



Projet Pilote Leonardo da Vinci

Coordonné par l'HENAM : B/06/B/F/PP-144.008



**Cadre
pédagogique
Méthodologie
Glossaire**

**RÉFÉRENTIEL EUROPÉEN
DE COMPÉTENCES
EN SOINS INFIRMIERS**

CADRE DE RÉFÉRENCE EN PÉDAGOGIE

Le cadre de référence en pédagogie clarifie d'emblée les choix pédagogiques au service de l'approche par compétences intégrée. Le référentiel de compétences intégré est un **cadre de référence** qui définit les compétences mobilisées par un(e) infirmier(ère) en fin de formation. Le terme «cadre de référence» doit être compris dans une projection à la fois institutionnelle, contextuelle et de référentialisation (Figari, 2004). Il s'agit de définir un cadrage formel en terme de référentiel afin de développer une approche pédagogique cohérente mais aussi dynamique et actualisable en fonction de l'évolution de la profession et des sociétés. C'est ainsi que le référentiel de compétences intégré sert d'**outil** à la construction des référentiels de formation et d'évaluation intégrés.

Le terme «intégré» implique qu'il y ait cohérence entre les objectifs pédagogiques, les finalités et les moyens mis en œuvre. L'accent est mis sur l'intégration, la globalité et l'authenticité des situations tant dans la construction des compétences, que dans leur exploitation en formation et en évaluation (Parent F., 2008).

Le référentiel de compétences intégré s'appuie sur le paradigme de construction de connaissances : le **paradigme socioconstructiviste** (Jonnaert P. 2004).

L'option socioconstructiviste se fonde sur les postulats suivants :

- L'apprenant **construit ses connaissances**. Celles-ci :
 - sont temporairement viables et **non définies une fois pour toutes** ;
 - résultent d'une **pratique réflexive** et ne sont donc pas admises comme telle sans remise en cause ;
 - s'articulent à des **contextes** et des **situations d'apprentissage**.
- L'apprenant **développe ses savoirs** de façon progressive à partir des connaissances antérieures, en établissant **des liens** entre celles-ci et les diverses réalités avec lesquelles il entre en contact.

La formation devrait être organisée autour des finalités du référentiel de compétences intégré. Ces finalités sont classées par ordre de niveau d'intégration, donc de complexité décroissante : l'objectif continué d'intégration, les familles de situations, les compétences et les capacités assortis des critères/indicateurs. Cette classification devrait permettre l'intégration disciplinaire et induire des méthodes d'apprentissage et d'évaluation adaptés à chaque niveau.

Parent F. *Formation, compétences et constructivisme: le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé*. En cours de publication dans la collection Pédagogies en Développement, De Boeck, 2008.

MÉTHODOLOGIE

ÉTAPES MÉTHODOLOGIQUES AYANT BALISÉ LA CONSTRUCTION DES RÉFÉRENTIELS DE COMPÉTENCES* SELON L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES INTÉGRÉE

L'approche par compétences intégrée* se base sur **8 étapes méthodologiques** (Figure A et B) qui intègrent des dimensions stratégiques et de processus (cfr. travaux de F. Parent et al.). Dans le cadre du projet CRESI*, les 5 premières étapes ont été travaillées prioritairement tout en sachant que les étapes suivantes accompagnent l'implantation d'une réforme par compétences. Dans le référentiel européen élaboré dans le cadre du projet CRESI, nous retrouvons cinq référentiels de compétences spécifiques à chacun des cinq pays partenaires et un référentiel commun ou générique. De cette manière, c'est à la fois la cohérence, la diversité, l'appropriation et la mobilité qui sont valorisées.

Les étapes sont présentées successivement mais font l'objet, dans un processus de construction participative, de croisements et d'allers retours fréquents.

A la **première étape** d'un tel processus il est important de cerner dans quelle(s) organisation(s) de santé et de société les futurs professionnels vont œuvrer. Clarifier les **finalités en santé** demande de définir, sur une base consensuelle, les visions qui vont servir de fil conducteur à l'élaboration du référentiel de compétences intégré. Qui formons-nous, à quel niveau, pour quelle profession, et dans quelle philosophie d'utilisation des compétences, sont les questions prioritaires qui permettent d'identifier les fondements de la formation. Ce travail débouche sur la réalisation d'un *cadre en santé* lui-même complété par une *liste de critères qualitatifs assortis de*

leurs définitions. C'est notamment à partir de cette liste que les critères d'évaluation des compétences seront établis dans une étape méthodologique ultérieure.

