sur l'analyse des situations de travail. C'est une approche systémique dans la mesure où les activités professionnelles sont identifiées et analysées dans leur contexte de réalisation (conditions, ressources, contraintes, résultats attendus, performance, degré d'exigence, cadre organisationnel, etc.).

Elle présente l'analyse des situations professionnelles dans le cadre des principales fonctions qui définissent les finalités et délimitent les responsabilités du métier étudié.

Elle va au-delà de l'approche fonctionnelle qui passe par la description des tâches et des activités ; l'effort d'analyse porte sur les éléments qui constituent les compétences à maîtriser.

Elle opère dans une logique de réflexion sur l'action et pour l'action (vision anticipatrice).

Elle favorise l'implication et la responsabilisation des acteurs.

5.8 Conditions de mise en œuvre de la démarche

La démarche « groupe-métier » se négocie et s'organise, dans l'entreprise, comme toute conduite de projet à caractère participatif. Un dispositif rigoureux est mis en place qui vise l'implication des acteurs et le maillage des compétences.

Un groupe de pilotage est organisé pour créer et garantir les conditions de faisabilité du projet, débattre des propositions faites par le « groupe-métier » puis les valider.

Le groupe-métier chargé d'effectuer les analyses et de débattre sur les évolutions du métier est composé de personnes connaissant bien les activités liées au métier, et ce de différents points de vue : professionnels de terrain, jeunes ou plus expérimentés, ayant une position d'expertise, de responsabilité ou d'encadrement. Cette mise en commun de compétences met l'accent sur la participation des acteurs de l'entreprise. Elle donne également au groupe son caractère participatif. Le groupe se réunit en plusieurs sessions espacées de quelques semaines afin de permettre la mise en forme du travail accompli au cours de chaque réunion. Une validation est effectuée au début de la session suivante.

Le groupe travaille dans une logique de réflexion sur l'action (comment les activités du métier sont-elles réalisées et pourquoi) mais aussi dans une logique de réflexion pour l'action, dans la mesure où la démarche « groupe-métier » anticipe, voire accompagne les modalités du changement des activités professionnelles. Centrés sur l'analyse des situations de travail, les membres du groupe s'intéressent au métier dans toutes ses composantes. Ils en définissent les principales fonctions, puis les activités et surtout les compétences à maîtriser. Les activités de travail sont décrites en utilisant des verbes d'action précis : une liste de verbes peut être mise à disposition et utilisée collectivement pour aider à préciser la pensée. Chaque compétence est formulée dans son contexte professionnel ainsi qu'en présentant les savoirs et les connaissances mobilisées et associées pour sa mise en œuvre.

Sur le plan individuel comme sur le plan collectif, les principales compétences mobilisées par les participants (actifs) d'une démarche « groupe-métier » concernent les champs de l'information, de l'analyse, de la réflexion, de l'échange et du débat entre participants, mais aussi de la formalisation et de la communication. Il s'agit d'échanger des points de vue, débattre, argumenter avec les membres du groupe afin de déterminer la bonne formulation mais aussi de s'entendre sur les responsabilités et sur les implications concrètes que telle définition peut impliquer.

Travail souhaité, travail idéal, loin du travail réel ? Tout dépend de la place faite à l'observation des situations de travail, à l'implication des acteurs, aux validations intermédiaires. Fondées en grande partie sur du déclaratif, les informations collectées et rassemblées dans les référentiels ont une valeur relative, loin d'être immédiatement opérationnelles. Elles présentent une représentation commune de ce que pourrait être le métier, à un moment donné, mais aussi une source, une base de données pour envisager des actions de changement et de formation.

6. Modèle de référentiel de compétences

En nous basant sur la démarche « groupe-métier » ci-dessus, nous avons élaboré un modèle de référentiel de compétences, construit en trois étapes.

- 1) le métier d'infirmière scolaire est découpé en huit fonctions ou domaines de compétences. A chacune de ces fonctions sont associés un ou plusieurs objectifs ;
- 2) pour chaque fonction, les principales compétences sont définies et listées ;
- 3) pour chaque fonction, en lien avec les principales compétences définies, un tableau à quatre colonnes catégorise les principaux savoirs mobilisés et combinés pour produire les compétences attendues, selon les définitions tirées de G. Le Boterf (1994) :

Les *savoirs*, qui correspondent à des connaissances aussi bien générales que spécialisées sur un thème précis. Il s'agit des savoirs théoriques et des savoirs procéduraux.

Les *savoir-faire pratiques*, qui correspondent à la maîtrise de la mise en œuvre concrète de techniques, de méthodes ou d'outils, c'est-à-dire d'habiletés manuelles, méthodologiques, sociales.

Les *savoir-faire cognitifs*, qui correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, à l'analyse et à la résolution de problèmes, à la conception et à la réalisation de projets, à la prise de décision, à la création ou à l'invention.

Les *savoir-être*, qui correspondent à la maîtrise d'attitudes comportementales ; il s'agit des savoir-faire sociaux, des attitudes relationnelles et de communication et des attitudes éthiques.

Ce qui, schématiquement, peut être représenté comme suit, ce modèle décrivant la forme que prendra le référentiel ainsi que ses différentes étapes de construction :

<p>MODELE DE REFERENTIEL DE COMPETENCES FONCTION X : Objectif de la fonction X : Compétences liées à la fonction X décrites au gérondif Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences attendues :</p> <p style="text-align: center;"> Savoirs, connaissances Savoir-faire pratique Savoir-faire cognitif Attitude, comportement </p>
--

7. Méthode

7.1 Les principales étapes de la démarche

Voici, sous forme de tableau, le plan séquentiel et ses principales étapes :

Etape	Tâches accomplies	Ressources
1	Formation du groupe de soutien	Le médecin responsable Une infirmière sociologue, chercheuse confirmée La responsable de formation en santé communautaire
2	Formation du groupe de travail référentiel de compétences (GTRC)	Neuf infirmières scolaires genevoises, jurassienne, lausannoises, vaudoises
3	Récolte de données sur les tâches prescrites (descriptions de fonction, cahiers des charges, entretiens)	Médecin cantonal jurassien Médecin et infirmière responsables lausannois Infirmière-chef genevoise Médecin responsable et Equipe de direction vaudois* (OMSV) Responsable des RH (ressources humaines) à l'OMSV
4	Elaboration des fonctions et objectifs de l'activité de l'infirmière scolaire sur la base de l'étape 3	Nous-même
5	Consultation et validation des fonctions et objectifs	Médecin responsable et Equipe de direction vaudois(OMSV) Groupe de soutien
6	Consultation et validation des fonctions et objectifs. Récolte de données sur les activités et les compétences de la fonction 1	1 ^{ère} séance du groupe GTRC
7	Préparation du document relatif aux compétences de la fonction 1	Nous-même

* Une sociologue, une sociopédagogue, un médecin chef de projet, cinq infirmières responsables.

8	Consultation, validation du document Récolte de données sur les compétences des fonctions 1 à 4	2 ^{ème} séance du groupe GTRC
9	Préparation du document relatif aux compétences des fonctions 1 à 4	Nous-même
10	Consultation, validation du document Récolte de données sur les compétences 4 à 8	3 ^{ème} séance du groupe GTRC
11	Préparation du document relatif aux compétences des fonctions 4 à 8 et du document Référentiel (projet 1)	Nous-même
12	Consultation du document Référentiel (projet 1)	Groupe de soutien Infirmières responsables vaudoises Infirmière-cheffe lausannoise Deux infirmières de terrain
13	Préparation du document Référentiel (projet 2) sur la base de l'étape 12	Nous-même
14	Consultation, validation du document relatif aux compétences des fonctions 4 à 8 Validation du document Référentiel (projet 2)	4 ^{ème} séance du groupe GTRC
15	Elaboration du document Référentiel et d'un document Référentiel de synthèse	Nous-même

Les étapes 16 à 19 ci-dessous sont prévues ultérieurement à la rédaction de ce mémoire.

16	Envoi des documents Référentiel et Référentiel de synthèse avec questionnaire pour consultation	Médecin cantonal jurassien Médecin et infirmière responsables lausannois Infirmière-cheffe genevoise Médecin responsable et Equipe de direction vaudois (OMSV) et ODES, Responsable des RH à l'OMSV 20 infirmières de terrain
17	Elaboration du document Référentiel et du document de synthèse définitifs	Nous-même
18	Diffusion pour appropriation	Les infirmières scolaires
19	Utilisation du Référentiel : Pour le programme de Formation en santé communautaire avec option en milieu scolaire à La Source Pour la construction d'une formation interdisciplinaire Comme base de travail pour la construction d'outils pour les ressources humaines (recrutement, encadrement, formation continue)	Groupe de travail pour la construction de la formation Groupe de travail sur l'interdisciplinarité (GTI) Responsable des RH à l'OMSV Nous-même

Nous allons reprendre ci-dessous chacune des étapes et les expliciter.

Etape 1

Nous avons formé un groupe de pilotage du projet appelé encore groupe de soutien ayant pour mission de nous soutenir dans la démarche, de suivre l'avancement du projet, de l'enrichir par des apports méthodologiques et réflexifs, de critiquer et valider les étapes. Il est composé du médecin responsable des infirmières scolaires vaudoises et co-directeur de l'Office des Ecoles en Santé vaudois, d'une infirmière sociologue experte en recherche dans le champ infirmier, de l'enseignante responsable de la formation post-diplôme en santé communautaire de La Source et de nous-même.

Le groupe de soutien *in corpore* s'est réuni deux fois. Plusieurs entretiens avec l'un ou l'autre de ses membres ont eu lieu préalablement à la démarche ou durant son déroulement.

Etape 2

Nous avons formé un groupe-métier, appelé encore groupe de travail référentiel de compétences (GTRC), chargé de l'élaboration du référentiel. Il est composé de neuf infirmières scolaires, dont deux en provenance du Service Santé Jeunesse du canton de Genève, une en provenance du Service de Santé Scolaire du Canton du Jura, deux en provenance du Service de Santé des Ecoles de Lausanne et quatre du programme Ecole et Santé de l'Organisme médico-social vaudois, ainsi que de nous-même. Les différents contacts pris nous ont permis de réaliser que dans les cantons du Valais, de Neuchâtel et de Fribourg il n'existe pas de pratiques infirmières similaires ayant suffisamment de points communs permettant une analyse globale du métier.

