ASSOCIATION
DE RECHERCHE
EN SOINS INFIRMIERS

Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles

Geneviève Roberton

Dans Recherche en soins infirmiers 2006/4 N° 87, pages 25 à 56
Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers

ISSN 0297-2964
DOI 10.3917/rsi.087.0025

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-25?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

MÉTHODOLOGIE

PRATIQUES ÉVALUATIVES EN FORMATION INFIRMIÈRE ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES*

Geneviève ROBERTON,
Directeur des soins, directrice IFCS Lyon/Bron, Présidente du CEFIEC
Doctorante en sciences de l'éducation, Université Lumière Lyon 2

RÉSUMÉ

Dans un monde où tout est en perpétuel mouvement, l'impact des facteurs d'évolution est particulièrement prégnant dans le monde de la santé. Dispenser des soins infirmiers aujourd'hui est devenu de plus en plus complexe. En effet, confronté à différentes logiques souvent mises en tension, l'infirmier doit développer des compétences professionnelles qui tiennent compte, tout à la fois, de l'évolutivité de la demande sanitaire des populations et du contexte toujours plus contraignant des politiques de santé.
Par ailleurs, le développement de la validation des acquis par l'expérience (VAE) d'une part, et l'intégration du système licence/Master/Doctorat (LMD) d'autre part, sont deux formidables opportunités pour offrir aux programmes d'études un visage nouveau. Construits dans une logique de compétences, articulant enseignement universitaire et formation professionnelle, le dispositif de formation devra privilégier la co-construction des connaissances théoriques, des capacités, des habiletés et des compétences. Cette conception didactique nécessite une approche par les situations. Cela consiste à répertorier les familles de situations prévalentes auxquelles le futur professionnel devra faire face, puis à identifier les compétences générales et spécifiques requises pour répondre à ces situations. Une telle conception, sous-tendue par un courant socioconstructiviste, se substitue à la traditionnelle pédagogie par objectifs, plus souvent régie par des exigences béhavioristes. L'architecture du concept de compétence élaborée d'après les travaux de Philippe JONNAERT montre que la situation est à la fois le point de départ de la compétence et le principal critère pour évaluer cette compétence.
Reste alors une question fondamentale : celle de l'évaluation des compétences. Conséquemment, un programme centré sur les compétences professionnelles implique en amont l'identification des situations, des connaissances théoriques associées et des capacités à visée professionnelle que l'on souhaite faire apprendre, et que l'on devra évaluer. Des pratiques évaluatives centrées sur les compétences ne peuvent plus se réduire à un seul contrôle de connaissances ou vérification d'acquisition de gestes techniques. L'évaluation doit alors être pensée en terme de processus, de démarche, et non plus en seuls termes de procédures, méthodes et outils.
Les questions autour de l'évaluation sont aujourd'hui au cœur des débats tant dans le domaine de l'éducation et de la formation que dans celui de la sociologie du travail. Pour autant, bon nombre de problématiques évaluatives ne sont pas résolues. Les recherches en sciences de l'éducation devraient permettre de mieux cerner et opérationnaliser les concepts d'évaluation et de compétence.
Un état des travaux réalisés depuis les années 90 montre que l'activité évaluative réinterrogée par la recherche en sciences de l'éducation se préoccupe moins des mesures et des résultats obtenus que de son fonctionnement et de son rôle. Les enseignants chercheurs s'intéressent de plus en plus aux effets que produit l'activité évaluative sur l'apprentissage et le développement des compétences professionnelles. Il s'agit alors d'évaluer l'activité évaluative : quelles questions peut-on poser à l'évaluation elle-même ?
À l'aube de la réforme des études des professionnels de santé, dictée par la nécessaire harmonisation européenne, quelle place tiennent les compétences professionnelles dans l'actuel dispositif de formation en soins infirmiers ? Comment et dans quelle mesure sont-elles évaluées ? Une illustration à partir d'une recherche en cours éclairera sur les enjeux actuels de l'activité évaluative en formation infirmière, et tentera d'apporter quelques éléments de réponses aux questions récurrentes que se posent les formateurs sur la possibilité ou non d'évaluer des compétences.

Mots clés : évaluation, compétence, contrôle, formation, programme, référentiel, sciences de l'éducation
* Conférence présentée aux Journées d'Études de L'ARSI en janvier 2006

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

PRATIQUES ÉVALUATIVES EN FORMATION INFIRMIÈRE
ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les sociétés occidentales voient apparaître un profond changement dans le domaine de la Santé. Les transformations profondes du système de santé, le développement des sciences et techniques sanitaires et sociales, l'évolution des professions paramédicales, inscrivent le métier d'infirmière dans une perspective dynamique et évolutive. En parallèle, la progression et l'augmentation des textes régissant l'exercice professionnel témoignent de cette perpétuelle évolution, en soulignant la nécessité impérative de former des infirmiers capables de s'adapter simultanément aux progrès techniques, scientifiques, et aux nouveaux besoins de la société en matière de santé. On ne peut plus parler de soins sans s'intéresser aux répercussions de ces évolutions sur une demande en soins s'intégrant plus largement dans une demande sanitaire et sociale.
Par ailleurs, le développement de la validation des acquis par l'expérience (VAE) d'une part, et l'intégration du système licence/Master/Doctorat (LMD) d'autre part, sont deux formidables opportunités pour offrir aux programmes d'études un visage nouveau. Construit dans une logique de compétences articulant enseignement universitaire et formation professionnelle, le dispositif de formation devrait privilégier la co-construction des connaissances théoriques, des capacités, des habiletés et des compétences. Cette conception didactique nécessite une approche par les situations. Conséquemment, un programme centré sur les compétences professionnelles implique en amont l'identification des situations, des connaissances théoriques associées et des capacités à visée professionnelle que l'on souhaite faire développer, et que l'on devra évaluer. Des pratiques évaluatives centrées sur les compétences ne peuvent plus dès lors se réduire à un seul contrôle de connaissances ou à une vérification d'acquisition de gestes techniques.

Les questions autour de l'évaluation sont donc aujourd'hui au cœur des débats, tant dans le domaine de l'éducation et de la formation que dans celui de la sociologie du travail. Pour autant bon nombre de problématiques évaluatives ne sont pas résolues. Les recherches en sciences de l'éducation devraient permettre de mieux cerner et opérationnaliser les concepts d'évaluation et de compétence. Aussi, à l'aube de la réforme des études des professionnels de santé, dictée par la nécessaire harmonisation européenne, est-il pertinent d'étudier quelle place tiennent les compétences professionnelles dans l'actuel dispositif de formation en soins infirmiers, puis comment et dans quelle mesure ces compétences sont évaluées.

La réflexion s'articulera autour de trois axes :
- la place des compétences professionnelles dans la formation initiale,
- l'activité évaluative réinterrogée par la recherche en sciences de l'éducation,
- le regard épistémologique sur l'évaluation des compétences professionnelles en formation initiale.

LA PLACE DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DANS LA FORMATION INITIALE

Ce premier axe de réflexion vise à porter un regard croisé sur le concept de compétence à partir du point de vue de quelques auteurs de référence, puis à le situer au regard des pratiques sociales de référence en matière d'exercice professionnel. Ceci permettra d'appréhender les compétences spécifiques infirmières, le processus de professionnalisation qui conduit à leur développement, et le dispositif d'évaluation destiné à évaluer ces compétences à visée professionnelle.

Regards croisés sur le concept de compétences

Le point de vue de quelques auteurs de référence
Une recension des écrits autour du concept de compétence permet d'identifier des corrélats : capacité, aptitudes, performance et connaissance ; cette distinction est importante en ce sens que la façon de mobiliser ces corrélats génère des théories différentes sur le développement de la compétence. Notamment dans le domaine de la formation, la capacité devient pour Jean CARDINET « *une visée de formation générale, commune à plusieurs situations ; une compétence au contraire, est une visée de formation globale, qui met en jeu plusieurs capacités dans une même situation.* » [1] Dès lors que l'on s'intéresse à un dispositif de formation professionnelle, il est intéressant de voir aussi comment peuvent s'articuler connaissances et compétences. Selon Philippe JONNAERT, « *connaissances et compétences sont étroitement reliées. Parce qu'elles sont ancrées dans des situations les compétences apportent du sens aux capacités. De leur côté, les capacités constituent une des ressources essentielles pour permettre aux compétences d'aboutir à un traitement efficace et acceptable en situation. Les capacités sont associées à un « contenu » qui relève d'un savoir codifié dans un programme d'études. Si les compétences doivent convoquer des capacités pour être efficaces, les capacités de leur côté ne sont pas « des machines qui tournent à vide ».*[2] » Ainsi peut-on voir que pour plusieurs auteurs, la même nuance est faite entre les capacités, les habiletés et la compétence.

[1] Jean CARDINET, *Evaluation scolaire et mesure*, Bruxelles, De Boeck Université, 1986, Coll. Pédagogies en Développement.
[2] Philippe JONNAERT, *compétences et socioconstructivisme*, Bruxelles, De Boeck, 2001.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Toutefois, s'il occupe aujourd'hui une place prépondérante, le concept de compétence mobilise depuis longtemps les chercheurs en sciences de l'éducation. Dès les années 80, Olivier REBOUL situait la compétence comme «*la possibilité, dans le respect des règles d'un code, de produire librement un nombre indéfini de performances imprévisibles, mais cohérentes entre elles et adaptées à la situation. La compétence se distingue du savoir-faire, aptitude à agir, et du savoir pur, aptitude à comprendre, en ce qu'elle est une aptitude à juger. Elle ne va pas sans savoir et savoir-faire, elle les dépasse par le fait même qu'elle les intègre.*» [3] Nous voyons dans cette conception de la compétence des dimensions de dynamique et de complexité qui dépassent bon nombre de définitions statiques que l'on peut trouver dans le courant behavioriste surtout attaché à un *savoir comment* (J. S BRUNER, 1983), et caractérisé par une addition de *savoir/savoir faire/savoir être*. Les théories développées autour du concept de compétence dans ce courant ne prennent pas en compte les notions de contexte, de situation imprévisible, de complexité. Or, l'évolution de la demande sociale impose la prise en compte de la complexité, et soigner, aujourd'hui, ne peut plus se réduire à prodiguer des segments de soins mono-disciplinaires dans une juxtaposition de corps professionnels, où le patient se situe en «bout de chaîne». Ceci tend à organiser autour du patient, outre le corps médical, différents corps professionnels paramédicaux réunis en trois grandes familles : les infirmiers, les rééducateurs et les médico-techniques. Ainsi, les soins aux personnes s'inscrivent-ils dans un nouveau paradigme dont l'un des concepts émergents est **l'interdisciplinarité**. C'est dire aussi que l'interdisciplinarité et la complexité doivent se retrouver au travers de la compétence qui peut alors être considérée tel que l'écrit Philippe MEIRIEU, *«comme une activité intellectuelle stabilisée et reproductible dans des champs divers de la connaissance, un savoir identifié mettant en jeu une ou des capacités, dans des champs notionnels ou disciplinaires déterminés.*» [4]. C'est pourquoi, à l'issue de la recension des écrits autour du concept de compétence, le choix des auteurs de référence s'est orienté sur un courant socioconstructiviste, beaucoup plus compatible avec les caractéristiques de complexité et de dynamique évolutive. Une lecture du point de vue des sciences cognitives a également été retenue à partir des travaux de Guy Le BOTERF [5]. Cet auteur, interpellé par une «surutilisation» de la notion de compétence en regard de sa faiblesse conceptuelle a énormément apporté au concept de compétence, il est ainsi devenu un expert et conseiller incontesté sur la compétence en milieu professionnel. L'un de ses plus grands apports est de dépasser la compétence comme simple addition de savoirs de nature différente pour faire face à un métier, en amenant les notions de combinatoire de ces différents savoirs et de compétences individuelles et collectives. Il définit la compétence individuelle comme «*une certaine combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné.*» La compétence est dans la mobilisation : *savoir agir, savoir intégrer, savoir transférer* (G. Le BOTERF, 1994).

Au travers du point de vue de ces quelques auteurs, il ressort que la compétence est un ensemble de capacités, habiletés et connaissances associées, mobilisées, combinées entre elles, indispensables pour répondre à des situations complexes, lesquelles peuvent être regroupées en famille de situations. Nous disposons là d'un concept dynamique de la compétence sous-tendu par les exigences professionnelles sur la façon d'agir : *la compétence au gérondif* (G. Le BOTERF, 2000). Il s'agit alors d'une part, de distinguer la compétence requise et la compétence réelle acquise, et d'autre part, d'articuler la *compétence individuelle* avec la *compétence collective* (G. Le BOTERF, 1997). La compétence est donc indissociable de l'action, elle est au cœur des pratiques sociales.

La compétence au cœur des pratiques sociales

Dans cette perspective, le lien entre les compétences et les situations concrètes est un aspect prégnant dans la littérature. Philippe PERRENOUD développe l'idée selon laquelle, «*toute compétence est fondamentalement liée à une pratique sociale d'une certaine complexité. Toute compétence largement reconnue évoque une pratique professionnelle instituée. Les compétences sont le plus souvent articulées à des savoirs disciplinaires, les disciplines organisent donc en partie le monde du travail et la recherche sur les pratiques sociales. Mais dans des professions comme celles autour du soin, les frontières sont moins délimitées : il existe des carrefours, des coopérations entre disciplines et corps professionnels*». [6] De même, André De PERETTI caractérise une compétence comme «*une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes*» [7]. Cette approche est primordiale pour situer les compétences dans un dispositif de formation.

[3] Olivier REBOUL, *Enseigner pour apprendre*, Paris, Peter Lang, 1980.

[4] Philippe MEIRIEU, *la pédagogie entre le dire et le faire*, Paris, ESF, 1996, Col. Pédagogies.

[5] Guy Le BOTERF, *De la compétence, Essai sur un acteur étrange*, Paris, Les Éditions d'organisation, 1994.