La **seconde étape** consiste à se donner une vision méta de la formation et du processus. Il s'agit de visualiser la problématique de la formation dans un contexte systémique faisant appel à différentes réalités (Figure C). Cette visualisation consiste à repérer les réalités administratives –les normes existantes–, les réalités professionnelles vécues par les professionnels sur leur terrain d'exercice, les besoins de santé des populations, les limites des programmes existants et de questionner la responsabilité sociale des institutions de formation. Cette démarche permet de mieux cerner la nécessaire mise en contexte de la formation. L'implication de différents groupes d'acteurs est également un enjeu pour la qualité et la mise en œuvre d'un changement. C'est ainsi que cette seconde étape méthodologique aboutit également à l'identification des acteurs représentatifs de la problématique, ceux-là mêmes qui seront directement concernés par la construction du référentiel de compétences. La liste des acteurs ayant participé aux productions CRESI est précisée dans le référentiel de compétences de chacun des pays du projet. Il importe, dès le départ, de se projeter sur l'organisation et les mécanismes de production et de validation en assurant une vision participative et représentative.

La **troisième étape** vise à clarifier son paradigme* pédagogique et de production. L'adoption du paradigme socioconstructiviste* fait référence au fait que c'est l'individu qui construit lui-même ses propres connaissances. Cette logique prévaut également dans la démarche de co-construction des référentiels. Elle se base sur un accompagnement socioconstructiviste de la part des équipes de pilotage et nécessite de mettre en place les mécanismes porteurs d'une démarche de type

* Les astérisques réfère à une définition dans le glossaire.



«recherche participative» venant appuyer les finalités pédagogiques du référentiel de compétences. En effet les prises de décisions seront portées par une masse critique d'acteurs représentative du changement. C'est de cette façon que l'on va assurer la cohérence, la pertinence, l'intégration et l'appropriation des concepts. La formalisation d'un *cadre pédagogique* fait partie intégrante du référentiel, comme c'est le cas dans le projet CRESI.

La définition de la compétence* est la **quatrième étape** préalable à la construction proprement dite du référentiel. Cette précision du concept de «compétence» est essentielle puisque celui-ci sera largement utilisé. Dans le cadre du projet CRESI, la référence est celle de JM. De Ketele (*Figure D*).

L'étape 5 correspond à la production d'un référentiel de compétences intégré* et se décline en sept sous étapes, balises ayant servi à l'élaboration des référentiels du projet CRESI (*Figure B*).

- La première sous étape commence par la description de l'organisation ou des organisations où le professionnel est amené à œuvrer, suivie d'une **identification des fonctions, du métier et des situations professionnelles***.
- La seconde sous étape vise la **description de la fonction et du métier**, notamment en partant des situations professionnelles. C'est dans cette phase que les données sont **récoltées** et **listées sous forme de verbes d'action**. Une attention particulière est donnée à l'exhaustivité de la récolte des données, notamment par la description des situations professionnelles faites par les professionnels eux-mêmes et le recours aux normes et textes légaux. L'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994) et l'analyse de contenu sont les méthodes privilégiées de récolte qualitative des données. Cette production fournit ce qu'on appelle le référentiel de métier*
- La troisième sous étape consiste à **catégoriser les activités** selon le type d'activité et de savoirs sous-jacents. On fait appel à la catégorisation de P. Charlier (2003) en activités cognitives, réflexives, procédurales, psychoaffectives et sociales, classées par ailleurs en niveaux d'observabilité du verbe d'action, du plus général au plus précis.
- La quatrième sous étape consiste à **repérer les compétences ou macro capacités*** au départ des activités non observables des différentes catégories d'activités.
- La sous étape cinq, **intégrer les compétences**, va permettre de préciser les *familles de situations* et amener le processus de construction du référentiel de compétences à clairement identifier, d'une part, les éléments constitutifs de l'approche analytique de la compétence* et d'autre part, ceux de l'approche située de la compétence*. La *Figure E* présente l'intégration de ces deux approches de la compétence développée dans le cadre d'une APC'. Au départ des fonctions et des situations professionnelles déjà identifiées au moment de l'étape de récolte des données, il est nécessaire de repérer les catégories de familles de situations* (*Figure F*). Le croisement entre les familles de situation et les compétences ou macro capacités permet également de vérifier l'intégration et la cohérence entre ces deux composantes essentielles du référentiel de compétences intégré et d'en affiner la rédaction. Les familles de situations sont en effet définies de façon à montrer le contexte, les activités à prester et les conditions d'exercice de ces activités. La synthèse des familles de situations permet de faire émerger l'*objectif continué d'intégration**, soit le profil global attendu du professionnel.