Suite à une présentation du projet, les infirmières ci-dessus se sont spontanément portées volontaires. Ce sont des personnes motivées, très intéressées par la démarche. Dans cet échantillon, on trouve des professionnelles expérimentées et débutantes, ce qui est intéressant pour la description des activités (les débutantes ayant moins d'automatismes intégrés) ; la variabilité des contextes est bien représentée (ville, campagne, un seul ou plusieurs établissements scolaires, des populations différentes).

Quatre rencontres du groupe d'une durée de 3h30 chacune ont eu lieu en l'espace de sept semaines.

Comme nous l'avons dit plus haut, la démarche du GTRC est l'analyse collective des situations de travail. Les participantes ont fait collectivement l'auto-analyse de leur pratique en partant de situations professionnelles concrètes jugées pertinentes par l'ensemble du groupe. La réflexion a porté aussi bien sur les représentations servant de référence à l'action professionnelle que sur le système de contraintes et le type d'interactions qui définissent cette action. Le débat a porté également sur les formulations appropriées en regard des responsabilités et des implications concrètes que telle définition peut impliquer.

Notre rôle dans le groupe a été celui d'animation, de conduite de la réflexion et d'accompagnement de l'analyse, avec le souci permanent de l'avancement des travaux. La récolte de données a été effectuée sur flip-shirt et par notes personnelles.

Etape 3

Nous avons conduit des entretiens avec les responsables cantonaux des infirmières scolaires et l'étude de différentes descriptions de fonction et cahiers des charges nous a permis de faire une synthèse du métier de l'infirmière scolaire. Ce travail a été difficile car l'hétérogénéité des pratiques découlant, entre autres, des quatre origines géographiques et institutionnelles des infirmières est relativement importante.

Etape 4

Sur la base de cette synthèse, nous avons élaboré une proposition de huit fonctions ou domaines de compétence principaux et leurs objectifs.

Etape 5

Nous avons requis – et obtenu – une consultation et une validation du document de l'étape 4 auprès du médecin responsable et de l'équipe de direction vaudois et du groupe de soutien.

Etape 6

Première séance avec le GTRC. Ordre du jour : présentation des objectifs de la recherche, apports théoriques sur les compétences et le référentiel, présentation des fonctions et de leurs objectifs, discussion, validation. Récolte de données sur les activités et les compétences liées à la fonction 1.

Etape 7

Synthèse de l'étape 6 et élaboration d'un document.

Etape 8 à 11 et 13

En début de chaque séance du GTRC, une analyse et une critique du document proposé ont été effectuées, suivies d'une recherche de consensus en vue de la validation. Puis l'analyse, la description, la confrontation parfois se poursuivent dans l'avancement du travail.

Etape 12

Le premier document de travail du référentiel de compétences est élaboré ; une consultation élargie au groupe de soutien, aux infirmières responsables vaudoises et lausannoises ainsi qu'à deux professionnelles de terrain est effectuée.

Etape 13

Les remarques récoltées ont permis d'élaborer le second projet.

Etape 14

Dans sa dernière séance, le GTRC a critiqué et validé, avec quelques modifications, le document Référentiel de compétences.

Etape 15

Elaboration du document Référentiel et sa synthèse, compte tenu des modifications du GTRC. C'est la dernière étape effectuée dans le cadre de ce mémoire.

Ce document se trouve en annexe. Nous allons ci-après procéder à son analyse.

8. Analyse

8.1 Analyse du contenu

Nous voici donc en présence d'un document qui est le résultat d'une analyse des situations de travail effectuée par un groupe de professionnelles, sur la base de leur réalité de travail. Le métier d'infirmière scolaire présente une grande variabilité de pratiques, dépendant de différents facteurs : les contextes géographique et institutionnel, la diversité des populations, le projet de l'établissement scolaire, la présence ou non d'une équipe de santé interdisciplinaire dans l'école, la proximité de collègues, les différents modes de collaboration, entre autres. C'est ce qui a été mis en évidence lors des rencontres du GTRC, lors de la discussion autour des situations de travail.

Devant la difficulté de trouver un « dénominateur commun », ce qui aurait pu être possible, mais au prix d'une présentation dénaturée du travail effectif de chaque participante, nous avons pris l'option de prendre en considération les situations de travail rencontrées par deux au moins des membres du groupe. Cette diversité s'exprime largement dans le référentiel, par le nombre élevé des compétences attendues.

Cela ne signifie pas que toutes ces compétences sont mobilisées dans chaque poste de travail, mais qu'elles sont susceptibles de l'être.

Le lecture du référentiel nous amène à distinguer les grandes familles de compétences mobilisées par les infirmières scolaires.

- Les compétences sociales et relationnelles : elles concernent la relation avec les enfants, les adolescents et leur famille, la collaboration avec les acteurs de l'école (les enseignants, la direction, le secrétariat, le concierge...), le travail en interdisciplinarité, les contacts avec la communauté (association de parents d'élèves, commission scolaire, responsables politiques...), les rapports avec l'institution, les collègues, les étudiants.

- Les compétences de communication et d'information, lorsqu'il s'agit de se présenter, de faire connaître son travail et ses compétences, d'informer sur les ressources existantes, de faire circuler l'information dans l'école ou l'institution, entre les parents et l'école.
- Les compétences pédagogiques lorsque que l'infirmière apprend aux enfants et adolescents comment prendre soin d'eux, lorsqu'elle anime des actions d'éducation pour la santé, lorsqu'elle accompagne les nouvelles collègues et les étudiants.
- Les compétences infirmières spécifiques : elles concernent les activités de dépistage, les entretiens avec les familles, les visites médicales, les vaccinations, les soins et le rapport au corps, l'identification des situations à risque (maltraitance, négligence, violence, abus...), l'intégration des enfants à besoins particuliers (non francophones, ayant un handicap, porteurs de maladies chroniques, ayant subi un traumatisme...).
- Les compétences d'organisation et de gestion lorsque l'infirmière planifie, organise, gère, évalue, rédige, synthétise...

Les savoirs et connaissances associés comportent des sujets traités dans la formation en santé communautaire généraliste et des sujets qui pourraient être abordés ou approfondis dans la nouvelle option de formation en milieu scolaire. Ces derniers sont les suivants :

- Les thèmes spécifiques relevant du contexte scolaire : buts et enjeux de l'école, organisation du système scolaire, la profession d'enseignant, les problématiques en lien avec la scolarité (apprentissage, échec scolaire, intégration, exclusion, violence...).
- Les thèmes en lien avec la population cible : développement cognitif, psycho-affectif et psychomoteur de l'enfant et de l'adolescent, physio et psychopathologie pédiatrique, approche psychologique et sociologique de l'adolescence, sexualité, vie sentimentale, multiculturalité.
- Les thèmes en lien avec la communication et l'information : théories de la communication, techniques d'entretien, de négociation, de médiation, gestion de conflit, psychologie des groupes, techniques d'animation de groupes, les mécanismes de l'influence.
- Les thèmes en lien avec les institutions : fonctionnement des institutions, analyse institutionnelle, assurances sociales, aide sociale.
- Les thèmes en lien avec des pratiques professionnelles : approches systémiques et cognitives, concept de crise, débriefing, vaccination, interdisciplinarité, marketing social, outils pédagogiques.

8.2 *Evaluation de la démarche*

Un des éléments de la démarche résidait dans sa dimension collective et interactive. Le moment est venu de se demander dans quelle mesure elle est pertinente pour l'élaboration d'un référentiel de compétences. Cela revient à se poser des questions sur le déroulement concret de la procédure, sur l'apport des participantes et sur le mode de leurs interactions. Les éléments présentés proviennent aussi bien d'observations « à chaud » effectuées lors des rencontres que de moments informels d'évaluation lors de la pause café ou en individuel. Il n'y a pas eu de moments formels consacrés à l'évaluation, ce qui aurait été intéressant pour une analyse plus poussée.

La plupart des participantes ont évoqué le fait que cette démarche leur avait permis de prendre conscience de la variabilité des contextes et des pratiques ; cela est particulièrement frappant d'une institution à l'autre ; par exemple, le nombre d'élèves correspondant à un 100% d'activité varie du simple au quadruple entre les infirmières lausannoises et les infirmières jurassiennes. A Genève, les infirmières ne pratiquent pas les dépistages de la vue et de l'ouïe, à l'inverse des autres participantes. Dans le canton du Jura, la collaboration avec le médecin scolaire est beaucoup plus développée qu'ailleurs. A Lausanne, les infirmières s'occupent plus spécifiquement des soins aux enfants et semblent moins impliquées dans la

vie de l'établissement et ses aspects pédagogiques. A Genève, elles sont plus souvent qu'ailleurs appelées à s'impliquer dans la communauté, par exemple dans une association de quartier.

La diversité des pratiques se manifeste également suivant le contexte local : tel directeur sollicite souvent l'infirmière pour des situations d'élèves difficiles ; tel autre considère plutôt que la tâche prioritaire de celle-ci consiste en l'accueil des élèves malades ou blessés. Que l'infirmière travaille auprès d'une population défavorisée, auprès d'une population constituée principalement d'étrangers ou dont le niveau socioculturel est élevé, et voilà que sa pratique en sera largement influencée, les besoins et les attentes de ces différentes populations étant diversifiées. Que l'infirmière ait en charge un ou deux grands bâtiments scolaires ou une quinzaine de petits collèges, et voilà que sa présence dans les lieux scolaires est plus ou moins grande, ce qui influe sur l'accessibilité de l'infirmière et l'organisation de son travail.

Cette prise de conscience a permis aux participantes de prendre du recul par rapport à leur pratique quotidienne et à une conception unilatérale et parfois stéréotypée de la profession ; « ailleurs, on pratique autrement, pour des raisons qui ont été explicitées et cela fonctionne bien aussi ».

Cela a permis une décentration et une ouverture sur « d'autres possibles », particulièrement marquées et appréciées par l'infirmière jurassienne dont le programme d'activité date seulement d'une année.

Le fait de réfléchir à toutes les facettes de leur activité, et de formuler par écrit tous les savoirs mobilisés, leur a fait prendre conscience plus précisément de l'étendue et du contenu de leur travail : « parfois, on a l'impression de ne rien avoir fait, à la fin de la journée, on a l'impression qu'on a brassé du vide ; je sais pourtant que ce que je fais a du sens ; de voir tout ça, écrit noir sur blanc, dans les détails, ça me conforte dans cette idée et je crois que je pourrai mieux l'expliquer à quelqu'un d'autre ».