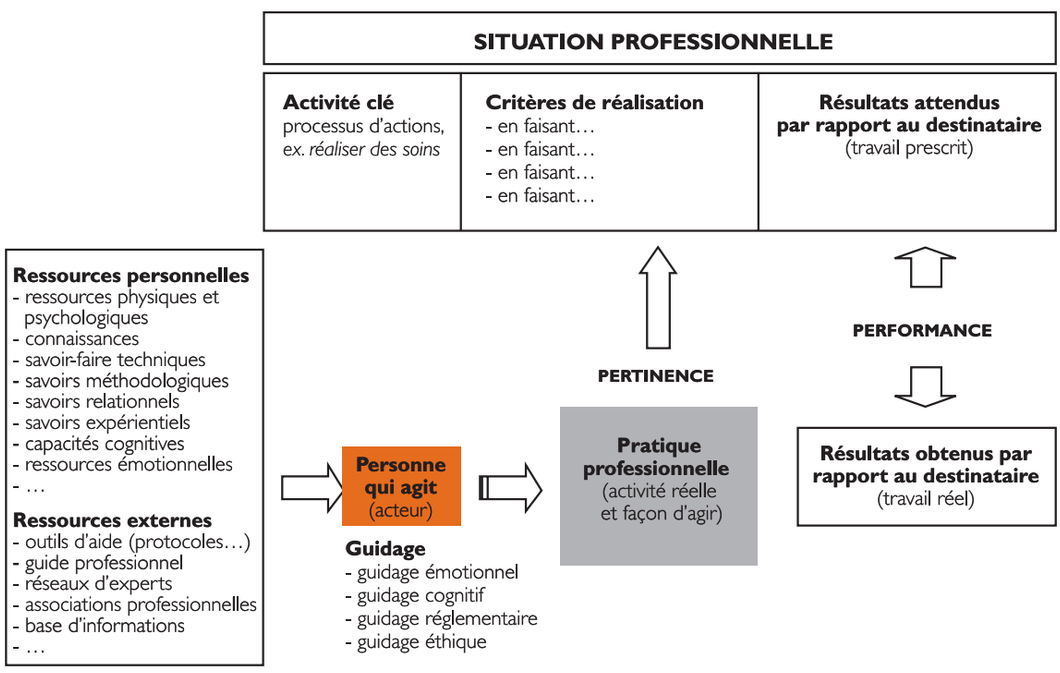
[6] Philippe PERRENOUD, *Construire des compétences dès l'école*, Paris, ESF, 1997, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques.

[7] André De PERETTI, «Ressources Humaines et Management», *Revue EPS*, n° 223, janvier/février 1992.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En effet, à partir de ses théories, ancrées dans un courant socioconstructiviste, Philippe JONNAERT précise que «*les compétences ne peuvent se définir qu'en fonction de situations. Le concept de situation devient alors l'élément central de l'apprentissage : c'est en situation que l'élève se construit, modifie ou réfute des connaissances situées et développe des compétences. […] Les situations sont donc source de compétences. Connaissances et compétences s'articulent étroitement à l'intérieur des situations.*»[8]. L'application de cette théorie amène à répertorier les familles de situations prévalentes auxquelles le futur professionnel devra faire face, puis à identifier les compétences générales et spécifiques requises pour répondre à ces situations. Une telle conception, sous-tendue par un courant socioconstructiviste, se substitue à la traditionnelle pédagogie par objectifs, plus souvent régie par des contingences béhavioristes. L'architecture du concept de compétence élaborée d'après les travaux de Philippe JONNAERT montre que la situation est à la fois le point de départ de la compétence et le principal critère pour évaluer cette compétence, ce qui rejoint les théories soutenues par André De PERRETTI et Philippe PERRENOUD. Nous retrouverons cette approche dans l'axe théorique choisi pour l'étude de la problématique retenue. Cette approche est également retrouvée dans les théories de la compétence soutenues par Guy Le BOTERF qui, face à ce concept, s'interroge sur les conséquences pratiques du développement et de l'évaluation des compétences sur le professionnalisme. Ceci implique qu'il est essentiel de considérer non pas la compétence en tant que concept seul, mais en tant que «personne compétente». L'entrée par ce raisonnement est essentielle pour comprendre les théories de l'auteur sur le développement de la compétence et l'évaluation des compétences, que ce soit en management des ressources humaines ou en formation professionnelle. Partant de là, un professionnel compétent est une personne qui sait agir en situation.

Toujours selon cet auteur, il faut distinguer le fait d'être compétent de celui d'avoir des compétences, la logique de l'action en situation complexe étant omniprésente. Il schématise cette capacité à agir en situation autour de trois pôles indissociables : le *savoir agir,* le *pouvoir agir* et le *vouloir agir*. Le professionnel qui agit avec compétence possède des ressources personnelles et externes qu'il est capable de mobiliser en fonction de l'analyse de la situation qu'il a faite, puis il est en mesure de mettre en œuvre des pratiques par les *combinatoires* des trois pôles suivant un déroulé de décisions et d'actions. Guy Le BOTERF modélise *l'agir avec compétence* ainsi[9] :



- Modélisation de la compétence à agir en situation -

[8] Philippe JONNAERT, *Ibid.*

[9] Guy Le BOTERF, communication orale, Journées nationales de l'ARSI, Paris, 27 janvier 2006.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

À travers ce regard croisé sur le concept de compétences, et dans la mesure où nous sommes dans un contexte de profondes mutations affectant le monde de la santé, **une formation en soins infirmiers centrée sur le développement des compétences à visée professionnelle devient une orientation incontournable.** Il est alors nécessaire d'identifier les compétences infirmières requises pour répondre aux situations prévalentes rencontrées par les infirmières, non seulement aujourd'hui, mais aussi demain.

Compétences infirmières aujourd'hui et demain

Pour pouvoir déterminer les compétences infirmières requises aujourd'hui et demain, il faut tout d'abord étudier l'impact de l'évolution sociétale sur les besoins sanitaires des populations. C'est ce que je qualifierai plus largement de *demande sanitaire et sociale*.

Des facteurs d'évolution

S'intéresser à la demande sanitaire et sociale équivaut à prendre en compte les besoins en soins[10] des personnes en tant qu'individu ou groupes de personnes, et ceci au sein d'un dispositif de santé, lui-même inclus dans un système politico-économique. C'est dire aussi que l'on se trouve souvent face à deux logiques mises en tensions : celle de l'individuel et celle du collectif. Dans une dimension collective la demande sanitaire et sociale prend en compte des déterminants de santé publique tels que démographie, morbidité, épidémiologie, économie de santé… Elle fluctue avec l'évolution des besoins et attentes de la population en matière de santé (santé publique et communautaire). Mais aussi la demande sanitaire et sociale concerne-t-elle la santé individuelle et la prise en charge globale de la personne, telles qu'elles sont édictées dans les textes législatifs et les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Au cours des deux dernières décennies l'évolution de la demande sanitaire et sociale est corrélée à l'évolution sociétale de la population et se caractérise tout particulièrement dans des aspects démographique et sociologique. Sur un plan démographique, nous assistons à un vieillissement de la population d'une part, et à une augmentation de l'espérance de vie d'autre part, ce qui accroît le nombre de patients poly-pathologiques, porteurs de handicap et d'incapacités. Ceci entraîne un alourdissement des soins à dispenser envers des personnes dépendantes et vivant de plus en plus longtemps. Mais aussi, le vieillissement de la population atteint-il des patients chroniques qui antérieurement avaient une espérance de vie plus courte. De ce fait, une nouvelle problématique de santé, est en émergence : celle du vieillissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques et des personnes handicapées. Les pathologies du vieillissement et du handicap se trouvent donc au cœur des politiques prioritaires de santé aujourd'hui.

Sur un plan sociologique, nous constatons l'emprise de modes de vie de plus en plus stressogènes et de plus en plus influencés par les médias. Ceci se traduit tout particulièrement au niveau des habitudes alimentaires souvent déséquilibrées, ce qui augmente l'incidence des maladies cardio-vasculaires et cancéreuses. De même, malgré les campagnes anti-tabac et les mesures prises contre le tabagisme, celui-ci reste un véritable problème de santé publique. Mais aussi l'évolution sociétale pèse-t-elle sur les mentalités et les comportements, ce qui a engendré une recrudescence des troubles de la conduite alimentaire, des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie). De même, la morbidité et la mortalité dues aux accidents de la voie publique, aux suicides et tentatives de suicide, et la montée en puissance de la violence influencent considérablement la demande sanitaire et sociale en termes de soins curatifs, et peut-être plus encore en termes de prévention et d'éducation à la santé. Enfin, l'évolution des conditions socio-économiques, en matière de travail et de logement, a eu pour effet d'accroître l'isolement social et la précarité. Les pathologies et états morbides liés à la précarisation et la violence modifient sensiblement la demande sociale en soins, devenant alors une nouvelle composante pour le dispositif sanitaire et social à mettre en place.

De plus, il apparaît que les principaux déterminants de la demande sanitaire et sociale, dans sa dimension collective, sont de nos jours : le «*virage ambulatoire des soins aux personnes*» qui vise à diminuer le nombre d'hospitalisations au profit des soins dans des structures alternatives à l'hospitalisation et des soins de ville (Loi portant réforme hospitalière de 1991 et les Ordonnances Juppé de 1996) d'une part. D'autre part, la notion de soins de proximité s'impose avec l'augmentation de phénomènes sociaux comme la précarité, la déculturation et la violence urbaine, avec le cortège de pathologies qui en résultent. Une telle évolution de la demande sanitaire et sociale amène à prendre en compte des déterminants individuels et collectifs, indissociables d'une vision plus élargie de la santé, l'inscrivant dans une approche incontournable de santé publique. Ces éléments sont à croiser avec le paysage actuel du champ d'activité des infirmières, dont le secteur d'exercice se répartit de façon inégale entre l'hospitalisation publique, privée, le libéral et l'extrahospitalier (médecine du travail et médecine scolaire).

[10] Le terme de soins est à prendre ici dans son acception large et non pas dans un sens restrictif de curatif.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En effet, d'après une étude réalisée par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'activité hospitalière reste la plus importante en employant environ 238584 infirmières (dont 65 % dans le secteur public). Les autres secteurs d'activité regroupent environ 55850 infirmières dont 5200 pour la santé des élèves, 6000 pour la médecine du travail et 44648 pour le secteur libéral. On voit bien ici, par exemple, le décalage entre le «*virage ambulatoire*» préconisé par les politiques de santé et la dotation en «moyens humains».[11] En parallèle, les progrès scientifiques et technologiques, tant des sciences médicales qu'infirmières, sont des facteurs qui modifient le paysage des soins. La thérapie assistée par ordinateur, le génie génétique, la robotique et la télémédecine sont autant de techniques qui exigent des compétences spécifiques et nouvelles de la part des infirmiers. Ceux-ci doivent non seulement participer à ces thérapeutiques, mais encore doivent-ils fournir aide et explication aux patients qui en sont bénéficiaires.

Tous ces facteurs d'évolution impliquent donc pour les professionnels de la santé une adaptation et une actualisation des connaissances et compétences requises pour exercer leur profession. Celles-ci doivent dès lors s'adapter en permanence aux besoins sanitaires d'un profil évolutif de population, tout en tenant compte du contexte économique du moment. C'est-à-dire qu'il s'agit de s'indexer le plus justement possible et simultanément, sur les nouvelles réalités scientifiques, l'apparition de nouvelles pathologies, la diminution ou la disparition d'autres, l'évolution des thérapeutiques et le développement de certaines disciplines comme la prise en charge de la douleur, l'accueil aux urgences, les traitements en cancérologie, la gérontologie, la psychiatrie ; et l'énumération est loin d'être exhaustive ! Ce champ polymorphe d'activités peut, en effet, encore évoluer et voir s'étendre de nouveaux domaines d'interventions infirmières, pour lesquels la formation devra développer des capacités d'adaptation et d'anticipation certaines.

Le caractère évolutif d'une profession étant l'un des fondements de la formation qui y conduit, un bref détour historique est alors nécessaire pour situer les évolutions marquantes de la profession infirmière au cours de ces trente dernières années. Il est en effet important de souligner combien l'évolution de la profession infirmière se cale sur celle de la société. D'après Catherine MORDACQ[12], docteur en sciences de l'éducation, les infirmières sont passées par quatre étapes successives : les servantes et les bénévoles, les infirmières militaires, les congrégations religieuses, avant d'arriver au professionnalisme qui est le leur aujourd'hui.

Des périodes charnières caractérisent fortement ces étapes, et tout particulièrement la période de la fin du XX^{ème} Siècle. En effet, depuis quelques décennies la profession infirmière est marquée tout d'abord par une forte empreinte techniciste mêlée d'une touche humaniste. Cette nouvelle image de l'infirmière correspond à la période d'expansion économique et au développement des technologies médicales de pointe propres aux «*Trente Glorieuses*». Elle correspond aussi à l'humanisation des hôpitaux édictée par Simone Weil, et renforcée par la Charte du malade en 1974. L'État providence *devient pourvoyeur de fond* (G. DUSSAUT, 1978), les progrès technologiques sont en plein essor, ce qui entraîne une logique techniciste et inflationniste où les soins s'inscrivent de plus en plus dans la spécialisation. Quant à la décennie 80 et plus encore celle des années 90, elles sont au contraire marquées par le temps de la récession économique, ce qui les place dans une logique radicalement opposée à la précédente. Ces deux décennies se caractérisent par une confrontation aux exigences toujours plus grandes de qualité des soins et de satisfaction du patient devenu client et acteur de ses soins, statut réaffirmé dans la loi de démocratie sanitaire du 4 mars 2002. En parallèle, les notions de réduction des coûts, de responsabilisation s'imposent. Du coup les exigences en terme de compétences professionnelles deviennent toujours plus grandes. On en arrive à une logique dominante qui est celle d'aujourd'hui et dans laquelle trois points sont récurrents : soins globalisés, polyvalence, rationalisation des moyens.