- La sous étape six consiste à **structurer les capacités*, les critères* et indicateurs***. Il s'agit d'identifier, au départ des activités observables ou précises les capacités qui composent chacune des compétences. L'identification des critères et indicateurs est réalisée à partir de la grille de référence de critères qualitatifs avec leurs définitions (lien avec l'étape 1 : clarifier ses finalités en santé) et des verbes d'action précis en provenance de la récolte des données ainsi que des capacités déjà formulées. De même, ces critères sont confrontés et attribués aux familles de situations dans lesquelles les compétences et capacités seront mobilisées. Ce croisement méthodologique assure la cohérence du choix des critères/indicateurs entre les capacités, les familles de situation et le cadre en santé.
- La dernière sous étape, la septième, consiste à rappeler les étapes méthodologiques de **validation*** qu'il est impératif de mettre en place en impliquant à la fois les acteurs du processus (validation interne) et des acteurs externes (validation externe).

Les étapes suivantes de l'APC' (étapes 6, 7 et 8) permettent d'analyser et de travailler les liens entre un référentiel de compétences, de formation et d'évaluation (*Figure A*). Ces étapes sont décrites dans cette synthèse. Cependant, dans le cadre du projet CRESI, elles n'ont été abordées que d'un point de vue méthodologique et sont laissées, pour leur mise en œuvre, à la responsabilité de chacun des pays partenaires. De même que la déclinaison du référentiel selon une logique progressive par degré de complexité (année d'étude par exemple) est à définir par chaque institution dans la phase d'opérationnalisation.

L'étape 6 analyse comment assurer une transposition didactique* en cohérence au référentiel de compétences intégré. Construire un référentiel de formation intégré, c'est veiller à ce que l'ensemble des contextes et dispositifs d'apprentissage (cours et stages) visent bien la construction et l'intégration de compétences en cohérence avec les familles de situations identifiées. Les pédagogies actives et le socioconstructivisme sont les cadres de référence de tels dispositifs (cfr. cadre pédagogique). De la même manière, construire un référentiel d'évaluation intégré*, c'est veiller à ce que l'évaluation porte sur l'ensemble des objectifs d'apprentissage, non seulement sur les savoirs, les capacités et les compétences ou macro capacités, mais aussi sur la mobilisation et l'intégration de ces ressources au sein des familles de situations et de l'objectif continué d'intégration. C'est aussi mettre en place des dispositifs continus et variés d'évaluation utilisant les critères/indicateurs du référentiel de compétence intégré, dans une logique d'évaluation qualitative.

La septième étape cible la question centrale et stratégique des enseignants et acteurs du changement. Former et intégrer les enseignant(e)s et les acteurs de ce type de processus représente un axe stratégique à considérer dès le départ, notamment en favorisant des approches participatives lors de la construction du nouveau programme, mais aussi en mettant en place des lieux d'échanges et de formations qui répondent aux besoins identifiés du système et de ses acteurs.

La dernière étape de l'APC', **l'étape 8**, propose de considérer systématiquement la nécessité de mettre en place un observatoire de la qualité au niveau institutionnel où l'on se trouve. La question est d'assurer la mise en place de mécanismes de gestion de la qualité de la formation à long terme qui se basent notamment sur l'actualisation des référentiels à partir des modifications normatives, des pratiques professionnelles mais aussi de l'évaluation des outils eux-mêmes par les utilisateurs (enseignants, encadreurs de stage, apprenants). La finalité étant de réguler dans une logique dynamique et flexible l'adéquation et la qualité de la formation aux besoins et attendus de la société et des professionnels de la santé.

Figure A

Plan de déroulement et étapes (allers-retours) dans la construction et la mise en œuvre d'un curriculum par compétences (selon F. Parent et al.)

Etape 1. Clarifier ses finalités (de santé)

Etape 2. Se donner une vision «META»

1. de la formation
2. du processus

Etape 3. Clarifier son paradigme

1. pédagogique
2. de production

Etape 4. Préciser sa définition de la compétence

Etape 5. Entrer en production d'un référentiel de compétences intégré : 7 étapes (voir Figure B)

Etape 6. Assurer une transposition didactique en cohérence :

1. Construire un référentiel de formation intégré
2. Construire un référentiel d'évaluation intégré

Etape 7. Former/intégrer les formateurs/acteurs

Etape 8. Mettre en place un «observatoire» de la qualité

Figure B

Etape 5 : Entrer en production/construction d'un référentiel de compétences intégré 7 étapes qui balisent le chemin (allers-retours)

Sous étape 1 : Identifier la (les) fonction(s) du professionnel dans son organisation, description de son organisation et vérification de l'adéquation du processus

- 1.1. Identifier la fonction principale et/ou le métier et/ou le(s) poste(s) du professionnel de santé et identifier les situations professionnelles.
- 1.2. Décrire l'organisation ou les organisations où le professionnel œuvre.
- 1.3. Adapter le processus et les acteurs concernés par le changement.