Le travail d'analyse de l'activité et surtout de la définition des compétences a suscité des discussions par moments passionnées, voire des confrontations entre participantes. Il y a eu argumentation, contre argumentation, négociation puis prise de décision. Selon plusieurs participantes, et selon notre observation, le climat coopératif du groupe a favorisé des échanges constructifs. Elles ont parlé de « climat de confiance et de tolérance », de discussions sans agressivité même si tout n'était pas facile à dire ou à entendre. Elles ont exprimé leur plaisir à faire partie de ce groupe et la satisfaction d'être arrivées au but fixé.

La taille du groupe, dix personnes, a certainement favorisé la participation et l'implication de chacune. Nous avons observé que deux participantes avaient tendance à avoir des perceptions et des opinions divergentes, ce qui a amené parfois certaines tensions, rapidement résolues par l'intervention d'autres membres du groupe. Ces opinions divergentes émergeaient la plupart du temps lors du choix des mots pour la description des compétences et elles ont été bénéfiques car elles obligeaient le groupe à se pencher sur des définitions ayant des implications significatives.

La cohésion du groupe s'est révélée importante, ce qui a stimulé l'avancement du travail. Un autre facteur favorisant la production du groupe a été la nature de la tâche : élaborative, nécessitant l'organisation des membres, circonscrite au niveau du temps et des objectifs. Au début de la première rencontre, celle-ci avait été exposée clairement. Le temps à disposition était limité et, à son terme, la tâche devait être terminée, ce qui a été un élément stimulant.

Notre rôle dans le groupe a évolué au cours des séances. Au départ, il était conçu pour animer les rencontres, c'est-à-dire « garantir le cadre des réunions en maintenant le groupe vers ses objectifs et en favorisant la production libre des échanges concourant à la réalisation des tâches fixées »¹⁶. Il s'agit, entre autres, d'éviter de prendre une position personnelle, de garantir un temps de parole équitable aux participantes, d'aider le groupe à accomplir sa tâche et à progresser vers ses buts, d'être le garant du temps.

Notre idée était de laisser au groupe seul la fonction d'élaboration du contenu du référentiel, les idées et les suggestions devant émerger de la base. Cependant, dès la première séance, nous nous sommes rendue

¹⁶ A. Blanchet et A. Trognon, 1994, p. 106.

compte de la difficulté de l'entreprise. En effet, les réflexions sur les situations de travail devenaient des micro-analyses, les compétences se déclinaient à un niveau de détails trop grand et la récolte de données devenait quasi impossible dans ces conditions. De plus, le groupe nous mettait dans un rôle d'experte que nous ne voulions pas tenir dans le cadre de cette recherche mais que nous avions, par ailleurs, dans notre rôle professionnel. Le manque de temps à disposition était aussi un facteur limitatif.

Nous avons alors pris l'option, dès la deuxième séance, de prendre un rôle de leader, plus directif et qui « donne une visibilité et un pouvoir plus important que celui des membres du groupe, au sens où le pouvoir peut être défini comme la capacité d'influencer et de contrôler les événements »¹⁷. Cela nous a permis de conduire le groupe, de donner des directives quant au contenu de la production sans, pour autant, en influencer la substance de base. Le style de leadership était démocratique (selon R. Lippitt et R. White¹⁸), laissant au groupe le soin de critiquer, de débattre, de modifier nos propositions. Plutôt que d'attendre du groupe la production intégrale du référentiel, nous arrivions avec des propositions écrites, formulées sur la base du recueil de données de la séance précédente, de notre expérience et de la lecture de documents. Charge au groupe, après discussion et modifications, de les valider.

Se pose alors la question de la validité du document. Est-il vraiment l'expression des professionnelles de terrain ? Dans quelle mesure le fait que nous ayons porté la double casquette d'experte ayant un rôle hiérarchique dans le contexte professionnel et de leader du groupe dans la recherche a eu une influence sur le contenu du référentiel ? Dans le cas où la démarche aurait été menée par une personne extérieure à la profession, quel aurait été le résultat ? Aurait-il été très différent ?

Il est évidemment impossible de donner des réponses tranchées à ces questions ; il est juste possible de faire quelques hypothèses. De notre point de vue, la manière de procéder a laissé toute latitude aux participantes de s'exprimer quant à un éventuel abus d'influence de notre part. Au contraire, elles ont manifesté leur besoin d'être cadrées et conduites dans la réalisation de la tâche, et nous nous sommes donc trouvée légitimée par le groupe dans ce rôle. Le contenu nous paraît être l'expression, avant tout, des professionnelles de terrain, même si l'on ne peut occulter notre influence.

On peut citer des avantages et des inconvénients à notre position d'experte et d'intériorité. Les avantages entrevus sont les suivants : une bonne connaissance de la profession nous a permis de gagner beaucoup de temps car les références et le langage sont communs, les situations exposées nous sont familières. La récolte de données en a été facilitée ainsi que les propositions écrites qui ont paru, pour la plupart, d'emblée pertinentes. Le sentiment des participantes d'être « sur la même longueur d'onde » a favorisé le climat coopératif qui a prévalu et a encouragé la production du groupe. Les inconvénients que nous pouvons mentionner sont les suivants : une subjectivité incontournable du fait des mêmes références professionnelles, relativisée cependant par une vue un peu plus « meta », conséquence de notre position professionnelle (plus éloignée du terrain). Une liberté d'expression restreinte ou contrôlée pour certaines participantes que nous connaissions, liée à notre statut hiérarchique. Peut-être une créativité du groupe un peu diminuée du fait que le travail avait été « mâché », en partie.

8.3 *Analyse du modèle de construction du référentiel*

Le modèle de construction du référentiel s'est révélé globalement pertinent. A partir des fonctions ou domaines de compétences identifiés, il a été relativement aisé de décliner les différentes compétences et les savoirs associés. Nous avons cependant rencontré quelques embûches dans le choix des catégorisations. En effet, certaines compétences peuvent se décliner en regard de deux ou trois fonctions différentes, et notre décision s'est portée sur la fonction qui semblait être la plus représentative au niveau du sens. Certains éléments des quatre colonnes se sont répétés à plusieurs reprises ; il a fallu déterminer quelle était leur plus grande spécificité par rapport aux compétences décrites. La distinction entre savoir-faire pratique, savoir-faire cognitif et savoir-être n'est pas toujours aisée et le recours systématique aux définitions s'est révélé nécessaire. Malgré cela, nous constatons que certains énoncés pourraient être mis sous une autre dénomination que celle choisie.

¹⁷ *Ibid*, p. 101.

¹⁸ In K. Lewin, 1959.

8.4 Analyse de la forme du référentiel

Notre choix s'est porté sur une présentation en trois parties ; il est basé sur l'idée que le référentiel serait lu et utilisé par différents protagonistes.

La première partie décrit les fonctions ou les domaines de compétences de l'infirmière scolaire ; sa lecture est rapide, elle est la structure de base du référentiel.

La deuxième partie est un document de présentation synthétisée du référentiel. En quatre pages, il décrit les compétences mobilisées en situation et en lien avec chaque fonction. Il permet, dans un temps relativement court, de prendre connaissance des familles d'activités et des compétences y relatives. Cette synthèse s'adresse à des lecteurs ayant peu de connaissances ou des connaissances erronées de la profession, ou encore désirant s'informer rapidement. Ce document pourrait être utilisé dans un but de promotion de la profession.

La troisième partie est le référentiel dans sa présentation intégrale, qui reprend la plupart des éléments de la deuxième partie en y adjoignant les différents savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences décrites. Il est en priorité destiné aux responsables pédagogiques dans le but de construire le nouveau programme de formation, aux responsables institutionnels pour aménager la formation continue, ainsi qu'aux professionnelles.

9. Conclusion

Notre question de départ portait sur la formation des infirmières scolaires. Après avoir montré la complexité de la profession, nous nous sommes penchée sur les possibilités de formation en santé communautaire en Romandie et sur leur programme. L'Ecole La Source offre une possibilité de formation interdisciplinaire, ce qui nous a paru intéressant pour le projet d'une formation de l'équipe interdisciplinaire, et son programme est généraliste. Or la profession d'infirmière scolaire se pratique dans un cadre spécifique et particulier, l'école, et il est indispensable que la praticienne ait une connaissance approfondie de ce milieu. D'autre part, les activités sont spécifiques et la population-cible, les enfants et les adolescents, bien circonscrite. Il nous a paru nécessaire de repenser la formation actuelle et de l'adapter à la profession d'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire. Cette option nous a poussée à définir les compétences requises, travail qui, à notre connaissance, n'a jamais été fait, et à les formuler sous la forme d'un référentiel de compétences.

Pour ce faire, nous avons utilisé la démarche du groupe-métier, qui pratique l'élaboration participative du référentiel avec l'aide d'un groupe de professionnels confirmés, représentatifs de la diversité des pratiques, sur la base de l'analyse des situations de travail.

Nous avons élaboré un modèle de construction du référentiel qui nous a permis de produire un document intitulé : Référentiel de compétences de l'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire. Celui-ci se décline en trois versions, de la plus courte à la plus complète, suivant l'usage que l'on en fait.

Ce référentiel est une base de travail pour la construction du programme de formation en santé communautaire avec option « en milieu scolaire ». Environ la moitié du programme reste généraliste et commun aux autres options ; l'autre moitié devant traiter des spécificités du travail en milieu scolaire.

Nous avons la conviction que ce référentiel est représentatif des pratiques et des compétences mobilisées par les infirmières scolaires et qu'il indique des pistes de formation pertinentes. Il appartient maintenant à l'équipe pédagogique et au groupe de travail formé à cet effet (dont nous faisons partie) de poursuivre la réflexion.

Nous avons également la conviction que ce référentiel va être utile au renforcement de l'identité des infirmières scolaires. En effet, nous avons vu plus haut que celles-ci avaient de la peine à faire connaître

et reconnaître leur travail et leurs compétences, mais encore faut-il savoir précisément ce que l'on fait et savoir tout ce que l'on mobilise comme connaissances et savoir-agir pour l'exécuter. Une mise par écrit pourra probablement permettre une prise de conscience et une intériorisation, plus particulièrement pour les professionnelles débutantes. Le référentiel pourra être un outil d'intégration qui leur permettra peut-être d'assurer une meilleure présentation de leur travail et de leurs compétences dans le but de se faire connaître et de « se vendre ».