Le corollaire de cette nouvelle dimension de la profession se traduit par une exigence autour des compétences de plus en plus forte, à moyens constants voire inférieurs. Le statut de patient/usager, à l'instar de la société Nord Américaine, tend à évoluer vers celui de client/consommateur de soins, et paradoxalement, ces usagers/clients n'ont aucune garantie quant au service rendu. Peut-être ceci est-ce dû pour une part à une culture de l'évaluation insuffisamment intégrée dans les habitus professionnels des soignants. Pour autant, au delà du poids culturel, la notion de normes de qualité ne tarde pas à émerger dès le début des années 90 (AFNOR, iso 9001…). Conjointement à la notion de qualité, prévaut celle de rentabilité, y compris dans le service public. Ceci bat fortement en brèche les habitudes et repères professionnels, bouscule la culture hospitalière[13], en même temps que cela modifie sensiblement les conditions d'exercice. C'est «l'avènement» des accréditations qui se traduit par une exigence grandissante des compétences infirmières et une obligation d'évaluer les pratiques.

[11] In *Profession Infirmière*, juin 1997.

[12] Catherine MORDACQ a été l'une des infirmières pionnières françaises dans la promotion de la profession. Elle a été enseignante au Département d'enseignement supérieur infirmier de Lyon ('École Internationale) dans les années 80.

[13] Entendre «hospitalière» au sens large, c'est-à-dire établissements de santé publics et privés.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

La mise en place de la tarification à l'activité dans le plan Hôpital 2007 accentue encore ce phénomène. L'une des répercussions de ce nouveau paysage sanitaire est l'obligation grandissante faite sur les écrits professionnels dans une culture traditionnellement portée sur l'oral. Dès lors, une telle exigence induit chez les infirmières un besoin accru de considération et de reconnaissance professionnelles car «*l'exigence s'accroît, conduisant à un engagement personnel des différents acteurs (professionnels, usagers, environnement) dans les actions menées, une responsabilisation qui semble difficile à mettre en place*».[14] D'ailleurs, cette évolution de la profession infirmière inspire à Élisabeth CHARLON, Maître de conférence en Sciences de l'éducation à l'Université de Lille la réflexion suivante : «*Tous les éléments d'une reconnaissance sociale de la profession d'infirmier sont désormais en place. Si l'on replace ces composantes de la profession infirmière au regard des apports de la sociologie des professions, on constate : la reconnaissance d'un monopole sur l'exercice d'un travail spécifique, le diagnostic et le soin infirmier ; le travail infirmier devient une pratique sûre (instauration d'un champ de recherche avec application de démarche scientifique) qui apporte des solutions à des problèmes pratiques avec des critères de résultats.*[15]»

Par ailleurs, des facteurs de démographie professionnelle ont également marqué sensiblement l'exercice professionnel infirmier, en terme de compétence, au cours des dernières années. L'adéquation entre les besoins en infirmières et les quotas de formation (sorte de numerus clausus) n'a pas toujours été opérante. En effet, la régulation par les quotas s'étant plus souvent réalisée a posteriori plutôt que dans une logique d'anticipation, les conditions de prise d'un premier poste ont été de plus en plus influencées par une nécessaire évolution des compétences. En parallèle, la France, comme plusieurs autres pays européens, connaît une situation démographique extrêmement critique depuis 2000 : une pénurie dans les professions de santé touchant particulièrement les médecins, les infirmières et les cadres de santé. Ce contexte démographique sans précédent est lié aux départs en retraite massifs, conséquence du fameux *papy boom* conjugué à la mise en place de la réduction hebdomadaire du temps de travail (35 heures) et à une augmentation des activités de soin. Ces données démographiques sont intimement intriquées avec une donnée d'évolution sociétale, caractérisant les jeunes générations de professionnels : le «*zapping*». En effet, de plus en plus d'infirmiers nouvellement diplômés optent pour le travail à la carte et se tournent vers les sociétés d'intérim qui ont prospéré dans l'actuel contexte de pénurie infirmière. L'augmentation sensible de la durée de vie professionnelle n'a pas compensé, loin s'en faut, les besoins d'infirmières pour répondre aujourd'hui aux besoins sanitaires de la population. Du coup, ce secteur d'exercice requiert encore plus de capacités d'adaptation et de compétences professionnelles du fait d'un travail pas toujours inscrit dans une continuité de poste pour le prestataire. Quant à la pénurie affectant les autres professions de santé, elle laisse augurer d'une évolution des compétences qui commence déjà au travers de certains transferts de tâches.[16] Cette composante accroît d'autant l'impérieuse nécessité d'adapter l'offre de formation à la demande sanitaire et sociale.

Nous voyons ici une intrication étroite entre l'évolution sociétale, les exigences attendues de ces professionnels du soin et les objectifs politiques et économiques. Autrement dit, le professionnalisme infirmier doit intégrer un nouveau paradigme qui se caractérise par quatre concepts fondamentaux (l'Homme, l'Environnement, la Santé et le Soin), paradigme fondé sur la demande sanitaire et sociale et mettant en jeu l'ensemble des professions des secteurs sanitaire et social.

Être infirmière en 2007, un nouveau profil ?

Le propos n'est pas de décrire un profil standard, type, il vise à mettre en exergue les compétences professionnelles à prioriser dans la formation. Si l'on s'appuie sur la compétence professionnelle théorisée par Guy Le BOTERF, pour agir avec compétence une infirmière devra pouvoir répondre aux situations professionnelles prévalentes, quels que soient ses lieu et mode d'exercice.

Pour répondre à ses missions, une infirmière devra donc posséder des ressources personnelles adéquates tels que :
- des connaissances théoriques axées sur la clinique, les sciences humaines, la législation et l'organisation du travail,
- des connaissances procédurales axées sur les méthodes, les procédures et les processus,
- des savoirs faire, des habilités centrés sur les techniques de soins,
- des comportements caractérisés par des capacités d'adaptation, de polyvalence et de transversalité.

S'agissant des connaissances théoriques et procédurales, il est important de considérer ces connaissances comme associées à des situations et non comme des connaissances en tant que telles. Cette distinction est primordiale et prend tout son sens dans l'évaluation

[14] Claire HOLLENSTEIN, Audit Conseil formation, «Le changement… Pour qui ? Jusqu'où ?», *Gestions Hospitalières*, N° 94, février 2000, p 93.

[15] In «La formation par alternance. Les enjeux du projet pédagogique», *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, N°6, 2ème trimestre 1993 p 15.

[16] Il est ici fait référence aux expérimentations menées dans le cadre du rapport du Pr Yvon BERLAND

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

continue et finale de la formation conduisant à la profession d'infirmier, dans la mesure où réduire l'évaluation à du contrôle de connaissances ne permet pas d'évaluer la professionnalisation des étudiants.

En ce qui concerne le guidage qui régit la compétence à agir, notamment dans la concrétisation de pratiques de soins par la mise en œuvre de *combinatoires* (G. Le BOTERF, 1994), la formation doit tenir compte des différents types de guidage tels que :

- le guidage émotionnel, véritable filtrage de l'action, il devra faire appel à une résistance psychologique, une rigueur et une ouverture d'esprit, visant à positiver les émotions.
- Le guidage cognitif, essentiel dans la capacité à utiliser les combinatoires performantes, il repose sur le raisonnement clinique. Le **raisonnement clinique est l'essence même de l'exercice infirmier**, il est la pierre angulaire de la compétence à agir pour une infirmière. Il doit être un axe prépondérant dans la formation initiale, ce qui renvoie notamment aux connaissances procédurales et théoriques associées.
- Le guidage réglementaire, matérialisé par les règles professionnelles, suit tout particulièrement l'évolution des textes officiels, mais aussi la création d'un ordre infirmier si celle-ci aboutit. Le guidage réglementaire risque aussi d'évoluer en fonction de la réforme des études, celle-ci devant intégrer le système Licence Master Doctorat (LMD) et privilégier l'approche par les compétences et les familles de situations.
- Le guidage éthique, il est plus que jamais important au regard des évolutions sociétales, la question de l'éthique dans les soins aux personnes s'impose, la capacité à s'inscrire dans une réflexion et une démarche éthique est requise pour remplir les missions infirmières.

Si l'on considère ces compétences infirmières requises, on ne peut pas à proprement parler d'un nouveau profil infirmier à former, mais plutôt d'une formation qui doit prioriser une logique d'adaptation sociale versus une reproduction sociale. Ainsi, être infirmière aujourd'hui tout comme demain, requiert du professionnel un *savoir agir*, une capacité à identifier et analyser des situations plus ou moins complexes et plus ou moins inédites, des ressources pertinentes qu'il lui faut *savoir combiner.* En outre, toujours en référence à Guy Le BOTERF qui soutient la thèse selon laquelle une compétence individuelle comporte toujours une dimension collective, l'infirmière devra *savoir agir et interagir* (G. Le BOTERF, 2000) en situation professionnelle au sein d'une équipe soignante. En effet, lorsqu'il analyse une situation de travail, le professionnel compétent se réfère aux normes et règles de son milieu professionnel (résultats attendus, guidage réglementaire) pour élaborer en toute sécurité et avec pertinence sa propre façon de faire. Ainsi, «*chaque collectif de travail (atelier, service, équipe…), grâce aux leçons tirées de ses expériences passées, élabore ses propres règles du métier. Elles définissent ce qui correspond aux 'règles de l'art'».*[17] Il est bien là pris en compte l'*agir* au sein d'une équipe, comme une capacité à part entière. C'est donc l'ensemble de ces apprentissages que la formation initiale devra cibler en priorité, tant dans les enseignements que dans l'évaluation de ces enseignements.

Ici se trouve un aspect intéressant fortement les questions relatives à l'évaluation. Tout ce qui doit faire l'objet d'apprentissage professionnel dans l'enseignement clinique, comme dans l'enseignement théorique, est-il objet d'évaluation ? Dans quelle mesure le *savoir agir et interagir* est-il évalué ? Les cadres de santé qui évaluent les étudiants infirmiers intègrent-ils cette notion dans leurs pratiques évaluatives ? Après avoir appréhendé le concept de compétence, et tenté d'identifier le profil de professionnels infirmiers à former, reste alors une question fondamentale : celle de l'évaluation des compétences.

Déterminants de l'évaluation des compétences dans une formation professionnelle

Au fil de la réflexion, nous mesurons l'importance de passer par l'étude des concepts clés si l'on veut élucider les problématiques inhérentes à l'évaluation des pratiques en formation professionnelle. Pour appréhender les déterminants de l'évaluation des compétences dans ce type de formation, il est donc pertinent de se référer aux concepts de professionnalisation, de référentiel d'évaluation et d'évaluation en formation.

Le concept de professionnalisation

Ce concept est abordé ici dans le champ de la formation professionnelle et non dans ceux de la sociologie du travail et de la sociologie des professions, où il est alors associé aux concepts de professionnalisme, professionnalité, et concerne essentiellement les modes de socialisation et le contrôle interne pour une profession donnée. Tout comme l'approche du concept de compétence, le développement qui va suivre est la synthèse de l'exploitation des auteurs retenus à l'issue d'une recherche bibliographique approfondie.

Appliqué au domaine des sciences de l'éducation, le concept de professionnalisation s'applique au développement des compétences à visée professionnelle des étudiants suivant une formation initiale conduisant à un diplôme professionnel. C'est un concept d'apparition relativement récente dans la littérature, du moins en France et dans les pays francophones : les premiers

[17] Guy Le BOTERF, «De quel concept de compétence avons-nous besoin ?», *Soins Cadres*, n° 41, février 2002.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

écrits recensés sont de 1992, mais c'est surtout depuis quatre à cinq ans que des travaux se sont développés, sur les étudiants ou élèves de formation professionnelle. En effet, ce concept a tout d'abord fait l'objet de travaux ciblés sur la professionnalisation des futurs enseignants en 1993 avec Philippe PERRENOUD pour la Suisse et en 1994 avec Léopold PAQUAY pour la Belgique et Marc TARDIF pour le Canada.

Selon Marguerite ALTET, qui travaille sur un champ d'application plus élargi, la professionnalisation permet l'accès à une qualification diplômante conduisant elle-même à l'exercice d'un métier socialement reconnu. Pour cet auteur, la professionnalisation des étudiants peut se définir comme «*l'ensemble des actions qui transforment un individu en professionnel apte à tenir un rôle dans des configurations professionnelles complexes*». La professionnalisation est un processus dont la finalité de formation est de doter le futur professionnel de «*compétences spécifiques, spécialisées, qui reposent sur une base de savoirs rationnels, reconnus, venant de la science ou issus des pratiques*» (M. ALTET, 1992).[18] La professionnalisation recouvre le dispositif et le processus qui permettent la production des identités et des compétences professionnelles.

On retrouve également la notion de parcours de professionnalisation, conduisant les étudiants professionnels à intégrer toutes les dimensions de la profession pour laquelle ils se forment : une identité commune, le partage de normes et de valeurs, un corpus de connaissances spécifiques, un langage commun et une définition homogène du rôle (M. ROCHE, 1999). Ces mêmes composantes sont présentes dans les travaux de Claude DUBAR pour qui «*le processus de professionnalisation repose sur un double principe : un étudiant, en tant que personne, qui intègre une profession et un corps professionnel qui rend possible et structure cette intégration*».[19] Les principales caractéristiques du concept de professionnalisation sont la construction de compétences à visée professionnelles et l'inscription dans une culture professionnelle. Ceci renvoie aux théories sur la compétence développées par Guy Le BOTERF et Philippe PERRENOUD puisque leur approche dynamique du concept de compétence s'ancre sur les conséquences pratiques en terme de professionnalisation des personnes.