Sous étape 2 : Décrire la fonction et le métier

- 2.1. Récolter les données.
- 2.2. Lister les données sous forme de verbes d'action.

Sous étape 3 : Catégoriser les activités

- 3.1. Catégoriser les activités selon le type d'activités et de savoirs et selon le niveau d'observabilité.

Sous étape 4 : Repérer les compétences

- 4.1. Repérer les compétences au départ des activités non observables des différentes catégories.
- 4.2. Définir les compétences (à préciser avec l'identification des capacités, sous étape 6).

Sous étape 5 : Intégrer les compétences

- 5.1. Repérer les catégories de familles de situations au départ des fonctions et lieux de pratique du professionnel concerné.
- 5.2. Rédiger les familles de situations.
- 5.3. Croiser les compétences et les familles de situations.
- 5.4. Rédiger l'objectif continué d'intégration.

Sous étape 6 : Structurer les capacités

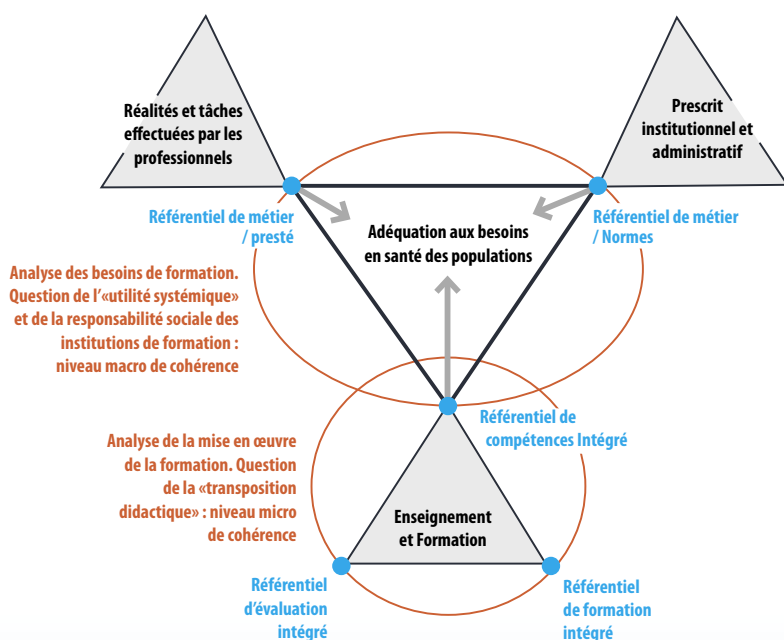
- 6.1. Identifier au sein de chaque compétence, les capacités qui les composent, au départ des activités observables et précises.
- 6.2. Identifier les critères/indicateurs pour chaque capacité (sources: grille de critères assortie de leur définition et verbes d'action précis).

Sous étape 7 : Valider le référentiel de compétences intégré

- 7.1. Validations internes par le groupe de pilotage, plus ou moins représentatif du changement visé en fonction des contextes et des contraintes.
- 7.2. Validations externes auprès des acteurs représentatifs du changement visé.

Figure C

Le triangle d'adéquation en gestion des ressources humaines en santé (version simplifiée)



F. Parent

Figure D

Ressources
Objectifs pédagogiques
Savoirs sous jacents

Mobilisation

Familles de situations
Problèmes ou tâches complexes

On ne peut parler de compétence qu'à partir du moment où il y a mobilisation des ressources pertinentes face à une situation problème à résoudre ou à une tâche complexe à effectuer.