Le document, dans sa version synthétique, pourrait être utilisé pour la promotion de la profession, dans un cadre associatif ou politique. Nous pensons, par exemple, aux associations de parents d'élèves, aux directions et aux commissions scolaires, aux politiques qui décident des budgets. Nous pensons également à la promotion du métier d'infirmière scolaire dans le cadre des professions soignantes, ce métier ayant encore actuellement l'image stéréotypée de l'infirmière « qui a trouvé la bonne planque » ! Ce document sera également utile pour les étudiant(e)s en soins infirmiers qui effectuent leur stage dans le cadre de la santé scolaire.

Pour ses fonctions d'intégration et de promotion, la réflexion doit se poursuivre et porter sur la diffusion du document, sa validation et son appropriation par les professionnelles concernées.

Un autre développement du référentiel pourra être possible dans le champ des ressources humaines. Il peut être utilisé comme base pour l'élaboration d'outils d'évaluation, outils de recrutement et permettre à l'employeur d'élaborer la formation continue, et même de l'anticiper, en vue d'un changement qu'il voudrait initier.

Si la recherche constante d'amélioration de la qualité des prestations d'une organisation se justifie pleinement, et se manifeste par des processus d'évaluation, nous désirons mettre le doigt sur une dérive possible. En effet, les employés sont invités à montrer une volonté d'apprendre et de s'améliorer, on exige d'eux l'élaboration d'objectifs d'amélioration et leur atteinte. Or nous savons que cette exigence n'est pas applicable à chacun, le parcours de vie pouvant générer des périodes de stagnation, voire de régression.

Une forte pression à la performance peut à ce moment se montrer néfaste et engendrer des phénomènes de discrimination, de dévalorisation, d'exclusion. On ne sélectionne plus que les meilleurs, on ne garde que les performants. Nous ne souhaitons pas que ce référentiel puisse devenir un outil de l'organisation qui serve à discriminer et à éliminer.

Pour conclure, nous voulons encore relever les éléments principaux qui ont contribué à notre motivation, notre plaisir et à l'aboutissement de ce travail :

- le soutien de notre responsable hiérarchique qui a mis à notre service les moyens financiers et logistiques nécessaires, sa confiance, une marge d'autonomie confortable, et sa disponibilité ;
- l'engagement volontaire du groupe d'infirmières, leur motivation et leur participation active ;
- le soutien et l'apport des collègues et des experts consultés ;
- le sentiment de travailler pour une réalisation utile aux collègues et à la profession.

10. Bibliographie

La profession

Annaheim J. et al. (1989). *Conception de soins infirmiers et normes de compétences professionnelles*. Lausanne, OMSV.

Archambault, M. (1997). *Définition du rôle de l'infirmière en milieu scolaire dans le canton de Vaud*. Travail de diplôme ISP. Ecole La Source.

Borel, B. (1996). *Santé scolaire, courte revue de littérature et aspects de pratiques cantonales*. Genève : diplôme de santé publique.

ODES, *Cadre conceptuel et principes de référence de l'ODES*.

Campiche V. (2000). *Promotion de la Santé et Prévention en milieu scolaire. Réorganisation et adaptation des activités. La première visite de santé. Bilan du projet pilote*. Lausanne OMSV.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Fontana, E, Nicod, P-A. (1996). *Prévention et santé dans les écoles vaudoises : travail en réseau et interdisciplinarité*. Ed. Réalités Sociales.

Keller, A.-M. (2001). *Vision et attentes actuelles des partenaires de la santé scolaire dans le canton de Vaud. Rapport d'une enquête qualitative*. Lausanne : Office des Ecoles en Santé, Département de la Santé et de l'Action Sociale, Département de la Formation et de la Jeunesse.

Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec : Ed. Maloine.

Masserey, E. (1999). *Médecine et santé à l'école en Valais ; les visites médicales et leurs statistiques, évolutions*. Lausanne : IUMSP.

Masserey, E. (1998). *Quelle santé scolaire vaudoise pour les 5-16 ans ? Bilan et Perspectives*. Rapport de synthèse.

Masserey, E. (2000). *Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire. Réorganisation et adaptation des activités. La première visite de santé*. Document de travail n° 10.

Masserey, E., De Vargas, Ph. (1999). *Proposition au conseil d'Etat relative à la création d'un Office chargé de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire*.

Normes et critères de compétence des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Québec. (1986). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Osiek-Parisod, F. (1994). *Infirmières dans l'école ; partage de l'action éducative et enjeux identitaires*. Genève : service de la recherche sociologique, département de l'instruction publique, cahier n° 37.

Osiek-Parisod, F. (1990). *C'est bon pour ta santé! Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation pour la santé*. Genève : service de la recherche sociologique, département de l'instruction publique, cahier n° 31.

Pingoud, K. (1999). *La supervision des infirmières scolaires dans le canton de Vaud*. Travail de recherche. Université de Neuchâtel.

Référentiel de compétences de l'infirmière HES.

Service de santé de la jeunesse. (2001). *Service de santé de la jeunesse ; mission, structure et organisation*. Genève : Office de la jeunesse, Département de l'instruction publique.

La formation

Aumont, B., Mesnier P.- M. (1992). *L'acte d'apprendre*. Paris : PUF.

Dominicé, P. (1990). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris : L'Harmattan.

Dominicé, P., Engelberts-Leone, M.-T., Laubscher, A., Josso, C. (1982). *Les demandes de formation continue. Options et enjeux*. Genève : collection Champs professionnels, Institut d'études sociales, n° 5.

Guilbert, J-J. (1990). *Guide pédagogique pour les personnels de santé*. Organisation mondiale de la santé.

Perrenoud, P. (1996). *Enseigner, agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*. Paris : ESF.

La compétence

Batal, Ch. (1997). *La gestion des ressources humaines dans le secteur public*. Tome 1. *L'analyse des métiers, des emplois et des compétences*. Paris : Editions d'Organisation.

Bellier, S. (dir.)(2000). *Compétences en action*. Paris : Editions Liaisons.

Bellier, S. (2000). *Le savoir-être est-il une compétence ?* CEGOS.

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'Organisation.

Boyé, M, Ropert, G. (1994). *Gérer les compétences dans les services publics*. Paris : Editions d'Organisation.

Minet, F., Parlier, M Witte, S. (1994). *La compétence : mythe, construction ou réalité ?* Paris : L'Harmattan.

Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelles*. Berne : Editions scientifiques européennes, Peter Lang.

Ouaknine, R. (1998). Démarche « groupe-métier » et processus de production de compétences. *Education permanente* n° 135.

Sulzer, E (1999). Objectiver les compétences d'interaction. Critique sociale du savoir-être. *Education permanente* n° 140.

Toupin, L. (1998). La compétence comme matière, énergie et sens. *Education Permanente* n° 135.

Wittorsky, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education Permanente* n° 135.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*. Paris, Editions Liaisons.

Divers

Blanchet, A., Trognon, A. (1994). *La psychologie des groupes*. Paris, Ed. Nathan.

Dubar, C. (1998). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.

Fragnière, J.-P. (1996). *Comment réussir un mémoire*. Paris : Dunod.

Johr, Ch. (2001). *Rapport Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle*. Version provisoire. Genève.

Lewin, K. (1959), *Psychologie dynamique, les relations humaines*. Paris : PUF.

Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.

Quivy, R. (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

11. Annexe : Référentiel de compétences de l'infirmière de santé communautaire en milieu scolaire

Ce document a été réalisé sur la base du travail d'un groupe de professionnelles confirmées, représentatives de la diversité des pratiques de l'infirmière* de santé communautaire en milieu scolaire, en Suisse Romande, en intégrant l'étendue et la variabilité des situations professionnelles vécues sur le terrain.

Le travail de l'infirmière scolaire se décline, dans le référentiel, en huit grandes fonctions ou domaines de compétences, mises en œuvre dans l'exercice du métier (première partie). Chacune de ces fonctions vise un ou plusieurs objectifs et mobilisent des compétences spécifiques (deuxième partie). Ces compétences, pour être produites, font appel à différents savoirs qui sont décrits, dans le référentiel, sous forme de tableau (troisième partie). La **première partie** ci-dessous présente donc les **huit fonctions et leurs objectifs**. La **deuxième partie** présente une **version synthétique** du référentiel. La **troisième partie** présente le référentiel dans sa **version intégrale**. Suivant l'usage que l'on en fait, on peut utiliser l'une ou l'autre des parties.

Voici les définitions des termes utilisés (selon Guy Le Boterf) :

La compétence :

« *Organisation combinatoire interne de plusieurs éléments : connaissance, savoir-faire, comportement, savoirs formalisés, réseaux d'expertises, etc qui permet à la personne de répondre à des exigences professionnelles.... C'est un savoir agir reconnu.*

Les savoirs, les connaissances :

« *ils correspondent à des connaissances aussi bien générales que spécialisées sur un thème précis. Il s'agit des savoirs théoriques et des savoirs procéduraux.*

Les savoir-faire pratiques :

« *ils correspondent à la maîtrise de la mise en œuvre concrète de techniques, de méthodes ou d'outils, c'est-à-dire d'habiletés manuelles, méthodologiques, sociales.*

Les savoir-faire cognitifs :

« *ils correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, à l'analyse et à la résolution de problèmes, à la conception et à la réalisation de projets, à la prise de décision, à la création ou à l'invention.*

Les savoir-être :

« *ils correspondent à la maîtrise d'attitudes comportementales ; il s'agit des comportements sociaux et professionnels, des attitudes relationnelles et de communication et des attitudes éthiques»¹⁹*

Mention préalable à la lecture du référentiel de compétences

Le découpage en fonctions est une construction, un mode de représentation qui s'exprime dans des contextes différenciés. Dans l'exercice du métier, les infirmières scolaires vont mobiliser des domaines de compétences, donc des fonctions différentes et complémentaires selon les projets et les partenaires concernés.

Ce référentiel présente un éventail de compétences le plus large possible, susceptible d'être développé dans des situations de travail diversifiées, car chaque lieu de travail a sa spécificité. Il ne s'agit donc pas d'un profil de compétences idéal et mythique transposable dans chaque situation professionnelle ; il convient de flexibiliser et d'adapter la lecture du document au contexte de travail, par exemple en donnant plus ou moins de poids et d'importance à telle ou telle compétence.

* Le féminin est utilisé par souci de simplification et du fait de la présence majoritaire actuelle des femmes dans cette profession. Ceci n'exclut pas une lecture au masculin.