Toujours selon Guy Le BOTERF, une formation sera professionnalisante non seulement si elle vise à développer chez les étudiants des ressources personnelles, à leur offrir des ressources externes et les moyens d'y accéder, mais surtout, le caractère professionnalisant d'une formation conduisant à un exercice professionnel repose sur l'entraînement à agir en situation. Autrement dit, pour un étudiant professionnel, le processus de professionnalisation ne peut se faire que si, et seulement si, le dispositif de formation l'entraîne à :
- combiner et mobiliser des ressources personnelles et externes en situation concrète ou simulée,
- mettre en œuvre des pratiques en adéquation avec les résultats attendus et exigibles au regard de son niveau de formation,
- travailler et coopérer en contexte (avec d'autres acteurs de la situation),
- développer la capacité de transfert dans des gammes variées de situations,
- développer des capacités d'apprendre des autres et aux autres.

En revanche, il est une composante du concept de professionnalisation commune aux champs de la sociologie du travail et des sciences de l'éducation : le parcours professionnalisant. Aussi, les notions de parcours et trajectoire sont-elles des déterminants essentiels dans une formation professionnelle. En effet, les capacités structurelles de la compétence telles que les combinatoires et la mise en œuvre de pratiques adéquates reposent sur la prise de recul, la démarche réflexive et l'analyse des pratiques. La prise en compte des parcours et trajectoire rend possible et favorise le processus de professionnalisation à condition de développer les capacités et attitudes qui rendent possible le développement des compétences à visée professionnelle. Cet aspect sera très important dans cette étude.

Cette approche non exhaustive du concept de professionnalisation nous montre l'intrication étroite avec le concept de compétence. Mais aussi, s'appuyant sur la finalité du processus de professionnalisation qui est de faire passer du statut d'étudiant professionnel à celui de professionnel, nous entrevoyons également le lien étroit de ce concept avec celui de référentiel dans la mesure où un référentiel de compétence est l'une des caractéristiques d'une profession donnée. Il convient donc à présent de s'attarder sur la notion de référentiel.

Des référentiels et des systèmes de référence

Un référentiel peut être défini comme un système de références, constituant une optique, une perspective ou un type de lecture privilégiée (J. ARDOINO, J. BERGER, 1989). Le terme référentiel est utilisé dans son acception propre à l'enseignement professionnel, c'est-à-dire qu'il couvre les notions de référentiel emploi, référentiel métier, référentiel formation et référentiel diplôme.

[18] Marguerite ALTET, in Léopold PAQUAY, et al., *Former des enseignements professionnels, quelles stratégies ? quelles compétences ?*, Bruxelles, De Bock, [1996], 3ème édition, 2001.

[19] Claude DUBAR, «Cheminements professionnels et mobilités sociales», *La documentation française*, 1992

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Cette précision a son importance dans la mesure où, l'utilisation du terme référentiel fait souvent l'objet de confusion ou d'indifférenciation. C'est pour cette raison que, dans un souci d'harmonisation sémantique, les instances de l'éducation et de la formation ont défini deux types de référentiel spécifiques. Ceux-ci ont pour fonction première de rendre explicite ce qui est attendu en terme de résultats à atteindre.

Ces types de référentiels sont formalisés et diffusés à l'instar de ceux élaborés par les commissions professionnelles consultatives du ministère de l'Éducation nationale : le référentiel des activités professionnelles (RAP) et le référentiel de certification du domaine professionnel (RCDP). Le référentiel des activités professionnelles, encore utilisé sous l'ancienne dénomination de référentiel de l'emploi ou de référentiel métier, décrit «*les activités professionnelles que sera appelé à exercer le titulaire du diplôme. Il s'appuie sur une analyse de l'activité et anticipe les évolutions de celle-ci*» [20]. Il doit comporter l'appellation du diplôme, la délimitation du champ d'activité (définition du métier, du contexte professionnel) et de la description des activités. En revanche, le référentiel des activités professionnelles ne décline pas des compétences, ces dernières sont définies dans le référentiel de certification du domaine professionnel. Anciennement appelé référentiel diplôme ou référentiel académique, il est consigné sur un document réglementaire qui «*décrit les compétences à atteindre dans le domaine professionnel. Il renvoie à la situation d'évaluation […] et fixe les limites de ce qui sera exigé du candidat aux épreuves techniques et professionnelles de l'examen.*» [21] Le RCDP repose sur deux catégories de descripteurs de compétences : les capacités et savoir-faire, les connaissances théoriques associées. Ces descripteurs correspondent à des composantes identifiées dans le concept de compétence. Ainsi conçus, ces référentiels sont complémentaires et s'inscrivent dans un processus : le RAP ou référentiel métier. En **amont** du processus de formation, le référentiel des activités professionnelles permet ainsi la construction du RCDP ou référentiel diplôme. Une fois construits, ces deux référentiels spécifiques prédéterminent respectivement la définition des principes et objectifs de formation, et celle du système d'évaluation. Ce modèle issu de l'Éducation nationale n'a pas encore son équivalent tant dans la formation des cadres de santé que dans celle des infirmiers diplômés d'État. En revanche, la méthodologie retenue pour l'élaboration de la réforme de la formation des aides-soignants, au printemps dernier, s'est bien inscrite dans cette logique de compétences en produisant le référentiel des compétences professionnelles à obtenir.

Pour autant, dans le cadre du projet RAMSES [22] l'Observatoire national des métiers crée un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, tous décrits par fiche-métier suivant une méthodologie unique. Ce répertoire devra déboucher sur la création de référentiels métiers spécifiques, notamment en ce qui concerne les professions de cadre de santé et d'infirmier. D'ailleurs, une étude prospective sur l'évolution des professions de santé vient d'être lancée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, toujours dans la continuité du projet RAMSES. Ainsi, la création de référentiels officiels des activités professionnelles, et de certification du domaine professionnel, permettra-t-elle, peut-être, d'harmoniser les pratiques de formation en réduisant la part d'implicite dans la prise de décision inhérente à l'acte évaluatif.

Par ailleurs, Michel VIAL avance le fait qu'un référentiel «*quand il ne se limite pas à un programme de savoirs, n'est au mieux qu'un ensemble d'objectifs, de critères de réussite, de normes du métier indiscutables. Il désigne le bon professionnel, l'idéal de la professionnalité et il sert à 'évaluer' l'étudiant en fonction des différences, des manques qu'on constate (et qu'on cherchera à mesurer) entre ses prestations et cette norme. On préférera alors l'expression de système de références*».[23] Il évoque le poids des référentiels implicites.

Alors de quoi parle-t-on s'agissant des référentiels implicites ? Contrairement aux précédents, ces référentiels, par définition, ne font l'objet d'aucune formalisation. Ce type de référentiel correspond davantage à un ensemble de normes, de modèles et de valeurs propres à l'évaluateur, et à partir desquelles il porte un jugement en vue de prendre sa décision. De telles normes correspondent plus souvent à un idéal individuel qu'à un standard, contrairement aux référentiels explicites. Ainsi, comme en atteste Charles HADJI, «*la mesure d'une grandeur variable : jugement de valeur par lequel on affirme qu'une réalité est plus ou moins digne d'estime, de validation, s'oppose au jugement de fait par lequel on vérifie la présence d'éléments attendus. Toute l'ambiguïté de l'évaluation est là*».[24] Le recours à un référentiel implicite dominant, amène l'évaluateur à étalonner ses attentes, en termes de résultats attendus, non plus sur un travail prescrit, mais sur un ensemble

[20] Cité par Françoise RAYNAL et Alain RIEUNIER, sources : CPC - Document, réf 93/1, ministère de l'Éducation nationale, in *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, Paris, ESF, 1997, Coll. Pédagogies, p 317.

[21] *Loc cit.*

[22] Projet RAMSÈS placé sous la responsabilité de Richard BARTHÈS, chargé de mission, Emploi/Formation, DHOS.

[23] Michel VIAL, Se former pour évaluer. Se donner une problématique et élaborer des concepts, Paris, De Boeck Université, 2001.

[24] In, *L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils*, Paris, ESF, 1993, Coll. Pédagogies.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

de représentations modales collectives et individuelles, de jugements de valeurs, ensemble relevant essentiellement de l'implicite. D'ailleurs, pour pallier une subjectivité qu'ils pressentent, les évaluateurs utilisent le plus souvent des outils d'évaluation. Ceux-ci constituent un support concret de mesure entre les performances attendues et celles observées. Mais, le recours aux outils d'évaluation, s'il est indispensable, ne préserve pas ipso facto de la subjectivité. Tout dépend de la façon dont sont élaborés et utilisés les outils d'évaluation d'une part, et de la prise de conscience de la notion de référentiel implicite en tant que système de valeurs personnelles d'autre part. Il s'agit alors non pas de vouloir éradiquer la subjectivité, ce qui serait complètement illusoire, mais de la « dompter », de la rationaliser. Et prendre conscience du poids de l'implicite dans l'évaluation (surtout l'évaluation normative) ne va pas de soi, et n'est jamais acquis définitivement. Cela requiert un travail sur soi permanent, une capacité à distinguer les indicateurs de subjectivité, en même temps que l'on évalue une performance. C'est dire aussi que cela implique d'accepter la « faiblesse », les erreurs dans lesquelles tout évaluateur tombe forcément. Car, si l'implicite est un facteur de divergence et porte atteinte à l'efficience des pratiques évaluatives, il est vain de vouloir l'éradiquer comme l'évoque Gérard FIGARI : « *Il n'est pas envisagé d'évaluation sans recours implicite ou explicite à un système de références. Les incertitudes ou les divergences portent plutôt sur la façon dont on peut accéder à ce système de références qu'on appellera alors peut-être 'référentiel'* ».[25] Plus un évaluateur passera d'un système de références implicites à un référentiel explicite, plus il réduira la part aléatoire de tout acte d'évaluation. C'est donc dans cette démarche conscientisée, qui consiste à recourir à un référentiel explicite valide et à utiliser des outils en adéquation avec ce référentiel, que l'évaluateur gagnera en efficience. La capacité de créer et d'utiliser des outils d'évaluation fiables et pertinents est donc un prérequis pour l'évaluateur. Aussi, est-il très important de ne pas confondre référentiel et outil.

Un outil d'évaluation est un instrument de mesure qui permet de juger un résultat ou une performance d'apprentissage (résultat observé) par rapport à un résultat attendu. Comme tout outil, il doit être valide et fiable, c'est-à-dire qu'il doit être adapté à l'objet d'évaluation, et si on renouvelle la même mesure, il doit permettre d'obtenir le même résultat. Concrètement un outil d'évaluation est constitué de critères, d'indicateurs et d'items. Les critères correspondent à des niveaux d'exigence sur lesquels s'applique une échelle de valeur. C'est à partir des critères que la décision (le plus souvent la note) est prise. Généralement un critère nécessite des indicateurs pour apprécier si le niveau attendu est atteint ou non. Un critère se décline donc en *faisceau d'indicateurs* (L. ALLAL, 1988). Les indicateurs sont des éléments significatifs, repérables et mesurables dans un ensemble de données recueillies à partir de l'objet d'évaluation. Les indicateurs permettent d'instrumenter l'acte évaluatif. Ils doivent toujours être référés à un critère. Enfin, les indicateurs peuvent eux-mêmes se décliner en items, quoique ces deux termes soient souvent utilisés dans une même acception. Le rôle de l'item est instrumental, il est surtout utilisé dans l'évaluation sommative. Il a une fonction essentiellement quantitative : un score est attribué à chaque item, en fonction du critère ciblé, permettant la notation. Cette technique est souvent utilisée dans le multiquestionnaire.

Ainsi, pour rédiger les indicateurs et items, les concepteurs d'un outil d'évaluation doivent respecter un niveau d'expression (choix des termes, syntaxe, style) qui joue un rôle prépondérant dans la réussite des évalués. Le choix des critères et la qualité de la formulation des indicateurs et des items conditionnent l'efficience de l'outil. Quelle que soit sa forme, un outil d'évaluation doit toujours se construire à partir d'un référentiel (métier ou examen).

Pour être valide, un outil d'évaluation doit cibler l'activité clé pour laquelle il est utilisé. Il doit donc comporter les critères de résultats correspondants et les indicateurs permettant d'apprécier si ces critères sont atteints. Le plus souvent, un outil d'évaluation n'évalue pas directement les capacités, habiletés et compétences, il évalue les critères de réussite de l'activité, activité qui elle requiert forcément la compétence attendue. Par exemple, dans la formation en soins infirmiers, les différents outils à élaborer pour satisfaire aux exigences de l'évaluation continue sont les grilles de corrections des cas cliniques et des multiquestionnaires, les grilles d'observations pour les mises en situation professionnelle (MSP) et les rapports de stages (document officiel national).

S'agissant de l'évaluation finale, outre la grille d'évaluation de MSP, il y a une grille d'évaluation du travail écrit de fin d'études (TFE). Ainsi, pour faire l'objet d'une évaluation pertinente, les devoirs évaluant les enseignements théoriques et les corrigés de ces évaluations doivent-ils être en parfaite cohérence avec les objectifs du module correspondant. De même, les grilles d'évaluation des MSP doivent comporter les critères de résultats en cohérence avec les objectifs de stage. Quant à la grille d'évaluation du TFE elle doit mesurer, à partir de critères de résultats et d'indicateurs correspondant, l'atteinte des objectifs pédagogiques fixés pour ce travail.

[25] In *Évaluer : quel référentiel ?,* Bruxelles, De Boeck Université, 1994, Coll. Pédagogies en Développement.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Dans la très grande majorité des IFSI, il s'agit de l'élaboration d'un travail d'initiation à la recherche. Les critères et indicateurs de résultats devront donc porter sur les étapes d'un travail d'initiation à la recherche et non sur les aptitudes, et capacités d'une posture de recherche. Ensuite, pour être fiable, un outil doit donner la même mesure chaque fois qu'il est utilisé. C'est-à-dire, que dans l'absolu, des évaluateurs différents utilisant le même outil pour la même performance devraient obtenir le même résultat. Or, de nombreux travaux en docimologie ont démontré la grande variabilité de résultats d'évaluation pour une performance donnée. C'est la prédominance d'utilisation d'un référentiel implicite, qui pour une grande part, explique ce phénomène. Référentiels explicites et outils d'évaluation contribuent donc significativement à la professionnalisation des étudiants par l'efficience des pratiques évaluatives, dans la mesure où les compétences à visée professionnelles doivent être évaluées. Mais bien d'autres facteurs régissent l'acte d'évaluer. Pour compléter l'étude des déterminants de l'évaluation des compétences à visée professionnelle, une approche sur le processus d'évaluation s'impose.