J.M. De Ketele

Figure E

Visualisation du croisement de l'approche analytique avec l'approche située dans le cadre de l'approche par compétences intégrée (APC')

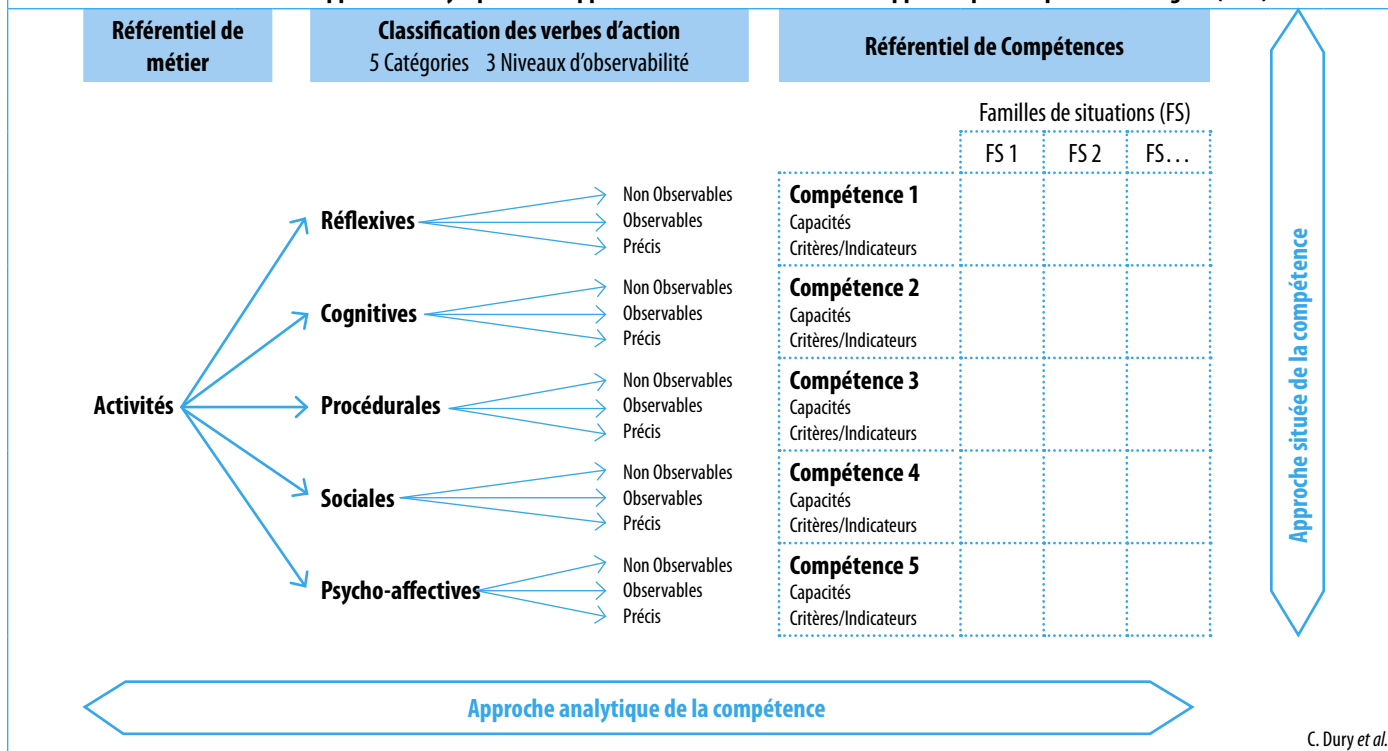
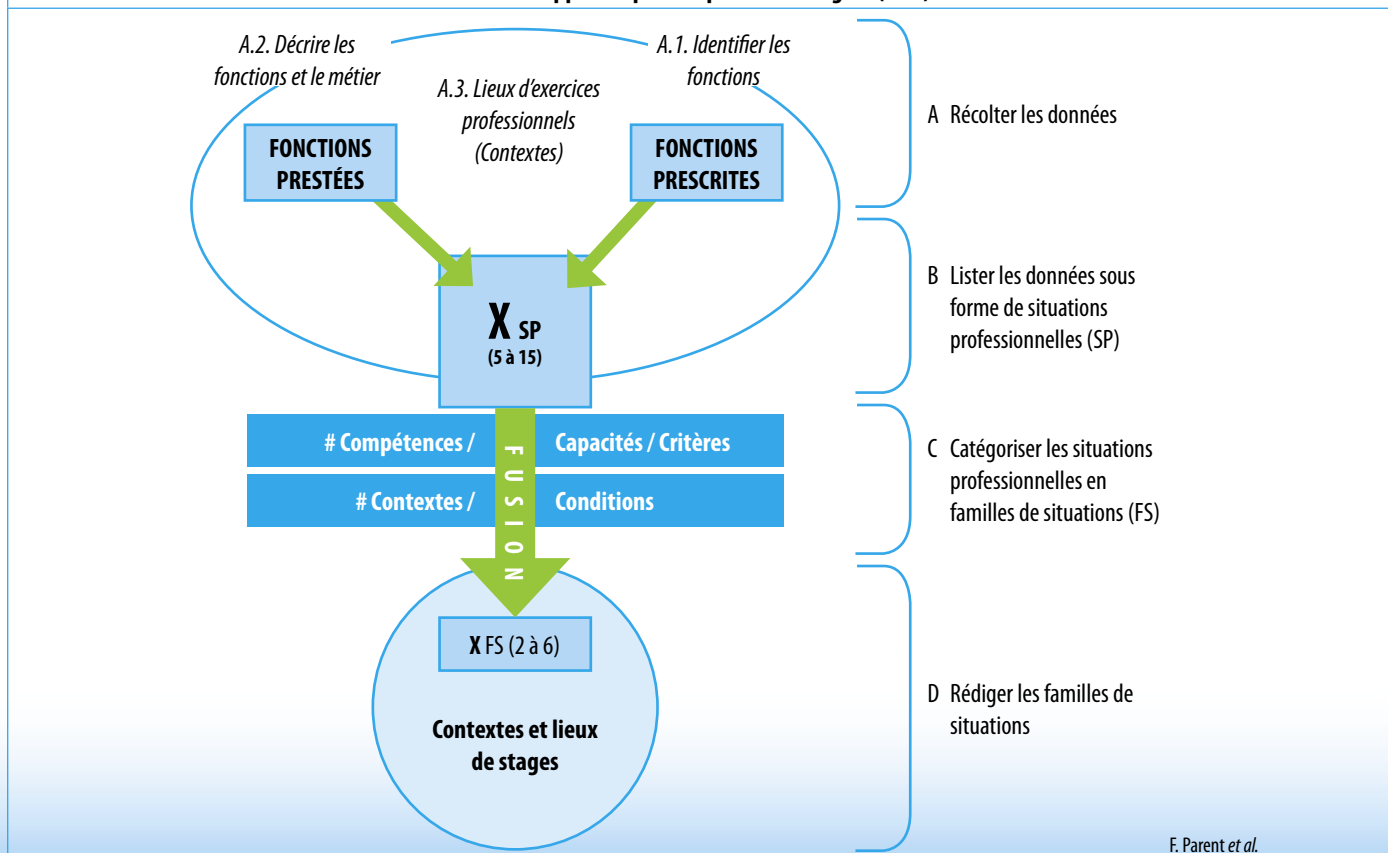