¹⁹ Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Editions d'Organisation.

1^{ère} partie

INFIRMIER-E DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE LES DOMAINES DE COMPETENCE OU LES FONCTIONS DU REFERENTIEL

Fonction 1 :

Identification des besoins individuels et collectifs des enfants et adolescents et de leur famille.

Objectif :

Assurer l'expression et la reconnaissance des préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

Fonction 2 :

Accompagnement des enfants, adolescents et de leur famille dans la réponse à leurs besoins de santé.

Objectif :

Mobiliser les ressources propres aux individus et aux groupes ; orienter et/ou assurer un suivi dans les préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

Fonction 3 :

Contribution à l'intégration de tous les enfants et adolescents dans le milieu scolaire et au développement du lien entre la famille et l'école.

Objectif :

Favoriser le bien-être global de l'enfant et de l'adolescent à l'école.

Fonction 4 :

Contribution, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et la mise en oeuvre de projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de l'école, dans une perspective d'action communautaire.

Collaboration, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, dans la recherche de solutions adaptées en cas de crise vécue par un individu ou un groupe.

Objectif :

Accompagner les acteurs de l'école et la communauté* dans le rétablissement, le maintien et l'accroissement de leur niveau de bien-être.

Fonction 5 :

Application du programme de dépistages défini par l'institution et du programme cantonal de vaccinations.*

Objectif :

Promouvoir la santé et prévenir les atteintes à la santé des enfants et adolescents.

Fonction 6 :

Planification, organisation, application, évaluation des activités professionnelles ; développement des compétences professionnelles.

Objectif :

Développer une attitude réflexive par rapport à son action et ses moyens d'action pour accroître son professionnalisme.

Fonction 7 :

Interface pour la communication au sein de l'école et de l'institution, pour les familles et le reste de la communauté.

Objectif :

Développer et entretenir la communication, l'échange au sein de son institution, de l'école et recueillir les informations utiles pour orienter son activité.

Faire connaître les activités, les missions, les projets de l'institution, informer sur l'organisation de l'école.

Fonction 8 :

Accompagnement pédagogique des collègues infirmières et des étudiants en soins infirmiers.

Objectif :

Promouvoir le développement de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire.

* Communauté : ici, le groupe de population hors école.

* Institution : employeur de l'infirmière scolaire.

2^{ème} partie :

REFERENTIEL DE COMPETENCES DE L'INFIRMIER-E DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE - VERSION SYNTHETIQUE

Fonction 1 :

Identification des besoins individuels et collectifs des enfants et adolescents et de leur famille.

Objectif :

Assurer l'expression et la reconnaissance des préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En offrant un lieu et un espace de parole dans l'établissement scolaire ; en assurant une permanence, ou par des rendez-vous ou des téléphones aux enfants, adolescents, familles, enseignants et autres professionnels de la santé.
2. En proposant des entretiens de santé à chaque enfant et leurs parents et aux adolescents.
3. En identifiant des situations à risque (négligence, maltraitance, abus, violence...).
4. En s'intégrant dans la vie de l'école en participant aux activités scolaires, par exemple présence aux récréations, à la salle des maîtres, aux réunions avec les parents, aux conférences des maîtres, aux conseils des élèves, aux événements particuliers (inauguration, exposition, joutes sportives...).
5. En favorisant et développant les relations avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, secrétariat, concierges, autres professionnels de la santé), les familles et le reste de la communauté.
6. En participant à des rencontres, des réflexions ou des activités de la communauté* ayant un lien avec la santé globale des enfants et adolescents (association de parents d'élèves, commission scolaire, réunion de quartier, rencontre avec les responsables politiques...).
7. En ayant une attitude empathique et respectueuse, en pratiquant l'écoute active et le non-jugement.

Fonction 2 :

Accompagnement des enfants, adolescents et de leur famille dans la réponse à leurs besoins de santé.

Objectif :

Mobiliser les ressources propres aux individus et aux groupes ; proposer des soins adaptés, orienter et/ou assurer un suivi dans les préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En construisant, avec les enfants, adolescents et leur famille une relation de confiance et d'aide au cours de rencontres, d'entretiens (éventuellement à domicile) et de téléphones ; en les accompagnant dans leur recherche, dans la construction du sens de leur expérience de vie et dans la mobilisation de leurs propres ressources.
2. En informant les enfants, adolescents et leur famille des ressources existant dans la communauté, en les orientant vers les services appropriés, en assurant un suivi des situations.
3. En apprenant aux enfants, adolescents et leur famille à prendre soin d'eux-mêmes.
4. En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
5. En collaborant avec les réseaux interdisciplinaires dans l'école et à l'extérieur de l'école.
6. En mettant à disposition du matériel de premier secours et en assurant, avec le médecin scolaire, l'organisation de la formation aux premiers secours du personnel de l'école ; en donnant des soins.

* Communauté : ici, le groupe de population hors école.

7. En préparant et en animant avec les enseignants, les enfants, les adolescents et, au besoin, leur famille ou d'autres professionnels, des actions de santé en classe.
8. En créant et animant des groupes de réflexion en réponse à des besoins de santé globale.

Fonction 3 :

Contribution à l'intégration de tous les enfants et adolescents dans le milieu scolaire et au développement du lien entre la famille et l'école.

Objectif :

Favoriser le bien-être global de l'enfant et de l'adolescent à l'école.

1. En proposant un entretien en début de scolarité à tous les parents et enfants.
2. En facilitant la mise en relation des enfants, adolescents et leur famille avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, professionnels de la santé...) et les services extérieurs.
3. En se préoccupant des enfants à besoins spécifiques (non francophones, ayant un handicap, porteurs de maladies chroniques, ayant subi un traumatisme...) et en accompagnant leur famille, si besoin.
4. En participant à l'intégration des enfants à besoins spécifiques (informations aux enseignants, relais avec des services spécialisés, accompagnement lors d'activités, relais avec les parents...).
5. En participant à des interventions en classe en lien avec le thème de l'intégration.
6. En participant et en intervenant, selon les circonstances, aux rencontres de parents, aux rencontres d'élèves (conseil des élèves, forum, réunion des délégués...), aux rencontres d'enseignants (conférence des maîtres, conseil de classe...).
7. En étant partie prenante d'un projet d'établissement.
8. En favorisant et participant à la mise sur pied de rencontres à thème en lien avec la santé globale pour les enfants, adolescents, leur famille et les personnes intéressées.

Fonction 4 :

Contribution, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et la mise en oeuvre de projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de l'école, dans une perspective d'action communautaire.

Collaboration, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, dans la recherche de solutions adaptées en cas de crise vécue par un individu ou un groupe.

Objectif :

Accompagner les acteurs de l'école et la communauté dans le rétablissement, le maintien et l'accroissement de leur niveau de bien-être.

1. En initiant, créant et/ou favorisant, dynamisant le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire à l'école.
2. En participant, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et la communauté à l'élaboration de projets de santé communautaire selon une méthodologie éprouvée.
3. En proposant, initiant et/ou favorisant l'existence d'une cellule de crise à l'école.
4. En sollicitant la collaboration du réseau ou de l'équipe interdisciplinaire, en cas de crise ou d'événement critique vécus par un enfant ou adolescent, ou un groupe.
5. En faisant preuve de capacité d'affirmation de soi et de créativité.

Fonction 5 :

Application du programme de dépistages défini par l'institution et du programme cantonal de vaccinations.

Objectif :

Promouvoir la santé et prévenir les atteintes à la santé des enfants et adolescents.

1. En planifiant, organisant et menant des activités de dépistages (vue, ouïe, développement staturo-pondéral, verrues, pédiculose, posture, maladies transmissibles...).
2. En planifiant, organisant et participant aux visites médicales.
3. En planifiant et organisant des séances de vaccination.
4. En utilisant les activités de dépistage comme support de promotion de la santé.
5. En démontrant des capacités d'organisation, d'adaptation et d'autonomie.

Fonction 6 :

Planification, organisation, application, évaluation des activités professionnelles ; développement des compétences professionnelles.

Objectif :

Développer une attitude réflexive par rapport à son action et ses moyens d'action pour accroître son professionnalisme.

1. En établissant un plan d'activités pour l'année scolaire en tenant compte des contraintes temporelles, contextuelles et institutionnelles.
2. En organisant, en coordonnant et en mettant en œuvre les différentes activités.
3. En analysant et évaluant systématiquement les résultats de ses actions.
4. En redéfinissant, en réorientant, en réadaptant ses activités en fonction des résultats des évaluations.
5. En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
6. En évaluant et développant ses compétences personnelles et professionnelles par divers moyens (lectures, conférences, formation continue, supervision...).
7. En participant aux formations organisées par l'institution ; en contribuant aux rencontres régionales infirmières ou à des groupes de travail interdisciplinaires.
8. En collaborant avec les pairs et autres intervenants.

Fonction 7 :

Interface pour la communication au sein de l'école et de l'institution, pour les familles et le reste de la communauté.

Objectif :

Développer et entretenir la communication, l'échange au sein de son institution, de l'école et recueillir les informations utiles pour orienter son activité.

Faire connaître les activités, les missions, les projets de l'institution, informer sur l'organisation de l'école.

1. En assurant la circulation de l'information concernant les activités du service de santé, de l'équipe interdisciplinaire, de l'institution, auprès des enfants, adolescents et leur famille, des acteurs de l'école, des autorités, de la communauté.
2. En élaborant des stratégies de communication pour se faire connaître.
3. En étant accessible et disponible pour s'entretenir avec chaque personne le souhaitant.
4. En assumant un rôle de médiation, si besoin.

5. En assurant le dialogue avec les intervenants extérieurs (services de l'Etat, professionnels, institutions de prévention...).
6. En se tenant informé de la vie de l'établissement scolaire et en soignant les relations personnelles.
7. En participant à des projets de recherche en lien avec la santé à l'école.
8. En partageant ses connaissances et son expérience avec ses pairs et les responsables de l'institution lors de rencontres, de groupes de travail, de projets pilote.

Fonction 8 :

Accompagnement pédagogique des collègues infirmières débutantes et des étudiants en soins infirmiers.

Objectif :

Promouvoir le développement de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire.

1. En accueillant et en accompagnant les nouvelles collègues et les stagiaires dans le processus d'appropriation de leur nouveau rôle et de leurs nouvelles activités.
2. En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs objectifs de stage et en participant à leur évaluation.
3. En contribuant à la promotion de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire par des actions pédagogiques dans les lieux de formation (participation à un cours, rôle de professionnel de référence pour la formation en santé communautaire, expertise aux examens...).