Évaluer, un processus complexe

Évaluer consiste à «*recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables, et à examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'information et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés ou réajustés en cours de route, en vue de prendre une décision*» [26]. Le concept d'évaluation renvoie à plusieurs notions telles que la mesure, le contrôle, la notation. Pour François RAYNAL et Alain RIEUNIER évaluer «*n'est pas mesurer, mais pour évaluer il faut d'abord prendre une mesure. Puis par rapport à un cadre de référence implicite ou explicite, on porte un jugement en vue de prendre une décision. La mesure est un rapport entre une unité étalon et une quantité attribuée par l'intermédiaire d'un instrument*». La mesure renvoie au contrôle, lequel suppose une correspondance, voire une homogénéité entre le *modèle-norme* (J. ARDOINO, 1986) antérieur et extérieur à l'opération de contrôle proprement dite, et les éléments que l'on y compare. Le questionnement de l'évaluateur est alors unique et monoréférentiel. Les affinités entre contrôle, mesure et quantitatif sont incontestables. S'agissant de la notation, une constante retrouvée dans le processus d'évaluation, et plus encore dans la fonction de contrôle, la littérature fait état de jugement chiffré s'appuyant sur des bases normées et apparemment rationnelles pour sanctionner une performance ou un résultat. Jean-Pierre GUILFORT considère la notation comme «*assignant un nombre à un objet ou à un événement selon une règle logiquement acceptable*». Pour Jean CARDINET[27], la notation est un «*message qui devrait avoir une signification claire pour celui qui la reçoit. Or souvent le noté a une perception décalée de ce message.*» Il s'interroge sur le retour fait aux étudiants pour guider leur apprentissage et dans quelle mesure la note n'est-elle pas un moyen de pression ? Selon lui, la note est le vecteur d'une codification toujours ambiguë. L'apport de la docimologie a été un atout majeur dans la compréhension des problématiques de l'évaluation en ce que les travaux issus de cette science ont objectivé que les **notes ne sont pas fiables** compte tenu de la variabilité d'un évaluateur à l'autre, des effets parasites à l'insu de l'évaluateur et des exigences et systèmes de référence propres à chaque évaluateur (ceci renvoie au système de référence implicite dépeint précédemment). L'évaluation est ***socialement conditionnée*** (P. MERLE, 1998) par le poids des déterminants personnels et professionnels, les effets du statut scolaire et du statut social. **Les pratiques d'évaluation ont des sens fluctuants** par la comparaison des évalués les uns par rapport aux autres et par les messages cachés. Par exemple, lors d'une MSP, à prestation identique, un étudiant obtiendra-t-il la même note s'il est seul à être évalué ou bien s'ils sont deux à l'être ? Et que dire de la MSP du diplôme d'État ? Dans le cadre de cette réflexion il ne s'agit pas de présenter une typologie exhaustive des types d'évaluation existant, mais de délimiter les différentes formes d'évaluation que rencontre le formateur en soins infirmier, afin de mieux cerner la problématique.

Les pratiques évaluatives peuvent se regrouper en deux grands domaines : l'évaluation formative et l'évaluation normative. L'évaluation formative a pour but d'apprécier si l'étudiant a atteint les objectifs pédagogiques fixés par le formateur à partir d'une démarche diagnostique. Elle est conçue en référence à la pédagogie différenciée, selon laquelle, chaque étudiant apprend à sa manière, son rythme, possède ses atouts, et rencontre des difficultés qui lui sont propres. Une évaluation formative adéquate permet à l'étudiant de prendre conscience de ses difficultés, de ses erreurs, mais aussi de ses ressources et de ses progrès. Elle est en ce sens un puissant vecteur d'autonomie dans l'apprentissage et dans le processus de professionnalisation. L'évaluation formative n'est donc pas une évaluation qui mesure des performances. Même si elle cherche à évaluer les produits de l'apprentissage (résultats obtenus), elle évalue le processus d'apprentissage mis en œuvre par l'étudiant. Sa spécificité tient au fait qu'elle **ne doit jamais donner lieu à une notation ou sanction**, ce qui la différencie radicalement de l'évaluation normative.

[26] Jean-Marie DE KETELE, François-Marie GÉRARD et Xavier ROGIERS, in «L'évaluation et l'observations scolaires, deux démarches complémentaires», *Éducations*, n° 12, 1997, p 34.

[27] Jean CARDINET, «Le but de l'évaluation», in BONNIOL J-J., VIAL M., *Les modèles de l'évaluation*, *Textes fondateurs avec commentaires*, Paris, De Boeck Université, 1997.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Si cette étude cible l'évaluation normative, pour autant nous voyons que l'évaluation formative, qui s'inscrit dans les missions du cadre de santé formateur comme du cadre de santé gestionnaire, requiert des connaissances et aptitudes spécifiques à l'acte évaluatif. Charles HADJI précise que pour un étudiant «*Il peut lui être difficile de distinguer les moments d'apprentissage et les moments d'évaluation. Or l'erreur est permise dans le premier cas, elle est sanctionnée dans le second.*» [28] Être capable de faire cette distinction est essentiel pour ne pas amalgamer évaluation formative et évaluation normative. L'évaluation normative est une évaluation qui sanctionne positivement ou négativement une activité d'apprentissage en vue de comptabiliser ce résultat dans une visée définie. Elle a pour fonction première d'exercer un rôle de sélection sociale en référence à une norme établie, en attribuant une note, une appréciation ou une décision à une performance observée à partir d'un objet d'évaluation. L'évaluation normative se subdivise en plusieurs types, en fonction de la nature de la décision d'une part, et de sa finalité d'autre part. Ainsi distingue-t-on l'évaluation continue qui permet par des contrôles et examens successifs d'évaluer le déroulement d'une formation, de l'évaluation finale qui vise, elle, à décerner un certificat ou un diplôme. On parle alors dans ce cas d'évaluation certificative ou diplômante. En outre, on distingue aussi l'évaluation sommative lorsque les résultats de chaque évaluation sont comptabilisés pour l'évaluation continue. C'est le cas de l'évaluation continue des étudiants infirmiers.

Ces quelques précisions sémantiques servent à situer l'acte évaluatif et son impact en terme de fonction de sélection sociale. Et selon Charles HADJI, «*faire le pari de la certitude évaluative, c'est croire que le correcteur en son essence même d'examinateur pur, délivré de ce qui corrompt cette essence, est une machine à mesurer objectivement les copies. Que penser d'un instrument de mesure sensible au contexte social de la mesure ? Il devient clair qu'il est inutile de s'acharner à rendre l'évaluation objective comme le serait une mesure*» [29]. Ainsi, tout évaluateur remplit-il deux rôles sociaux : celui de pédagogue lorsqu'il facilite l'apprentissage et le processus de professionnalisation du futur professionnel, et celui de «sélectionneur social» à l'issue de l'évaluation normative, lorsqu'il attribue des notes dans le cadre de ses pratiques évaluatives. Il est important de souligner l'impact de ces rôles sociaux et de s'interroger tout à la fois sur la conscience qu'a l'évaluateur de ces rôles, et sur la certitude qu'il porte à ses pratiques évaluatives.

Si l'on s'appuie sur l'éclairage de ces auteurs, il apparaît clairement qu'on ne peut pas évaluer des compétences sans s'intéresser au transfert des connaissances théoriques associées à une situation concrète, qu'elle soit réelle ou simulée. Mais aussi l'évaluation des compétences passe-t-elle par l'élaboration et l'utilisation de référentiels explicites et d'outils d'évaluation construits à partir de critères de résultats. Il s'agit d'évaluer une capacité à mobiliser de la théorie pour prendre une décision ou résoudre un problème. L'évaluation des compétences à visée professionnelle doit (ou devrait) constituer une finalité explicite dans la conception des programmes de formation professionnelle. De fait, l'évaluation des compétences à visée professionnelle représente un «iceberg» dont la face cachée est immergée dans l'action, où le problème du passage d'un corpus de savoirs à un corps de savoir-faire et de savoir agir est prépondérant.

Si l'on se réfère à la théorie de Guy Le BOTERF, pour rendre opérationnelle l'évaluation des compétences individuelles à visée professionnelle, l'évaluateur doit intégrer obligatoirement trois axes dans sa démarche évaluative :
- l'évaluation des ressources personnelles (par catégorie de ressources),
- l'évaluation du degré de réflexivité (identification de famille de situations, connaissance de ses ressources et capacité à les utiliser),
- l'évaluation des pratiques et ressources utilisées (observation en situation réelle ou simulée à partir des critères de résultats).

Si un seul de ces axes est absent, l'évaluation ne sera que partielle et non prédictive de la compétence visée. Toute cette approche visant à appréhender les déterminants de l'évaluation des compétences met en exergue l'importance de l'évaluation au regard de ses effets et de ses différentes fonctions. Il est important de travailler l'évaluation par l'entrée pédagogique car c'est bien là que les pédagogues ont le plus de possibilités d'innovation et de transformation. Il devient incontournable de développer la logique de formation en repérant les proximités de la logique sociale (C. DELORME, 1987). Nous voyons dès lors l'impact et les enjeux que peuvent représenter les pratiques évaluatives au sein d'une société.

Les enjeux actuels de l'évaluation en formation des professionnels de santé

Impact sur les compétences des formés

La qualité de la formation des professionnels de santé est un enjeu majeur dans un système de santé et peut devenir un atout dans le choix et l'élaboration des politiques de santé. Si l'on se place du côté des futurs professionnels à former, j'entrevois deux types d'enjeux : des enjeux de santé publique et des enjeux économiques et politiques.

[28] In, *L'évaluation démystifiée*, Paris, ESF, 1997, Coll. Pratiques et enjeux pédagogiques.

[29] *Ibid*.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En effet, dans un pays où de profondes réformes s'engagent, comme nous l'avons vu précédemment, comment accompagner les changements, engager l'adaptation sociale si les compétences des protagonistes sont insuffisamment indexées aux réformes et si la culture professionnelle ne suit pas les évolutions attendues ?

Si l'on reprend les points les plus problématiques actuels, le plan Hôpital 2007 inscrit les acteurs de santé dans de nouvelles références culturelles mettant à mal leurs valeurs humanistes dans la mesure où les données économiques deviennent omniprésentes, et introduisent une nouvelle donne, celle de la productivité et rentabilité. Si la formation en soins infirmiers n'intègre pas ces nouveaux enjeux, comment les étudiants infirmiers pourront-ils devenir compétents ? Par exemple, aujourd'hui il n'est plus possible de ne pas resituer une situation de soins dans le processus de production de soins qui la génère. Cela devient de la compétence infirmière que d'intégrer la notion de production de soins, de trajectoire patient etc. L'évaluation devra donc viser cette nouvelle compétence.

Plus généralement, partant du postulat qu'un étudiant rythme son apprentissage et oriente le développement de ses compétences à visée professionnelle sur ce qu'il suppose que l'évaluateur attend de lui, la formation peut agir sur trois axes dans une politique de santé : la réduction des coûts de santé, l'amélioration du volet sécuritaire et la satisfaction des bénéficiaires et prestataires des soins. Comment peut-on par la seule formation impacter ces trois priorités aussi fondamentales ? En ciblant les objectifs pédagogiques sur le développement de compétences permettant l'atteinte de telles priorités, en organisant les activités clés correspondantes et en évaluant ces compétences à partir des critères de résultats pertinents. Ainsi, de futurs infirmiers sensibilisés et formés à la prévention, l'éducation à la santé, intégrant «l'esprit santé publique» la responsabilisation et la citoyenneté dans leurs *savoir agir, et vouloir agir* (Le BOTERF, 1994) pourront contribuer à la réduction des coûts de santé. De même, des objectifs pédagogiques centrés sur la gestion des risques, la prévention de la violence et la négligence dans les soins, par le même raisonnement, contribueront pour une part à l'amélioration du volet sécuritaire. S'agissant des maîtrises des politiques de santé, de l'amélioration des pratiques, les objectifs pédagogiques des enseignements théoriques concernés et l'initiation à la recherche peuvent également jouer un rôle important en développant (et donc in fine en évaluant) les capacités de raisonnement, de réflexivité et d'analyse de pratiques. Reste alors à engager des réformes d'études en santé et développer les compétences des formateurs aptes à répondre à ces enjeux.

Impact sur les compétences des formateurs

Si les nouveaux professionnels de santé voient une évolution dans les compétences à développer, leurs formateurs doivent eux aussi faire évoluer leurs compétences et tout particulièrement celles qui sont requises pour évaluer les compétences à visée professionnelle. Ainsi, comme pour les futures infirmières, la qualité de la formation des professionnels qui vont les former est également un enjeu dans le système de santé. L'actuel dispositif de formation des cadres de santé, principaux évaluateurs des étudiants infirmiers, repose essentiellement sur le projet pédagogique. Cette entité juridiquement obligatoire, formalise l'orientation pédagogique que prend l'institut pour conduire la formation et dispenser le programme officiel des études. Et c'est à partir du fondement institutionnel que chaque IFCS peut développer sa marge de manœuvre, en orientant son projet pédagogique selon les valeurs et principes auxquels il adhère, dans le respect du cadre juridique et du programme de formation d'une part, des valeurs et principes dans lesquels il se reconnaît d'autre part. Dans le cadre d'une telle marge de manœuvre, un IFCS a la latitude de prioriser un axe de formation donné. Ainsi, peut-il dégager un thème prioritaire tel que l'évaluation. Il peut notamment contracter un partenariat universitaire, type sciences de l'éducation pour asseoir ce choix pédagogique[30]. Ceci montre d'ailleurs qu'en fonction de l'université choisie, un IFCS peut s'orienter davantage sur le management ou sur la formation.