Figure F

Construction des familles de situations dans le cadre de l'approche par compétences intégrée (APC')



Approche analytique de la compétence

Approche qui se base sur une catégorisation des activités d'un métier ou d'une formation d'une part en compétences cognitives, réflexives et métacognitives, procédurales, psychoaffectives et sociales et, d'autre part, en niveaux d'observabilité du verbe d'action (Charlier P., 2003). De cette façon, il est alors possible d'identifier à la fois les compétences clés et les capacités pour chacune des compétences.

Approche par compétences intégrée (APC)

Méthodologie de construction de curriculums selon la logique des compétences basée sur une approche stratégique et intégrative des objectifs d'apprentissages, des finalités et des moyens en terme de résultats et de processus. Le choix de placer le 'i' en exposant signifie que l'intégration porte à la fois sur l'approche, le référentiel et les compétences.

Une taxonomie adaptée à l'APC a été développée (Parent F. *et al.*, 2008).

Approche située de la compétence

Approche qui se base sur l'identification des familles de situations qui vont à la fois donner le sens aux objectifs d'apprentissage et permettre de délimiter ces mêmes objectifs en cohérence aux besoins du système (société) dans lequel se construit le programme.

Approche socioconstructiviste

Courant contemporain en psychologie de l'apprentissage. La perspective socioconstructiviste postule que l'apprentissage est une activité intentionnelle de traitement de l'information et de construction de sens. Les apprenants construisent leurs connaissances à partir des savoirs existants. Les contextes d'apprentissage et les interrelations jouent un rôle essentiel et assurent la transférabilité des apprentissages (Jouquan J., 2006).

Capacités

Une capacité est une démarche (cognitive, réflexive ou métacognitive, procédurale, psychoaffective ou sociale) à mobiliser pour la mise en œuvre d'une compétence. Son apprentissage constitue donc une ressource nécessaire pour le développement d'une compétence.

Compétence

Mobilisation de ressources pertinentes (ressources, objectifs pédagogiques, savoirs sous jacents) face à des familles de situations problèmes à résoudre ou de tâches complexes à effectuer.