3ème partie :

REFERENTIEL DE COMPETENCES DE L'INFIRMIER-E DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MILIEU SCOLAIRE - VERSION INTEGRALE

Fonction 1 :

Identification des besoins individuels et collectifs des enfants et adolescents et de leur famille.

Objectif :

Assurer l'expression et la reconnaissance des préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En offrant un lieu et un espace de parole dans l'établissement scolaire ; en assurant une permanence, ou par des rendez-vous ou des téléphones aux enfants, adolescents, familles, enseignants et autres professionnels de la santé.
2. En proposant des entretiens de santé à chaque enfant et leurs parents et aux adolescents.
3. En identifiant des situations à risque (négligence, maltraitance, abus, violence...).
4. En s'intégrant dans la vie de l'école en participant aux activités scolaires, par exemple présence aux récréations, à la salle des maîtres, aux réunions avec les parents, aux conférences des maîtres, aux conseils des élèves, aux événements particuliers (inauguration, exposition, joutes sportives...).
5. En favorisant et développant les relations avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, secrétariat, concierges, autres professionnels de la santé), les familles et la communauté.
6. En participant à des rencontres, des réflexions ou des activités de la communauté* ayant un lien avec la santé globale des enfants et adolescents (association de parents d'élèves, commission scolaire, réunion de quartier, rencontre avec les responsables politiques...).

* Communauté : ici, le groupe de population hors école.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Droit de l'enfant et de la famille ▪ Théories de la communication ▪ Approche globale et systémique de la personne et de la famille ▪ Besoins de la personne aux différents âges de la vie (cycle de vie) ▪ Buts et enjeux de l'école ▪ Organisation du système scolaire ▪ La profession d'enseignant ▪ Problématiques en lien avec la scolarité ▪ Multiculturalité ▪ Système socioculturel et politique local ▪ Techniques d'entretien ▪ Démarche de soins en santé communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménager le lieu de l'échange de manière à le rendre accueillant. ▪ Prendre contact par oral, par lettre ou par tél. avec les parents et/ou parents et adolescents ▪ Accueillir les personnes avec chaleur (avec un traducteur, si nécessaire) ▪ Poser un cadre à l'entretien ▪ Présenter son rôle et ses limites ▪ Maîtriser les techniques d'entretien ▪ Maîtriser l'observation et la récolte de données concernant les besoins de la personne ou du groupe et les ressources de leur environnement ▪ Vérifier auprès de l'individu ou groupe que l'information recueillie est pertinente ▪ Mettre par écrit le recueil de données ▪ Se tenir informé des activités de l'école ▪ Proposer et/ou participer à des réflexions en lien avec la santé globale (la sécurité, les loisirs, les repas, l'hygiène...) des enfants et adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'adapter à l'interlocuteur et établir une relation de partenariat ▪ Favoriser l'implication des personnes ou groupes ▪ Favoriser l'émergence des faits significatifs pour les personnes ou groupes. ▪ Faire des liens entre les observations, les faits, le contexte et la communication verbale et non-verbale ▪ Synthétiser et analyser les données reçues ▪ Savoir faire sa place et se donner les moyens de se faire entendre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empathie ▪ Disponibilité ▪ Ecoute active ▪ Respect, non-jugement, ouverture ▪ Congruence ▪ Aisance relationnelle ▪ Affirmation de soi ▪ Sens de la confidentialité.

Fonction 2 :

Accompagnement des enfants, adolescents et de leur famille dans la réponse à leurs besoins de santé.

Objectif :

Mobiliser les ressources propres aux individus et aux groupes ; proposer des soins adaptés, orienter et/ou assurer un suivi dans les préoccupations et/ou difficultés liées à la santé globale.

1. En construisant, avec les enfants, adolescents et leur famille une relation de confiance et d'aide au cours de rencontres, d'entretiens (éventuellement à domicile) et de téléphones ; en les accompagnant dans leur recherche, dans la construction du sens de leur expérience de vie et dans la mobilisation de leurs propres ressources.
2. En informant les enfants, adolescents et leur famille des ressources existant dans la communauté, en les orientant vers les services appropriés, en assurant un suivi des situations.
3. En apprenant aux enfants, adolescents et leur famille à prendre soin d'eux-mêmes.
4. En collaborant avec les réseaux interdisciplinaires dans l'école et à l'extérieur de l'école.
5. En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
6. En mettant à disposition du matériel de premier secours et en assurant, avec le médecin scolaire, l'organisation de la formation aux premiers secours du personnel de l'école ; en donnant des soins.
7. En préparant et en animant avec les enseignants, les enfants, les adolescents et, au besoin, leur famille ou d'autres professionnels, des actions de santé en classe.
8. En créant et animant des groupes de réflexion en réponse à des besoins de santé globale.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement cognitif, psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant et de l'adolescent ▪ Physio et psychopathologie pédiatrique ▪ Relation d'aide ▪ Politique médico-socio-éducative cantonale ▪ Ressources communautaires locales ▪ Services médico-sociaux-éducatifs locaux ▪ Soins de premiers secours ▪ Techniques d'animation de groupes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoriser, soutenir et encourager les enfants, adolescents et leur famille à mobiliser et développer leurs propres ressources ▪ Les informer des ressources extérieures existantes ▪ Etablir un PSI, si nécessaire ▪ Recourir aux prestations et compétences des autres professionnels, si nécessaire ▪ Se procurer du matériel d'information concernant les ressources en matière de santé globale et le diffuser ▪ Créer du matériel d'éducation pour la santé ▪ Accueillir les enfants, adolescents blessés ou malades et administrer les premiers soins ▪ Pratiquer le geste empathique ▪ Gérer les pharmacies scolaires ▪ Organiser la formation du personnel de l'école en premiers secours ▪ Créer et/ou animer et/ou participer à des groupes divers. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser le recueil de données, établir un diagnostic infirmier, faire des hypothèses de travail ▪ Poser des objectifs, avec les partenaires concernés, fixer des priorités et prévoir un plan d'action ▪ Adapter son message à son interlocuteur ▪ Décoder les besoins et les demandes des enfants et adolescents souffrants ▪ Repérer les enjeux des messages et de l'image externe que l'on véhicule. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre un facilitateur d'expression, de réalisation, de prise de conscience ▪ Capacité d'intégration, d'ouverture ▪ Capacité à prendre du recul ▪ Attitude réflexive ▪ Capacité à collaborer et à donner son avis ▪ Créativité.

Fonction 3 :

Contribution à l'intégration de tous les enfants et adolescents dans le milieu scolaire et au développement du lien entre la famille et l'école.

Objectif :

Favoriser le bien-être global de l'enfant et de l'adolescent à l'école.

1. En proposant un entretien en début de scolarité à tous les parents et enfants.
2. En facilitant la mise en relation des enfants, adolescents et leur famille avec les acteurs de l'école (direction, enseignants, professionnels de la santé...) et les services extérieurs.
3. En se préoccupant des enfants à besoins spécifiques (non francophones, ayant un handicap, porteurs de maladies chroniques, ayant subi un traumatisme...) et en accompagnant leur famille, si besoin.
4. En participant à l'intégration des enfants à besoins spécifiques (informations aux enseignants, relais avec des services spécialisés, accompagnement lors d'activités, relais avec les parents...).
5. En participant à des interventions en classe en lien avec le thème de l'intégration.
6. En participant et en intervenant, selon les circonstances, aux rencontres de parents, aux rencontres d'élèves (conseil des élèves, forum, réunion des délégués...), aux rencontres d'enseignants (conférence des maîtres, conseil de classe...).
7. En étant partie prenante d'un projet d'établissement.
8. En favorisant et participant à la mise sur pied de rencontres à thème en lien avec la santé globale pour les enfants, adolescents, leur famille et les personnes intéressées.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration et exclusion ▪ Handicap ▪ Migration et multiculturalité ▪ Approche psychologique et sociologique de l'adolescence ▪ Deuil. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se présenter et décrire le sens de son action ▪ Utiliser ou élaborer du matériel d'information ▪ Choisir des stratégies d'animation appropriées à la population concernée ▪ Identifier les pratiques culturelles, les coutumes des familles, des groupes ▪ Utiliser les moyens audio-visuels adéquats ▪ Entretenir le réseau de relations publiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire face aux imprévus ▪ Etre clair quant à son rôle et son degré d'implication ▪ Savoir poser des limites ▪ Avoir une vue à long terme, anticiper ▪ Savoir prendre des décisions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitude non-directive ▪ Attitude claire (ne pas donner de fausses attentes) ▪ Etre structurant ▪ Attitude de confiance.

Fonction 4 :

Contribution, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et la mise en oeuvre de projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de l'école, dans une perspective d'action communautaire.

Collaboration, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, dans la recherche de solutions adaptées en cas de crise vécue par un individu ou un groupe.

Objectif :

Accompagner les acteurs de l'école et la communauté dans le rétablissement, le maintien et l'accroissement de leur niveau de bien-être.

1. En initiant, créant et/ou favorisant, dynamisant le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire à l'école.
2. En participant, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et la communauté à l'élaboration de projets de santé communautaire selon une méthodologie éprouvée.
3. En proposant, initiant et/ou favorisant l'existence d'une cellule de crise à l'école.
4. En sollicitant la collaboration du réseau ou de l'équipe interdisciplinaire, en cas de crise ou d'événement critique vécu par un enfant ou adolescent, ou un groupe.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisciplinarité ▪ Prévention et promotion de la santé ▪ Thèmes en lien avec la prévention et la promotion de la santé (cadre cantonal de prévention) ▪ Psychologie des groupes ▪ Les mécanismes de l'influence ▪ Concept de crise ▪ Débriefing ▪ Gestion de conflit, techniques de négociation, de médiation ▪ Gestion de projet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Susciter la réflexion sur l'interdisciplinarité ▪ Proposer des rencontres avec le réseau ou l'équipe interdisciplinaire ▪ Décrire son propre rôle, ses activités, le sens de son action et ses limites ▪ Décrire le rôle, les activités des membres de l'équipe interdisciplinaire ▪ Appliquer la méthodologie de projet ▪ Susciter la réflexion concernant la gestion d'un événement critique ou d'une crise ▪ Favoriser la coordination des personnes et des actions au sein de l'équipe interdisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoriser les complémentarités ▪ Motiver, stimuler, créer des synergies ▪ Veiller au respect des objectifs du projet ▪ Veiller au respect de l'éthique du projet ▪ Résister aux pressions, repérer les mécanismes d'influence. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise d'initiative ▪ Attitude, positive, constructive ▪ Respect des avis divergents ▪ Capacité de décentration.