Au delà des particularités liées à un engagement universitaire, l'exploration du programme de formation des cadres de santé permet d'identifier quelques éléments formulant explicitement des attentes ou exigences vis-à-vis de l'évaluation. Ainsi, le préambule aux contenus de formation précise-t-il que celle-ci doit préparer les étudiants cadres de santé à assumer pleinement leurs responsabilités dans l'exercice de leurs futures fonctions, notamment par l'étude des outils et techniques d'évaluation propres à chaque filière professionnelle. Outre cette mention, les modules dédiés à la fonction d'encadrement (module 4) et à la fonction de formation (module 5) comportent des contenus ciblés sur l'évaluation. De même l'un des objectifs du module 4 porte sur l'évaluation de la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers. Pour atteindre cet objectif, des apports théoriques doivent être réalisés : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, évaluation et notation, procédures et protocoles d'activités professionnelles, démarche d'assurance qualité, évaluation qualitative et quantitative des prestations professionnelles. Si ces éléments ne concernent pas directement l'évaluation des étudiants infirmiers, ils intéressent néanmoins l'activité évaluative et sont transférables sur l'encadrement des étudiants en stage.

[30] Cf. article 23 du décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, *J. O.* du 20 août 1995.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Quant au module 5, ses objectifs portent sur la capacité à identifier les besoins en formation des étudiants, la participation à leur formation et l'évaluation de leurs résultats. Les contenus de formation préconisés pour développer de telles capacités sont les méthodes et méthodologies d'évaluation, la démarche de certification, l'évaluation qualitative et quantitative de la formation professionnelle initiale et continue.

Au regard de l'ensemble des apports théoriques codifiés dans le programme, ceux abordant le thème de l'évaluation représentent 0,03 % sur l'activité évaluative. Cette faible proportion peut interpeller, même si l'activité évaluative repose uniquement sur le concept d'évaluation. Si l'on y regarde de plus près, le thème de l'évaluation peut être développé en transversalité dans les enseignements à dispenser sur l'ensemble des autres modules de formation, notamment à travers des notions de psychologie, sociologie, organisation, management, mais aussi, depuis l'apprentissage de démarches et de méthodes en santé publique et en recherche appliquée. D'un point de vue quantitatif, pris dans cette transversalité, la proportion d'enseignements en lien avec l'activité évaluative passe à 24 % du total des contenus d'enseignements. Ainsi, lorsque le projet pédagogique institutionnel vise seulement à respecter le programme tel qu'il est défini dans l'arrêté du 18 août 1995, sans objectifs de formation ciblés sur la formation aux pratiques évaluatives, le futur cadre de santé risque-t-il de n'avoir que quelques enseignements spécifiques le formant à l'acte d'évaluer. Pour autant, une orientation qui vise à privilégier la mission d'évaluation du cadre de santé, ne peut se concrétiser que dans la mesure où celle-ci est le fruit d'une volonté affirmée de former aux pratiques évaluatives. Nous voyons alors en quoi l'orientation formalisée sur le développement de la culture de l'évaluation et des compétences évaluatives devient un enjeu majeur, convergeant et interdépendant avec les enjeux de formation en soins infirmiers. La mise en perspective de tous ces enjeux montre qu'il faut agir sur deux niveaux d'acteurs les futurs infirmiers et les professionnels déjà en place que sont les évaluateurs.

Il est donc important de souligner l'impact des enjeux actuels de l'évaluation des compétences en formation des professions de santé, du rôle social de l'évaluateur, et de s'interroger tout à la fois sur la conscience qu'a l'évaluateur de ces enjeux et rôles, et sur la certitude qu'il porte à ses pratiques évaluatives.

L'approche théorique a mis en exergue en quoi la logique de compétence est un vecteur essentiel pour garantir la qualité des pratiques évaluatives, et par là même contribuer à améliorer la qualité des soins dispensés. Ainsi posé, ce cadre théorique constitue les fondements de l'étude de terrain.

ACTIVITÉ ÉVALUATIVE RÉINTERROGÉE PAR LA RECHERCHE

Ce deuxième axe de réflexion a pour objectif de situer l'ancrage concret dans lequel s'inscrit cette étude engagée depuis quatre ans. L'intention n'est pas de communiquer un rapport d'étape de recherche, mais plutôt de mettre en relief la construction de la problématique à partir d'une analyse de pratiques évaluatives. Il s'agira donc de présenter un état des lieux de la connaissance en matière d'évaluation normative et un état des lieux sur les pratiques évaluatives en formation infirmière afin d'expliciter la construction du problème de recherche.

État de la connaissance

Dans la littérature

Le précédent chapitre, dans les regards croisés sur les concepts abordés, se réfère à la littérature et donne une vue partielle de l'état de la connaissance sur ces concepts. L'objectif de ce développement est de faire le point sur la démarche de recherche engagée à l'occasion de cette étude. J'ai axé mes recherches bibliographiques, dans une visée large, sur la question de l'évaluation en éducation et formation : sciences de l'éducation, sociologie, psychologie cognitive, anthropologie. Sur l'ensemble de l'exploration documentaire consultée, j'ai retenu 52 ouvrages et 73 articles ; parmi ceux-ci, 2 ouvrages et 56 articles sont en lien direct avec la formation et/ou la pratique professionnelle infirmières et répertoriés autour des trois concepts fondateurs. Il apparaît que c'est le champ de l'éducation (issue de l'enseignement général) qui a le plus fait l'objet de travaux scientifiques. La recension des écrits a montré la prégnance des publications en lien avec l'enseignement général, la formation des enseignants. Le travail de lecture sur l'évaluation et ses corrélats a permis de repérer différentes positions sur la conception même de l'évaluation. Tout d'abord est dénoncée l'évaluation en tant que référence à des normes sociales absolues ou relatives et se confondant avec le contrôle, les notions d'outil/mesure et la docimologie. Ensuite, la notion de référentiel (référentialisation, référenciation) a fait l'objet de plusieurs travaux et a été théorisée. De même la subjectivité de l'évaluateur, l'intersubjectivité des situations d'évaluation prévalant sur l'objectivité de l'évaluation qu'ont revendiqué et que revendiquent encore bien des évaluateurs. Enfin, au regard des écrits explorés, il ressort très nettement une complexification de l'évaluation, et notamment trois caractéristiques sont fréquemment décrites : multidimensionnalité, pluriréférentialité (référentiels hétérogènes, divergents, voire contradictoires) et contextualisation.

Globalement, l'analyse de ces écrits met en perspective la question de l'évaluation à travers une vision qui dépasse la seule préoccupation méthodologique et qui s'inscrit dans une approche véritablement épistémologique.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Toutefois, en proportion nettement moindre, des formations professionnelles dans le domaine de l'entreprise ont fait également l'objet de travaux sur les compétences, la professionnalisation, le professionnalisme et la gestion des compétences. En revanche, l'évaluation des compétences en formation reste encore un champ peu investi. S'agissant de cette thématique appliquée aux formations des professions de santé, seuls Guy Le BOTERF, Michel VIAL et Philippe PERRENOUD s'y sont penchés. Par ailleurs, l'exploration des publications professionnelles dans le champ des professions de santé a-t-elle été peu fructueuse. C'est dire qu'un vaste champ reste à explorer en ce domaine ! D'ailleurs, à l'issue de ce travail de lecture, j'ai peu trouvé de points de vue sur la posture d'évaluateur, et la dimension éthique qui lui est sous-tendue, or cette dimension est, me semble-t-il, indissociable de l'acte d'évaluer. Enfin, les effets de l'évaluation telle qu'elle est conduite dans les pratiques évaluatives en général et le rôle de l'évaluation normative dans l'apprentissage des étudiants infirmiers en particulier, sont également peu ou pas abordés dans la littérature professionnelle, quant aux **liens entre la formation et l'évaluation,** c'est un aspect résolument absent **; il apparaît donc bien pertinent d'y consacrer une recherche**, comme en atteste Gérard FIGARI, «*on attend aussi de la recherche sur l'évaluation qu'elle invoque ou qu'elle crée des concepts pour réfléchir sur les liens entre formation et évaluation et, en l'absence de théorie générale de référence, qu'elle construise des questionnements qui permettent de mieux comprendre les effets qu'elle mesure et ceux qu'elle provoque.*» [31]

En ce qui concerne l'exploitation des auteurs issus du champ de la santé, il semblerait que les pratiques évaluatives aient peu inspiré en tant que telles les auteurs. La plupart des écrits appréhendent un objet d'évaluation, ou initient une réflexion sur l'exercice professionnel, sur les compétences infirmières, sur les savoirs transmis et les savoirs spécifiques… ils n'abordent qu'indirectement et partiellement l'évaluation dans la formation.

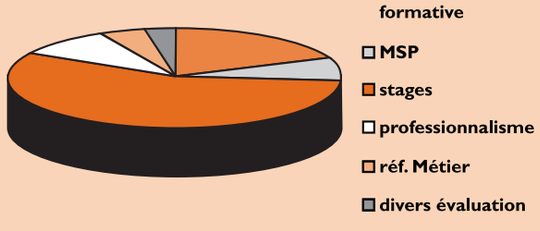
Certes, l'écriture professionnelle n'est pas encore véritablement inscrite dans les *habitus* (au sens bourdieusien) infirmiers, pour autant, un certain nombre d'infirmières s'est engagé dans des travaux de recherche dans le cadre de cursus universitaires. De plus, tous les étudiants cadres de santé doivent produire un mémoire de recherche pour obtenir leur diplôme, en conséquence j'ai interrogé la littérature grise à la recherche de travaux sur l'évaluation.

Les travaux issus de la littérature grise

Ce sont les travaux non publiés, il a donc fallu partir en quête de mémoires relatifs à l'évaluation en IFSI. Pour cela j'ai effectué une recension des mémoires ayant trait à ce thème et réalisés par des infirmiers ou des formateurs en soins infirmiers, eux-mêmes en formation dans les Instituts de Formation de Cadres de Santé (IFCS), ou à l'Université. J'ai pu consulter 27 listes de mémoires d'IFCS (sur 38 en France. En revanche, le peu de retours des Universités sollicitées a été un obstacle pour retenir des éléments significatifs. Cette prospection, m'a permis de recenser 184 mémoires portant sur la formation en soins infirmiers parmi plus de 1 600 mémoires soutenus sur les trois années considérées (2000 à 2003).

On constate une proportion d'écrits sur la formation infirmière particulièrement faible, quant à la question évaluative elle ne concerne que 64 mémoires. Il faut resituer ceci dans son contexte : pour ces trois années, le nombre d'étudiants cadres ayant une expérience et/ou un projet de formation en soins infirmiers représente en moyenne de 10 à 15 %. En revanche, tous les étudiants cadres de la filière infirmière sont concernés par les situations d'évaluation telles que les MSP, les stages et le Diplôme d'État Infirmier. Ce contexte se reflète dans la répartition des thèmes sur l'évaluation qui se regroupent autour des MSP, de l'évaluation formative, des stages, du professionnalisme, du référentiel métier et deux mémoires abordent la question évaluative sous un aspect plus générique.

Répartition des mémoires Cadres sur l'évaluation en formation infirmière



Les situations d'évaluation autour des stages sont celles qui préoccupent le plus les futurs formateurs en soins infirmiers ou les cadres d'unité de soins. Les notions les plus abordées dans ces mémoires sont par ordre décroissant :
- la notation et l'appréciation de stage,
- l'utilisation des grilles d'évaluation,
- l'identité professionnelle,
- la dimension professionnelle et le référentiel utilisé.

[31] Gérard FIGARI, In, *L'activité évaluative réinterrogée, Regards scolaires et socioprofessionnels*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, Coll. Pédagogies en Développement.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

L'état des écrits professionnels consultés est assez représentatif des articles professionnels explorés. Certes, le statut de ces travaux relève de l'initiation à la recherche et leur caractère scientifique n'est pas garanti. Néanmoins leur exploration est intéressante car d'une part, elle offre des potentiels en terme de bibliographie présentée et de réflexion sur l'objet de recherche, et d'autre part elle est un indicateur des préoccupations des professionnels en la matière.

Il sera intéressant de confronter ces préoccupations, l'état de la bibliographie, avec les l'analyse des pratiques évaluatives sur le terrain.

Pleins feux sur les pratiques évaluatives dans la formation en soins infirmiers

Pour mieux interroger les pratiques évaluatives, il convient de caractériser les protagonistes de l'évaluation et les situations d'évaluation. Cette focale permettra ainsi de mieux comprendre le processus de construction de l'objet de recherche.

Les protagonistes de l'évaluation

L'évaluation continue et finale de la formation conduisant au DEI met en scène des évaluateurs et des évalués. S'agissant des évalués, pourtant protagonistes essentiels, leur rôle dans les situations d'évaluation est a priori plus passif. Le rôle d'acteur reste bien dévolu aux évaluateurs en tant que sujet, alors que celui conféré aux évalués se profile plus en arrière plan, ceux-ci ayant davantage un statut d'objet tel qu'il est défini dans la théorie du *triangle pédagogique* (J. HOUSSAYE, 1988). C'est pourquoi, je ciblerai cette approche sur les deux principales catégories d'évaluateur : les cadres de santé formateurs en IFSI et les responsables d'encadrement sur les terrains de stage.

Les cadres de santé chargés d'enseignement, encore dénommés cadres de santé formateurs, sont les formateurs permanents présents dans les IFSI. Leur rôle d'évaluateur, concrétisé par des activités d'évaluation, est influencé par divers déterminants : des déterminants initiaux marqueurs de leur culture professionnelle d'origine (infirmière), des déterminants institutionnels marqueurs de l'IFSI dont ils dépendent, des déterminants personnels marqueurs de leur cursus professionnel et de leur histoire personnelle. Ces déterminants, en même temps qu'ils influencent les pratiques évaluatives, **induisent des enjeux de pouvoirs et de contre-pouvoirs**. Ils entretiennent notamment un rapport de forces dans les relations pédagogique et institutionnelle. Parmi ces « marqueurs », nous trouvons celui inhérent à la formation de cadre de santé reçue. Ceci est d'autant plus important en ce sens que, l'équipe pédagogique étant garante de la qualité de la formation et responsable de sa mise en œuvre, le poids de la décision prise lors d'une évaluation en terme d'appréciation, de notation et de validation, est généralement prépondérant lorsqu'il y a des co-évaluateurs.