Dans l'approche analytique, la compétence est une macro capacité jugée nécessaire a priori pour la mobilisation des ressources pertinentes pour faire face à une famille de situations problèmes à résoudre ou de tâches complexes à effectuer. Dans l'approche située, la compétence est un savoir agir réfléchi qui consiste, en situation, à mobiliser les ressources nécessaires pour

résoudre la situation problème ou effectuer la tâche complexe (De Ketele JM., 2008).

CRESI

Création d'un référentiel européen de compétences en soins infirmiers.

Critère

Qualité d'une production et/ou d'un travail. Le critère n'est pas toujours directement observable et doit être accompagné d'indicateurs spécifiques qui le précisent.

Diagnostic infirmier

Enoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité, de même que leurs réactions aux processus de vie. [...] Il est centré sur les besoins de la personne et non directement sur sa pathologie (Association Nord Américaine des Diagnostics Infirmiers).

Education pour la santé

Pédagogie de la santé au service de la communauté; elle implique la mise en œuvre de tout moyen capable de créer des motivations positives vis-à-vis de la santé, de faire prendre conscience aux individus et aux groupes qu'il est possible d'agir personnellement et collectivement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé, de les rendre conscients qu'ils sont responsables de leur propre santé et de celle des autres, et de leur faciliter l'adaptation de leur comportement dans ce but. Cette action se développe suivant un processus d'échange permanent entre ceux qui prennent l'initiative de l'action éducative et ceux à qui elle s'adresse, alternant leur rôle respectif de manière continue. Cette définition déjà visionnaire laisse présager celle de la promotion de la santé et dépasse de loin la communication ou même la pédagogie du changement normatif de comportement. L'éducation pour la santé cherche à stimuler la motivation, et la confiance en soi (auto-efficacité perçue) ainsi que le développement des représentations et croyances nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé, tout ceci dans le respect d'autrui et de sa culture ainsi que dans une volonté de réduction des inégalités. L'éducation pour la santé comprend l'éducation au «savoir critique» qui développe les capacités à comprendre les conditions sociales, économiques et environnementales sous jacentes affectant la santé, aussi bien que les différents facteurs de risque et comportements à risque, et l'utilisation du système de santé. Sur base de ses capacités individuelles et sociales viennent ensuite l'identification et le développement de solutions individuelles, familiales ou communautaires.

Education thérapeutique

Pratique de santé relativement récente qui a progressivement été intégrée dans la prise en charge

des patients atteints de maladies de longue durée. Au-delà d'un rôle de prévention des complications de la maladie, l'éducation du patient représente l'expression d'un changement des conceptions de santé qui infèrent que le patient est capable d'être son propre médecin pour une période donnée. L'idée n'est pas récente, puisque l'éducation pour la santé posait déjà le principe que le premier agent de santé est l'individu lui-même. Cependant –et à l'inverse de l'éducation pour la santé– l'éducation thérapeutique du patient s'adresse par définition à un malade chronique pour lequel l'apprentissage de compétences et de comportements de santé est nécessaire pour vivre. En effet, leur application par le patient est susceptible de retarder les complications inhérentes à sa maladie mais aussi de réduire sa dépendance en lui permettant d'intégrer son handicap dans sa vie quotidienne. Son contexte de vie, son degré d'acceptation de la maladie, ses capacités, son habilité influencent sa motivation à apprendre. Pour toutes ces raisons, il s'agit d'un apprenant particulier qui requiert une pédagogie adaptée. (...) L'éducation thérapeutique du patient constitue un des développements les plus significatifs de l'éducation en santé pour de nombreuses catégories de patients. Elle s'affirme d'abord comme une nécessité épidémiologique, thérapeutique, économique mais également éthique, dans le but de donner au patient tous les moyens cognitifs et techniques d'une co-gestion de sa maladie. Elle se caractérise par un véritable transfert planifié et organisé des compétences du soignant vers le patient et s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins». (D'Ivernois J-F, Gagnayre R., 2004).

Encadrer / Superviser

Pratique d'accompagnement pédagogique qui se déroule individuellement, en petit groupe ou en équipe. Elle s'adresse à des personnes en formation ou à des professionnels. Son point d'ancrage est une relation institutionnalisée dans un contrat (durée, rythme, objectifs, mode d'évaluation, confidentialité, financement) entre un superviseur formé à cet effet et un ou des supervisés. Le but de la supervision est l'amélioration des compétences professionnelles par la prise de recul, l'élucidation et l'analyse méthodique de situations professionnelles (De Jonckheere C., 1996).