Fonction 5 :

Application du programme de dépistages défini par l'institution* et du programme cantonal de vaccinations.

Objectif :

Promouvoir la santé et prévenir les atteintes à la santé des enfants et adolescents.

1. En planifiant, organisant et menant des activités de dépistages (vue, ouïe, développement statur pondéral, verrues, pédiculose, posture, maladies transmissibles...).
2. En planifiant, organisant et participant aux visites médicales.
3. En planifiant et organisant des séances de vaccination.
4. En utilisant les activités de dépistage comme support de promotion de la santé.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vaccination (épidémiologie, types de vaccins) ▪ Programme de dépistages ▪ Test de l'audiométrie ▪ Tests de la vue (Snellen, Lang, Ishiara) ▪ Pédiculose, affections dermatologiques diverses ▪ Protocoles d'intervention en cas de maladies transmissibles ▪ Calendrier vaccinal fédéral et cantonal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les enfants, adolescents, leur famille et les enseignants des activités de dépistages et de vaccinations ▪ Gérer les dossiers de santé et les carnets de vaccinations (lecture, interprétation, inscription) ▪ Préparer les personnes et organiser le déroulement en fonction de l'environnement ▪ Utiliser le procédé spécifique à chacun des tests de dépistage et des résultats ▪ Assurer la commande, le stockage des vaccins ▪ Remplir des statistiques de couverture vaccinale ▪ Assurer une orientation, un suivi, si nécessaire ▪ Transmettre les informations au médecin scolaire, si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper, planifier, organiser, évaluer ▪ Coordonner les activités de dépistages et vaccination avec le médecin scolaire, le secrétariat, les enseignants, les parents, les enfants et adolescents ▪ Choisir des moyens d'information, d'animation en classe adaptés aux catégories d'âge. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation aux ressources existantes (infrastructures, locaux) ▪ Pragmatisme, esprit pratique ▪ Autonomie ▪ Rigueur dans les techniques et la transcription des résultats ▪ Attitude soutenante, encourageante, maternelle (vaccination).

* Institution : employeur de l'infirmière.

Fonction 6 :

Planification, organisation, application, évaluation des activités professionnelles ; développement des compétences professionnelles.

Objectif :

Développer une attitude réflexive par rapport à son action et ses moyens d'action pour accroître son professionnalisme.

1. En établissant un plan d'activités pour l'année scolaire en tenant compte des contraintes temporelles, contextuelles et institutionnelles.
2. En organisant, en coordonnant, et en mettant en œuvre les différentes activités.
3. En analysant et évaluant systématiquement les résultats de ses actions.
4. En redéfinissant, en réorientant, en réadaptant ses activités en fonction des résultats des évaluations.
5. En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
6. En évaluant et développant ses compétences personnelles et professionnelles par divers moyens (lectures, conférences, formation continue, supervision...).
7. En participant aux formations organisées par l'institution ; en contribuant aux rencontres régionales infirmières ou à des groupes de travail interdisciplinaires.
8. En collaborant avec les pairs et autres intervenants.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le stress, le burn-out ▪ Fonctionnement et activités de l'établissement scolaire ▪ Bureautique, informatique ▪ Outils d'organisation ▪ Offre de formation continue. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablir une planification des activités ▪ Gérer son agenda en coordination avec les autres partenaires ▪ Organiser son lieu de travail (classement, archivage) ▪ Gérer le courrier ▪ Tenir à jour les dossiers ▪ Planifier du temps pour la réflexion et l'information ▪ Collaborer avec les collègues ▪ Elaborer un budget. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et négocier ses priorités de travail ▪ Poser des objectifs réalisables et évaluables ▪ Evaluer systématiquement son action et l'atteinte des objectifs fixés ▪ Gérer son temps ▪ Gérer son stress ▪ Mobiliser ses ressources personnelles pour faire face aux situations critiques ▪ Prendre soin de soi-même ▪ Reconnaître ses points forts et ses points faibles ▪ Gérer le sentiment d'impuissance face aux situations inextricables et récurrentes ▪ Prendre conscience de ses besoins en formation ▪ Respecter la déontologie prof. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture au changement ▪ Esprit de synthèse ▪ Sens de l'organisation.

Fonction 7 :

Interface pour la communication au sein de l'école et de l'institution, pour les familles et la communauté.

Objectif :

Développer et entretenir la communication, l'échange au sein de son institution, de l'école et recueillir les informations utiles pour orienter son activité.

Faire connaître les activités, les missions, les projets de l'institution, informer sur l'organisation de l'école.

1. En assurant la circulation de l'information concernant les activités du service de santé, de l'équipe interdisciplinaire, de l'institution, auprès des enfants, adolescents et leur famille, des acteurs de l'école, des autorités, de la communauté.
2. En élaborant des stratégies de communication pour se faire connaître.
3. En étant accessible et disponible pour s'entretenir avec chaque personne le souhaitant.
4. En assumant un rôle de médiation, si besoin.
5. En assurant le dialogue avec les intervenants extérieurs (services de l'Etat, professionnels, institutions de prévention...).
6. En se tenant informé de la vie de l'établissement scolaire et en soignant les relations personnelles.
7. En participant à des projets de recherche en lien avec la santé à l'école.
8. En partageant ses connaissances et son expérience avec ses pairs et les responsables de l'institution lors de rencontres, de groupes de travail, de projets pilote.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marketing social ▪ La recherche ▪ Techniques de présentation orale et écrite ▪ Les outils de communication interne et externe ▪ Mode de fonctionnement des institutions et analyse institutionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter et valoriser son action, son rôle, ses projets ▪ Solliciter des rencontres régulières avec le médecin scolaire, la direction de l'école ▪ Obtenir les moyens techniques pour communiquer (répondeur, natel, fax, e-mail...) et les utiliser adéquatement ▪ Elaborer des documents, des PV, des rapports d'activités, des articles de presse dans la presse locale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choisir les moments et les lieux les plus pertinents pour communiquer ▪ Anticiper les objections, les critiques ▪ Adapter le message à l'auditoire ▪ Faire partager ses idées et les argumenter ▪ Se donner les moyens d'être présente lorsque l'information se donne (conférence des maîtres, conseils, réunions...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sens des relations publiques ▪ Sens de la stratégie ▪ Motivation ▪ Esprit critique.

Fonction 8 :

Accompagnement pédagogique des collègues infirmières débutantes et des étudiants en soins infirmiers.

Objectif :

Promouvoir le développement de la profession infirmière en santé communautaire en milieu scolaire.

1. En accueillant et en accompagnant les nouvelles collègues et les stagiaires dans le processus d'appropriation de leur nouveau rôle et de leurs nouvelles activités.
2. En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs objectifs de stage et en participant à leur évaluation.
3. En contribuant à la promotion de la profession infirmière de santé communautaire en milieu scolaire par des actions pédagogiques dans les lieux de formation (participation à un cours, rôle de professionnel de référence pour la formation en santé communautaire, expertise aux examens...).

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bases légales et cadres de référence liés à la profession ▪ Politique de formation en soins infirmiers ▪ Programmes d'enseignement en soins infirmiers (propres à chaque école) ▪ Rôle de l'infirmière référente de stage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueillir, présenter, introduire le nouvel arrivant auprès des principaux acteurs de l'école ▪ Expliciter et démontrer son expertise en soins infirmiers en milieu scolaire ▪ Proposer des activités, des situations où l'étudiant pourra apprendre ▪ Participer aux examens en tant qu'experte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'adapter au niveau de connaissances du nouvel arrivant ▪ Evaluer la pertinence des objectifs de stage ou de formation ▪ Evaluer l'atteinte des objectifs tout au long et en fin de stage ou de formation ▪ Favoriser l'auto-évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sûreté dans l'identité professionnelle ▪ Désir de partager ▪ Enthousiasme et motivation ▪ Adaptabilité.