S'agissant des responsables d'encadrement sur les terrains de stage, ces différents évaluateurs sont ceux que l'étudiant infirmier rencontre sur les lieux de stage. Leur fonction première est celle d'encadrement et de répétition au sens de « montrer ». Le rôle qui leur est prioritairement dévolu est celui de tuteur. Cependant un aspect fondamental modifie la notion de maître de stage sous-jacente au tutorat : celle de la multiplicité des terrains de stage dans un cursus d'études infirmières. En effet, contrairement à une organisation par alternance où l'apprentissage est de type compagnonnage avec un seul maître de stage tout au long de la formation, la répartition des stages sur quinze à vingt terrains différents, avec pour chacun d'eux des référents pluriels le plus souvent, démultiplie dans la même proportion les évaluateurs. Il en résulte pour l'étudiant une mosaïque de modèles mais aussi « d'anti-modèles » dans l'apprentissage des soins infirmiers et dans le développement de leurs compétences à visée professionnelle. Du coup, pour ces responsables d'encadrement, le fait d'accueillir en stage des étudiants de plusieurs IFSI marqués par des spécificités institutionnelles différentes, rend de plus en plus difficile les points de repère à asseoir en regard du niveau à atteindre pour un étudiant donné. Ce contexte complexifie l'évaluation des compétences et favorise bien évidemment le recours à des systèmes de références implicites, propres à chaque évaluateur. En outre, il faut distinguer dans cette catégorie d'évaluateur les infirmières qui assurent l'encadrement des étudiants stagiaires sous la responsabilité du Cadre de santé, et le Cadre de santé lui-même. Ces deux types de professionnel co-évaluent les étudiants accueillis en stage, ce qui introduit une dimension supplémentaire dans les rapports entre les évaluateurs, complexifiant les rapports d'enjeux et de pouvoirs. Mais encore, contrairement aux cadres de santés formateurs qui assurent les évaluations sur les trois années de la formation, la discontinuité entre tous les évaluateurs du terrain majore les différences, voire divergences d'attentes vis à vis des tâches à accomplir, du niveau d'exigence requis, et de la représentation d'une tâche réussie.

Enfin, en ce qui concerne les autres catégories d'évaluateurs qui participent à l'évaluation des étudiants infirmiers, nous trouvons les médecins et les personnes qualifiées dans un domaine professionnel précis. Ces acteurs ont un rôle ponctuel qui concerne l'évaluation de certains contenus d'enseignement théoriques et le TFE. Cette distinction a son importance car, une fois encore, elle nous montre le rôle que peut aussi avoir un cadre de santé formateur dans sa capacité à informer et impliquer des acteurs plus ponctuels de l'évaluation continue et finale dans ses stratégies managériales.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En effet, dans cette pluralité d'acteurs, nous pouvons dès lors mesurer le rôle clé du cadre de santé, et voir en quoi celui-ci est le premier protagoniste du système d'évaluation. Cela renvoie bien à l'importance du dispositif de formation des cadres de santé avec la place que l'évaluation peut y occuper. D'autre part, cela permet aussi d'entrevoir qu'une stratégie qui vise à agir sur la formation des cadres de santé peut impacter sensiblement la réponse aux besoins de formation de futurs infirmiers, aptes à honorer la demande en soins, constamment évolutive, des populations.

Face à l'importance et aux enjeux de l'évaluation dans un dispositif plus large des formations sanitaires, nous pouvons soulever d'ores et déjà les interrogations suivantes : **quelle formation à l'évaluation ces professionnels évaluateurs ont-ils reçu ? Quelles postures d'évaluateur tiennent-ils ? Quelle réflexion conduisent-ils face à l'évaluation ? S'engagent-ils dans une démarche d'analyse de leurs pratiques d'évaluation ? Quelles représentations se font-ils des évalués ?**

Contrairement aux évaluateurs, on ne peut distinguer différentes catégories d'évalués, si ce n'est dans leur niveau de formation : étudiant infirmier de 1ère année, de 2ème année ou de 3ème année… Le dénominateur commun à chaque évalué tient au fait qu'ils ont tous un même statut d'étudiant professionnel, mais aussi et surtout, ils ont un souci permanent de «décrypter» ce qui est attendu pour réussir dans la formation. Le quotidien d'un étudiant est bien souvent l'ajustement, plus ou moins conscientisé, d'une stratégie d'apprentissage pour atteindre «l'attendu, ou le supposé attendu». Comme je l'ai abordé précédemment, l'évaluation normative rythme et conditionne l'apprentissage volontaire des étudiants, elle est un aspect déterminant de la formation. En revanche, nonobstant ce dénominateur commun, tous les évalués sont aussi marqués par des déterminants initiaux, institutionnels et personnels. De fait, chaque évalué est une personne inscrite dans une histoire, une temporalité et une progressivité, au travers desquelles il tente de s'inscrire, dans un processus de professionnalisation, pour devenir apte à exercer le métier d'infirmier.

La population étudiante est en évolution depuis deux décennies. L'année de la réforme 1992 a marqué un tournant en ce sens qu'elle a conféré aux anciens élèves infirmiers un nouveau statut : celui d'étudiant, en même temps qu'elle transforme les écoles d'infirmières en instituts de formation en soins infirmiers. Par contre les élèves qui relevaient de centres de formation d'infirmiers de secteur psychiatrique recevaient tous une rémunération pendant leurs études ; à ce titre ils avaient un statut de salarié avec droits et obligations qui en découlent. Ainsi ces élèves étaient-ils considérés comme des adultes à part entière même à 18 ou 20 ans, alors que leurs pairs formés en soins généraux restaient pour une majorité dans une position d'élève apprenant non actif dans la société. Cependant aujourd'hui encore dans les IFSI, ces jeunes étudiants sortant tout juste du lycée, sont souvent considérés par les formateurs et les responsables d'encadrement non pas comme des adultes, mais comme des jeunes en devenir d'adulte. Si on s'intéresse au profil des actuelles promotions, les statistiques de la DRESS nous montrent que la population vieillit. Mais au delà de la moyenne, nous assistons à une grande fourchette d'âge : une même promotion peut accueillir des étudiants allant de 17 à plus de 40 ans, voire plus. Du fait d'une augmentation de la moyenne d'âge, de plus en plus d'étudiants infirmiers ont une expérience de vie et professionnelle pour certains d'entre eux. En terme de cursus antérieur le profil devient donc de plus en plus varié. Un autre critère est à retenir, celui de la série du baccalauréat. En effet, les pré-requis et capacités de raisonnement, analyse et synthèse différent sensiblement en fonction des filières d'orientation. La différence est d'autant plus marquée qu'il existe un cursus universitaire annexe. Ainsi, peut-on trouver dans la même promotion des étudiants titulaires d'un bac technique ou professionnel et des étudiants titulaires d'une maîtrise. Enfin, la situation familiale, le milieu socio-culturel et la provenance ethnique mettent en présence des étudiants issus de tous les milieux sociaux, avec toutefois une recrudescence d'étudiants en grandes difficultés, voire en situation de précarité. Cependant, malgré ce caractère pour le moins hétérogène, une demande prioritaire et commune fédère la population étudiante aussi diversifiée soit-elle, celle d'obtenir l'assurance d'un emploi au terme d'une formation professionnalisante et diplômante, donc l'obtention du diplôme d'État est évidemment leur objectif prioritaire.

L'on peut dire aujourd'hui que de toutes les professions de santé (médicales et paramédicales), cette caractéristique d'hétérogénéité est une composante spécifique de la formation en soins infirmiers. Poursuivant mon interpellation, les questions de fond que me suggère la caractérisation des étudiants sont les suivantes : Dans quelle mesure leur cursus est-il pris en compte ? Quel en est l'impact sur le niveau d'exigence ? Dans quelle mesure leurs représentations de la «tâche réussie» correspond-elle aux attentes de l'évaluateur ? Ces questions liminaires guideront l'étude de la logique des acteurs.

La logique des acteurs

S'intéresser à la logique des acteurs revient à comprendre les déterminants qui vont influencer les acteurs dans leurs pratiques évaluatives. Pour cela, il est nécessaire de faire un retour sur l'évolution du principe d'évaluation dans l'enseignement général. Après les événements de mai 68, en réaction au courant de pédagogie traditionnelle centrée sur la transmission des connaissances, et marquée par une suprématie de l'institution scolaire, le mot contrôle est devenu «haïssable».

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Ipso facto, les programmes officiels ont vu leurs principes modifiés, remplaçant le mot contrôle par le terme évaluation. Pour autant, substituer un terme, sans travailler sur les représentations, mentalités et cultures a peu de chance de modifier les comportements. C'est dire que les évaluateurs, qui, durant leur propre scolarité générale (et vraisemblablement aussi professionnelle), ont été immergés dans une logique du contrôle de connaissances, ne peuvent entrer dans une culture de l'évaluation s'ils n'y ont été ni sensibilisés, ni préparés. De plus, la vérification de connaissances rassure le formateur sur le respect du programme d'une part, et d'autre part, lui donne souvent le sentiment qu'il garantit ainsi un niveau de formation satisfaisant lorsque l'étudiant obtient une bonne note. La logique qui régit les pratiques évaluatives est donc un aspect déterminant dans l'efficience des pratiques évaluatives. Pour mieux appréhender une logique d'action, il convient aussi de caractériser les pratiques qui en sont dépendantes. C'est pourquoi il nous faut aborder à quoi correspondent précisément les pratiques évaluatives.

Les pratiques évaluatives correspondent à la mise en œuvre du dispositif d'évaluation. Elles doivent être conduites dans le respect de la dimension prescriptive et prendre en compte la construction des situations d'évaluations, depuis leur conception jusqu'à leur réalisation matérielle. Les pratiques évaluatives recouvrent toutes les activités d'évaluation effectivement réalisées, pour évaluer des résultats d'étudiants (évaluation d'efficacité) ou des processus et procédures (évaluation d'efficience).

C'est dans leur projet institutionnel de formation que les équipes pédagogiques devraient présenter leur dispositif d'évaluation. Pour autant les IFSI n'ont pas l'obligation expresse d'énoncer le dispositif d'évaluation continue qu'ils ont matérialisé. La formalisation dans le projet institutionnel d'un tel dispositif est inhérente à la démarche pédagogique adoptée par l'équipe de formateurs, sous la responsabilité du directeur de l'institut. Et, étant donné le rôle que tient un projet pédagogique dans la mise en œuvre de la démarche pédagogique, il paraît indispensable d'y énoncer les éléments constitutifs du dispositif d'évaluation. Il faut ici entendre par « dispositif d'évaluation » un sens plus restreint que celui inféré au dispositif de formation. Il s'agit d'un ensemble de mesures prises et de moyens mis en œuvre pour évaluer les connaissances et aptitudes à visée professionnelle des étudiants infirmiers.

Dans une telle visée pédagogique,[32] cet ensemble peut se décliner comme suit :

Les modalités exhaustives d'évaluation des enseignements théoriques et cliniques

Pour chaque module d'enseignement spécifique ou transverse, et ceci par année de formation, les circonstances, conditions, nature et forme de l'évaluation (écrite ou orale, cas concret, exposé thématique…) doivent être précisées. Il doit en outre figurer le calendrier des évaluations, y compris celui des épreuves de rattrapage. Par année de formation et chronologiquement (1ère MSP, 2ème MSP), et en fonction du secteur de soins dans lequel se déroule l'épreuve de mise en situation professionnelle, les modalités doivent préciser le nombre de patients sur lequel portera la MSP, le niveau d'exigence attendu et le calendrier des évaluations (période des stages concernés), y compris celui des MSP de rattrapage. Ces modalités doivent tenir compte de la progressivité et de la transversalité des enseignements et des apprentissages dans la formation.

L'objet d'évaluation

S'agissant de l'évaluation continue des enseignements théoriques, doivent (devraient ?) apparaître les contenus des enseignements théoriques qui feront l'objet des connaissances **à mobiliser (**et non à restituer). Ceci implique de faire la distinction entre l'évaluation des connaissances à visée professionnelle, mobilisées dans un contexte clinique, en situation réelle ou simulée (par exemple sous forme de cas concret) et le contrôle des enseignements dispensés dans les modules transverses et spécifiques. La formalisation de l'objet d'évaluation passe aussi par l'identification des connaissances procédurales requises pour répondre aux consignes d'évaluation (raisonnements, méthodes, analyse, synthèse, expression écrite…). Doivent (devraient ?) apparaître également les contenus des enseignement cliniques qui feront l'objet des connaissances à mobiliser dans une situation professionnelle de type MSP : la nature des soins, les tâches annexes aux soins, les connaissances procédurales requises pour répondre aux consignes d'évaluation et mobiliser les connaissances dans un contexte clinique (observation, raisonnements, habiletés gestuelles, capacités techniques, relationnelles…).

Cette étape est, de mon point de vue, un aspect fondamental dans la formalisation du dispositif d'évaluation, à condition que les indicateurs et critères d'évaluation, ancrés sur les critères de réalisation et les critères de résultats soient préalablement déterminés, en cohérence aux objectifs pédagogiques.