Evaluer

Recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables, examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision (De Ketele JM., 1989).



Famille de situations

Ensemble des situations professionnelles présentant suffisamment de caractéristiques communes que pour mobiliser les mêmes compétences et capacités, dans les mêmes conditions. Ces situations sont courantes et doivent pouvoir être gérées par les apprenants lors de leurs stages. Elles sont représentatives des différentes fonctions auxquelles l'apprenant doit faire face en mobilisant ses différentes compétences.

Indicateurs

Ensemble d'éléments observables qui sont attachés à un critère et qui montrent ce qu'il faut observer, mesurer au niveau d'une production pour l'évaluer. Le critère est général et abstrait, l'indicateur est contextualisé et concret. C'est lui qui –dans la production de l'élève– apporte de l'information sur sa maîtrise de la compétence (Gérard FM., 2005).

Objectif continué d'intégration

Résultat attendu de la formation par année d'étude. Il représente le profil global de l'apprenant, tel qu'il se construit au fur et à mesure de la progression des apprentissages. L'objectif continué d'intégration d'une unité de formation est la synthèse des familles de situations de cette unité.

Paradigme

Représentation du monde, manière de voir les choses, modèle cohérent de vision du monde qui repose sur une base définie (matrice disciplinaire, modèle théorique ou courant de pensée).

Partenariat

Association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation.

Personne

Être unique, responsable, libre, ayant des attentes et des besoins, un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement. La personne évolue à la recherche d'une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités.

Promotion de la santé

Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (environnement). Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être.

(World Health Organization, 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion).

Référentiel d'évaluation intégré

Document de référence consacré spécifiquement à l'évaluation. Le référentiel d'évaluation intégré comprend la description des situations et des critères d'évaluation. L'évaluation doit porter sur l'ensemble des objectifs d'apprentissage, ainsi que sur la mobilisation et l'intégration de ces ressources au sein des familles de situations et de l'objectif continué d'intégration.

Référentiel de compétences Intégré

Cadre de référence pour la formation et l'évaluation, donnant une vision actualisée des attendus d'un programme, sous forme de compétence.

Référentiel de formation intégré

Document de référence reprenant l'architecture du programme de formation par année d'étude en termes de cours et de dispositifs d'enseignement/apprentissage. La notion d'intégration assure que l'ensemble des contextes et dispositifs d'apprentissage (cours, stages, séminaires, groupes de parole et autres...) vise bien la construction et l'intégration de compétences en cohérence aux familles de situations identifiées (Référentiel Rwanda).

Référentiel de métier

Enumération des activités et des tâches constitutives d'un métier et/ou d'une fonction particulière. Il s'agit ici d'un ensemble d'activités et de tâches attendues des professionnels de santé en référence à un système de santé défini. Il est établi à partir de la réalité vécue des professionnels de santé ainsi que du prescrit et du normatif qui se trouve dans les normes sanitaires d'un pays (Parent F. 2006).

Situation professionnelle

Situation à gérer par le professionnel dans sa discipline. Celle dont il a la responsabilité et pour laquelle il a les compétences.

Soins infirmiers

Soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés –malades ou bien-portants– quel que soit le cadre. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. (Conseil international des infirmières) Ces soins, dispensés de manière autonome et en collaboration, concernent les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation, de la prévention de la maladie, les soins curatifs, palliatifs et de réadaptation (voir cadre de santé).

Système de santé

Ensemble des éléments interdépendants qui contribuent à la santé au foyer, dans les écoles, au travail, dans les lieux publics et dans les communautés, en influant sur l'environnement physique et psychosocial ainsi que sur le cadre du secteur de la santé et des secteurs associés.

Transposition didactique

Manière dont l'enseignant va assurer la cohérence globale entre les objectifs d'apprentissage du curriculum (les compétences, capacités, familles de situation et savoirs sous jacents) et les dispositifs de formation et d'évaluation.

Validation

Processus qui assure le caractère scientifique des productions dans le cadre de la gestion de la qualité. Comme la validation mobilise un grand nombre de personnes représentatives de tous les secteurs de la profession, elle permet aussi une appropriation du contenu et de la méthodologie de construction d'un référentiel.



Projet Pilote Leonardo da Vinci

Coordonné par l'HENAM : B/06/B/F/PP-144.008



Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne.
Cette publication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

EDITEUR RESPONSABLE : **Albert Leroy, HENAM**

DÉPÔT LÉGAL : **D/2008/11.661/1**

CONCEPTION GRAPHIQUE : **Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl, Bruxelles**