VOUS AVEZ DIT... PÉDAGOGIE 2002

- (1) P. Marc, J.-M. Chappuis et Ph. R. Rovero, *Echecs des uns, inéchecs des autres : de la reconnaissance dans le puzzle scolaire des attentes*, avril 1982, 36 p. épuisé (a)
- (2) M. Schmidt, *Inégalités sociales et culturelles ; étude statistique de l'épreuve d'évaluation au cycle d'orientation en 1981 dans le canton de Fribourg*, juin 1982, 30 p. épuisé
- (3) Ph. R. Rovero, *Influence des pratiques éducatives et langagières de familles migrantes sur les performances linguistiques de leurs enfants*, octobre 1982, 36 p.
- (4) P. Marc, *Du savoir ou du maître : lequel définit l'élève ?* janvier 1983, 17 p. épuisé (a)
- (5) J.-M. Chappuis et P. Marc, *De l'hétérogénéité des jugements fournis par les maîtres, ou de l'importance singulière de la personnalité de l'enseignant*, novembre 1983, 67 p.
- (6) V. Massard, J.-M. Chappuis et P. Marc, *Des perceptions des fonctions de l'Ecole par les enseignants*, avril 1984, 27 p.
- (7) P. Marc, *Ecole et psychanalyse, points de vue d'un enseignant*, mars 1985, 65 p.
- (8) P. Favre, P. Kernen, P. Marc, V. Massard, M. Nicolet, Ph. R. Rovero et M. Schmidt, *Le tronc commun au degré 6*, juin 1985, 50 p. épuisé
- (9) P. Marc (coll. D. Gabus, Ph. R. Rovero et M. Schmidt), *La connaissance et/ou la personne : une réflexion sur la pédagogie universitaire*, janvier 1986, 29 p.
- (10) S. Roller, *Vous avez dit... pédagogie ? Oui, pédagogie*, juin 1986, 50 p. Conférence de l'auteur à Neuchâtel le 6-2-1986 ; bibliographie de S. Roller in n° 29.
- (11) M. Bosserdet, W. Perret, G. Richard et P. Marc, *L'école nouvelle des Terreaux (Neuchâtel, 1929-1939)*, février 1987, 103 p. (f)
- (12) Ph. R. Rovero (coll. P. Marc), *Choisir une école alternative en Suisse romande*, juin 1987, 40 p.
- (13) P. Marc, *Regroupement d'écrits sur les attentes en éducation*, janvier 1988, 77 p. (b)(c)
- (14) F. Jaques-Mazauric et P. Marc, *Le droit de l'enfant « sourd-muet » au geste et à la parole : une décision d'adultes entendants*, septembre 1988, 40 p. (b)
- (15) P. Marc (coll. N. Doffey, Ch. Braun, I. Opan et G. Siegenthaler), *Quelques réflexions à l'issue d'une première année de fonctionnement du nouveau tronc commun (Neuchâtel, 1987-1988)*, septembre 1988, 77 p.
- (16) J. Paeder, *SOS Dépistage difficultés scolaires*, décembre 1988, 38 p. épuisé (b)
- (17) Extraits du **Dictionnaire de pédagogie** de F. Buisson (1878-1887), ou "L'échec et la réussite scolaires il y a un siècle ? Une hérédité toute-puissante mais une pédagogie normée", novembre 1989, 77 p.
- (18) S. Fanti, *L'inévitable agressivité*, mai 1990, 21 p.
- (19) F. Petit et M. Rousson, *Psychosociologie et autorité*, octobre 1990, 39 p.
- (20) M. Ditisheim, *Histoires de vie et formation des enseignants*, janvier 1991, 79 p.
- (21) R. Jeanneret et P. Marc, *Recherche, participation et intégration des savoirs : un concept organisateur pour les universités du troisième âge*, février 1991, 100 p. (d)
- (22) M. Rodé-Guillaume, *Processus d'individuation chez l'enfant*, octobre 1991, 15 p.
- (23) J.H. Pestalozzi, *Esquisses de la révolution*, texte inédit en français, avec des éclairages de Ph. Henri, I. Keller et P. Marc, novembre 1991, 56 p.
- (24) B. Duborgel, *Sources grecques de nos exigences éducatives : du phénomène Socrate à quelques figures platoniciennes et aristotéliennes de l'éducation*, janvier 1992, 32 p.
- (25) P. Marc et un groupe d'étudiants de l'UTA, *La pédagogie active à La Chaux-de-Fonds durant l'Entre-deux-guerres : J. Boucherin, M. Gremaud et les autres...*, avril 1992, 104 p. (f)
- (26) M. Besse, J. Cavadini, J. Guinand, E. Kaiser, M.-F. Lückler-Babel, P. Marc (dir.), C. Perregaux, S. Roller et J.-A. Tschoumy, *Ratifier en Suisse la Convention des Droits de l'enfant ?* novembre 1992, 117 p.
- (27) R. Jeanneret, *L'Université du 3e âge de Neuchâtel, Bref historique*, juillet 1993, 47 p.
- (28) P. Marc et Ph. R. Rovero, *Violences familiale, scolaire et sociale : une histoire bien ordinaire*, novembre 1993, 113 p. (e)
- (29) E. Nyandwi, *Les archives du professeur Samuel Roller, contribution à la pensée pédagogique moderne*, novembre 1993, 83 p.
- (30) B. Clavel et M. Robert, *Structure sociale et structure scolaire : quelques réflexions*, décembre 1993, 110 p.
- (31) A. Aubry, M. Blanc, N. Doffey-Salchli, P. Dominicé, J. Fernandez, J.-P. Gindroz, P. Marc (dir.) et J. Weiss, *Formation initiale, formation continue, recherche : quel institut pour les enseignants ?* mai 1994, 70 p.
- (32) P. Avvanzino, J. Balegamire Bazilashe, P. Marc (dir.) et M.-J. Monsch, *Regards sur la violence humaine et scolaire*, juin 1994, 59 p.
- (33) I. Stucki, *Le tag*, septembre 1994, 90 p.
- (34) J. Balegamire Bazilashe, M. Ditisheim et P. Marc, *Approches de l'adolescence*, janvier 1995, 65 p. (+ XX p. d'annexes) (g)
- (35) M. Ditisheim, "Je fais deux vies..." *Migrations et adolescence - Regards*, février 1995, 71 p.
- (36) *La première des célèbres Cinq leçons de FREUD. Ses traductions en anglais, français et italien. Du Traduttore*

traditore à la recherche de sens, Dossier de travail préparé et présenté par P. Marc, avril 1995, 72 p.

(37) J. Balegamire Bazilashe (dir.), P. Dasen, M. Guyot, P. Marc et Cl. Rosselet-Christ, *Adolescence et initiation*, septembre 1995, 58 p. (g)

(38) Ph. R. Rovero, *Articulation théorie-pratique et recherche-formation ; application de techniques de communication à l'étude de relations scolaires*, septembre 1995, 64 p. (h)

(39) J. Balegamire Bazilashe, P. Furter et P. Marc, *De l'impossible utopie à la nécessité de la réflexion utopique en pédagogie*, octobre 1995, 40 p. (g)

(40) E. Poglia, M. Grossen, A.-N. Perret-Clermont, M. Brossard et J. Voigt, J.-F. Lovey ; table ronde autour de S. Roller (avec A. Gretler, M. Jeanrenaud, E. Nyandwi, P. Marc et J. Weiss), *Maître et élève face au savoir*, Actes de la rencontre de la SSRE (Neuchâtel, octobre 1994), octobre 1995, 50 p.

(41) Ph. R. Rovero, *Se former à la réflexion sur les pratiques enseignantes ; recherche-formation centrée sur l'entretien de stage*, février 1996, 57 p. (h)

(42) S. Pfeuti, *Représentations sociales : quelques aspects théoriques et méthodologiques*, mai 1996, 26 p.

(43) J. Balegamire Bazilashe, A. Dunant, Cl. Piquilloud et M. Ruchat, *Adolescence et identité*, sept. 1996, 40 p. (g)

(44) P. Marc, *L'utilisation inégalitaire du temps comme révélateur d'excellence scolaire, ou... A quand une réforme en profondeur de l'école obligatoire neuchâteloise*, sept. 1996, 77 p. (h)

(45) I. Monnard, S. Pfeuti et J.-L. Gurtner, *L'Université et la formation continue des enseignants. Enquête concernant les besoins et souhaits des enseignants fribourgeois*. P. Marc, *L'emplacement de la formation continue du corps enseignant : un espace à aménager entre attentes des maîtres et attentes des formateurs*, février 1997, 46 p.

(46) P. Marc, *La formation des maîtres : promenade autour de questions (plus ou moins) crispantes...*, octobre 1997, 70 p. (h)

(47) J.-P. Cretton, P. Ducommun, G. Favre, P. Marc, M.-P. Matthey, I. Panchaud-Mingrone, M. Ruchat, E. Tuller, L. Vaney et les représentants de plusieurs institutions,

Quelle intégration pour quel enfant, quelle école, quelle société ? octobre 1997, 66 p.

(48) L. Bornand, *L'asymétrie cérébrale*, septembre 1998, 24 p. (h)

(49) M.-P. Matthey, *Les courants de la pédagogie contemporaine. I. La pédagogie institutionnelle*, octobre 1998, 30 p. (h)

(50) P. Marc, *Quelles évolutions pour l'école neuchâteloise au XXI^e siècle. Amorces de réflexions*, novembre 1998, 28 p. (h)

(51) J. Balegamire Bazilashe, *De la crise à la guerre en République démocratique du Congo : les jeunes et les enfants du Sud-Kivu en point de mire*, janvier 1999, 36 p.

(52) Fl. Hirschy Perrin, *Le tutorat entre pairs dans une école de soins infirmiers*, mai 1999, 38 p.

(53) M. Ruchat, S. Amstutz-Peduto, E. Chaignat, S. Droz, N. Marc, M. Pellaton, *Le pouvoir dans l'école et la redéfinition des rôles*, janvier 2000, 72 p.

(54) J.-M. Villat, « La gifle ? Jamais auparavant... » *Réflexion sur la violence physique des adultes dans les institutions pour enfants*, avril 2000, 53 p.

(55) Chr. Voirol, *Elaboration d'un outil pratique de représentation du monde facilitant l'analyse de situations en sciences humaines*, novembre 2000, 38 p.

(56) M.-Th. Erard-Badet, *Evaluation formative... Enjeu entre rapport au savoir et réussite scolaire*, avril 2001, 44 p.

(57) Y. Sallin, *Comment les assistants sociaux d'un service de protection produisent à la fin du 20^{ème} siècle « la protection des mineurs » ?* mai 2001, 63 p.

(58) P. Marc, *Quand juge le maître... Attentes du maître et origines socio-professionnelles des élèves* [rééd. de 1984], juin 2001, 82 p.

(59) S. Vuilleumier, *Tutelle et folie*, octobre 2001, 44 p.

(60) E. Chaignat, *Regards d'enseignants sur la procédure d'orientation et l'arrivée de nouveaux partenaires dans la décision d'orientation*, septembre 2002, 78 p.

(61) K. Pingoud, *Quelles compétences pour exercer la profession d'infirmier-ère de santé communautaire en milieu scolaire*, octobre 2002, 50 p.

(a) Intégré in P. Marc, *Autour de la notion pédagogique d'attente*, Peter Lang, Berne, 1984 (3^e éd. 1995)

(b) Intégré en partie in P. Marc (dir.), *La différence à fleur de peau*, Delval, Fribourg, 1989

(c) L'un des articles du recueil est en partie intégré in P. Marc, *De la bouche à l'oreille*, Delval, Fribourg, 1987

(d) Cf. R. Jeanneret, A. Lemieux et P. Marc, *Enseignement et recherche dans les universités du troisième âge*, Ed. Agence d'Arc, Québec, 1992

(e) P. Marc et Ph. R. Rovero, *Violences familiale, scolaire et sociale : une histoire bien ordinaire*, Tricorne, Genève, 1996

(f) P. Marc, « L'école publique active » ? *D'un éphémère mariage en terre neuchâteloise, La Chaux-de-Fonds 1920-1930, Neuchâtel 1929-1939*, avec des contributions d'époque de Marguerite Bosserdet, William Perret et Gustave Richard, Université de Neuchâtel, 1998

(g) Intégré en partie in J. Balegamire Bazilashe et P. Marc (dir.), *Adolescence : des clefs pour comprendre*, Tricorne et Chronique sociale, Genève, 2000

(h) En partie repris, et refondu, in P. Marc, M.-P. Matthey & Ph. R. Rovero (dir.), *Imprecis de formation des maîtres*, Tricorne, Genève, 2001.