[32] En l'absence de réglementation et de recommandations quant à l'inscription au projet pédagogique du dispositif d'évaluation continue, il n'existe pas de modèle type de formalisation. Les propositions qui suivent émanent d'un projet pédagogique « cas modèle » en cohérence avec le fondement de la formation et le prescriptif dans sa composante réglementaire, mais aussi en référence à une pédagogie centrée sur la professionnalisation de l'étudiant.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Les indicateurs et critères de l'évaluation

Pour un étudiant infirmier qui se soumet aux épreuves d'évaluation, il ne suffit pas de connaître avec précision les connaissances déclaratives et procédurales qui feront l'objet des évaluations, encore faut-il savoir ce qui est attendu eu égard à ses connaissances. Ainsi, les indicateurs et critères énoncés dans les grilles de correction pour les évaluations théoriques et dans les grilles d'évaluation pour les MSP vont-ils renseigner sur la nature et le niveau des performances attendues. Les guides de correction ou d'évaluation préconisent quant à eux la façon d'utiliser les grilles de correction ou d'évaluation. Ces outils d'évaluation sont dépendants d'un référentiel d'évaluation coopté par l'équipe pédagogique, comme nous l'avons vu en première partie.

Le référentiel coopté

Il me paraît un dernier élément incontournable dans la formalisation du dispositif d'évaluation continue, celui du référentiel utilisé pour déterminer les performances attendues lors de l'évaluation finale de la formation. Ce référentiel doit s'élaborer en fonction des progressivité et transversalité pour l'évaluation continue d'une part, et au regard du niveau minimum de connaissances et compétences à visée professionnelle requises pour la prise d'une premier poste infirmier. Ceci sous entend que l'équipe se soit prononcée sur le choix d'un référentiel explicite et l'ait formalisé. Une telle démarche est primordiale pour prévenir l'incertitude évaluative dans laquelle sont bien souvent plongés les étudiants. Dans ses travaux sur l'évaluation, Charles HADJI précise à ce sujet : «*Les pratiques évaluatives se présentent fondamentalement comme des échanges de questions réponses, au cours desquels s'instaurent un certain nombre de malentendus, portant en ce qui concerne l'élève, sur le sens des questions et sur ce qu'attend l'enseignant. Il peut lui être difficile de distinguer les moments d'apprentissage et les moments d'évaluation Or, l'erreur est permise dans le premier cas, elle est sanctionnée dans le second*».[33] Les acteurs et leur logique d'action étant présentés, voyons comment se concrétisent les pratiques évaluatives en situation d'évaluation.

Contextualisation et modélisation d'une situation d'évaluation

Une situation d'évaluation est un phénomène plus ou moins complexe mettant en relation des acteurs dans un environnement donné et dans un but préalablement défini. S'agissant de l'évaluation continue et finale de la formation en soins infirmiers, le but préalablement défini est la validation des enseignements théoriques et cliniques au cours et à l'issue de la formation, dans la perspective de former un infirmier apte à répondre aux situations professionnelles prévalentes. Les situations d'évaluation s'inscrivent dans un système ouvert mettant en jeu différents acteurs. Ceux-ci évoluent à travers plusieurs éléments interdépendants.

Une situation d'évaluation ainsi définie peut se caractériser par :
(1) Une activité évaluative, en lien avec la formation des infirmiers, déclinée en tâches,
(2) Un objet sur lequel s'exerce cette activité d'évaluation,
(3) Un lieu (ou des lieux) géographique(s) où s'exerce cette activité d'évaluation (unité de soins, salle de cours, bureau du formateur…),
(4) Un ou plusieurs évaluateurs,
(5) Un évalué (quelques fois plusieurs),
(6) Des comportements (de l'évaluateur) traduisant cette activité d'évaluation,
(7) Un produit résultant de cette activité d'évaluation en terme de prise de décision (note, appréciation, orientation…).

La composante «objet d'évaluation» est le fondement des pratiques évaluatives. Qu'entendre par objet d'évaluation, comment le situer dans les pratiques évaluatives ? Certes, de prime abord la confusion entre objet et sujet ne paraît pas devoir se faire. Et pourtant… L'objet d'évaluation correspond à ce qui est évalué, à ce sur quoi portent le jugement, la note et la prise de décision. Et lorsque l'on pose cette question à un évaluateur, il n'est pas rare que la réponse désigne l'évalué ! De plus nous avons vu que l'évaluation en formation infirmière portait sur différents objets (MSP, Stage, Module, Mémoire). Or dans l'enseignement scolaire et universitaire, l'objet d'évaluation porte sur des connaissances pures, même s'il concerne simultanément plusieurs registres notionnels différents, l'objet d'évaluation intéresse des savoirs théoriques. En revanche, dans la formation en soins infirmiers, formation professionnelle, l'objet d'évaluation vise aussi des savoirs expérientiels, et prend en compte d'autres dimensions telles que des gestes techniques, des attitudes et des comportements adaptés à des situations professionnelles. C'est là une des spécificités d'un objet d'évaluation dans une formation professionnelle.

Ce qu'il est essentiel à comprendre est que l'objet d'évaluation tel que «*évaluation des enseignements théoriques et cliniques*» se caractérise par un aspect multidimensionnel qui ne peut s'appréhender dans un seul champ au cours des pratiques évaluatives. En situation d'évaluation, la multi-dimensionnalité se caractérise par un ensemble de connaissances déclaratives et procédurales, un ensemble de gestes techniques, un ensemble d'attitudes et de comportements.

[33] Charles HADJI, *L'évaluation démystifiée*, Paris, ESF, [1997], 1999, 2ème édition, Coll. Pratiques et enjeux pédagogiques.

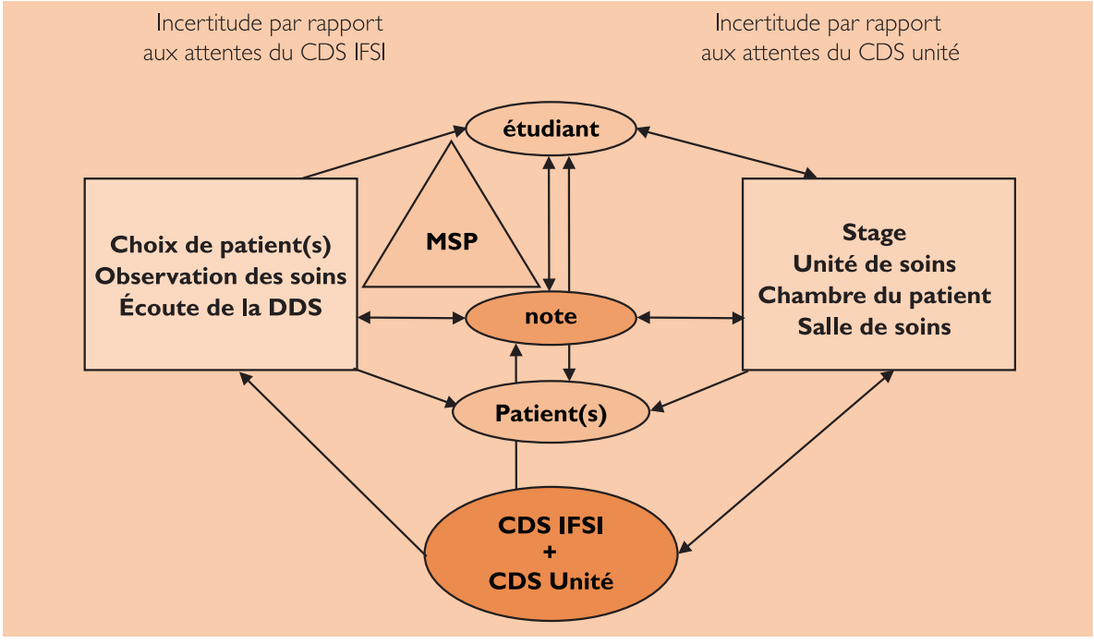
Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Ces ensembles constituent ce que Guy Le BOTERF nomme les *ressources personnelles*. Chaque dimension obéit à un registre de normes, issues de référentiels spécifiques à l'exercice professionnel. En fonction de l'objet d'évaluation ciblé, nous pouvons établir une typologie des situations d'évaluation. Les situations d'évaluation des enseignements cliniques, les situations d'évaluation des enseignements théoriques, les situations d'évaluation du TFE et les appréciations individuelles d'étudiant.

Dans les situations d'évaluation des enseignements cliniques, nous trouvons les Mises en Situation Professionnelle. Les MSP consistent «*à évaluer les capacités d'un étudiant, compte tenu du stade de la formation auquel il est parvenu, à élaborer des démarches de soins ou de santé publique pour un groupe de personnes et à réaliser des soins ou des actions de santé publique.*» [34] Ces modalités de MSP sont communes aux trois années de formation, seul le nombre de personnes varie en augmentant progressivement de la 1ère à la 3ème année. La situation est choisie lors d'un stage, **dans la réalité quotidienne des soins**. La MSP intéresse un instant donné de la formation, elle se déroule sur une à trois heures. Le niveau d'exigence attendu dépend du moment de la formation et du cursus de l'étudiant concerné. Le deuxième type d'évaluation d'enseignement clinique est le rapport de stage. Il s'agit là de la seule évaluation à laquelle ne participent pas les cadres de santé formateurs en soins infirmiers. Le rapport de stage consiste à porter un jugement et une note sur le comportement, les connaissances, les aptitudes et l'acquisition de compétences à visée professionnelle de l'étudiant infirmier au cours, et à l'issue, du stage réalisé. Le rapport de stage s'effectue en présence de l'étudiant par les infirmiers responsables de son encadrement et le cadre infirmier du service ou de la structure, à partir d'un document type officiel. Le rapport de stage tout particulièrement renvoie à la dimension managériale du cadre de santé gestionnaire précédemment évoquée. En effet, en fonction de la politique d'encadrement des étudiants stagiaires mise en place ou non, de sa façon de manager son équipe, et de l'organisation des soins mise en place, le statut de l'étudiant ne sera pas perçu de la même façon. Enfin, contrairement à la MSP, le rapport de stage ne porte pas sur quelques heures d'observation de la part des évaluateurs, mais sur une période de deux à six semaines au cours desquelles l'étudiant infirmier se sera plus ou moins intégré à l'équipe soignante. A priori, les évaluations de stage et les MSP sont celles qui sont fondamentales pour l'évaluation des compétences à visée professionnelle.

L'intérêt de cette caractérisation est de montrer la complexité qui régit les pratiques évaluatives. Ainsi peut-on envisager une schématisation à partir d'un sociogramme qui montre tout à la fois, la complexité,

Schématisation de la situation d'évaluation : l'exemple de la MSP



[34] In *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État d'infirmier*, p 62.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

les relations de pouvoir, et les enjeux susceptibles d'influencer les situations d'évaluation, au regard des zones d'incertitude. Ceci s'applique tant au niveau des pratiques évaluatives qu'à celui des performances réalisées par l'étudiant infirmier.

Les situations d'évaluation des enseignements théoriques se caractérisent, en ce qui concerne l'évaluation continue, par les validations de modules d'enseignement. Comme nous l'avons vu dans les modalités, elles peuvent se dérouler sous une forme écrite ou orale, et sont entièrement conçues par les formateurs ou enseignants participant à la formation. Cette zone d'autonomie laissée aux cadres de santé formateurs confère un caractère polymorphe et hétérogène à ce type de situation d'évaluation. C'est un aspect qu'il sera essentiel d'explorer dans l'investigation menée sur le terrain. Quant à l'évaluation finale de la formation, elle porte sur le travail écrit de fin d'études (TFE), encore appelé «mémoire professionnel», qui là encore, réunit plusieurs évaluateurs face à un objet ne faisant pas toujours le consensus dans sa définition, ses attentes et le niveau d'exigence à en attendre.

En ce qui concerne les appréciations individuelles d'étudiant, il s'agit là d'une situation d'évaluation différente portant sur l'appréciation de chaque étudiant en fin d'année et en fin de formation. Ce type d'évaluation se concrétise par une appréciation généralement proposée par les formateurs responsables et entérinée par le directeur de l'institut de formation. Les appréciations individuelles sont consignées dans le dossier scolaire officiel de l'étudiant. Ces appréciations doivent être en cohérence avec les résultats obtenus. Elles sont, de fait, réellement consultées lorsque l'étudiant montre des difficultés, à l'occasion d'un Conseil Technique, ou encore en cas de mutation dans un autre IFSI. En revanche l'appréciation de fin de formation est parfois portée à la connaissance des directeurs des soins recrutant le nouveau diplômé qui a toujours connaissance de ses appréciations. Aussi les appréciations revêtent-elles une importance pour le recrutement, ce qui n'est pas sans influencer les évaluateurs lorsqu'ils les rédigent.

Ainsi pouvons-nous voir combien une situation d'évaluation en formation en soins infirmiers se caractérise par un aspect multidimensionnel et génère toujours de la complexité. La complexité est inhérente au caractère humain des acteurs du système d'évaluation : les évaluateurs, les évalués, et notamment le rapport que chaque acteur entretient avec l'objet d'évaluation.

Une fois ces axes de réflexion posés, il devient intéressant d'y confronter un certain nombre de cas observés ou relevés au détours d'observation de pratiques de formation. Ces observations sont le point de départ de la problématique retenue.

Problématique

Un contexte

Le caractère évolutif permanent d'une profession, nous venons de le voir, nécessite de prendre en compte dans un projet de formation professionnelle, non seulement les facteurs actuels d'évolution, mais encore les évolutions potentielles (évolutivité) qui se dessinent aujourd'hui. La formation des professions sanitaires doit intégrer de nouvelles composantes : régionalisation, transfert des compétences, universitarisation des formations des professions de santé. Une telle évolution amène à repenser une offre de formation des infirmier(e)s et des aides-soignants(e)s qui soit compatible avec les moyens consentis et les missions dévolues aux IFSI, tout en intégrant les facteurs de changement au niveau du type de professionnel à former, de l'hétérogénéité des profils de promotion, du nombre d'étudiants et d'élèves à former. Une telle exigence de formation implique de la part des cadres de santé chargés de formation en IFSI, des pratiques évaluatives qui priorisent l'utilisation des connaissances théoriques dans des situations professionnelles, versus le seul contrôle de connaissances contenues dans le programme de formation. Cet aspect concerne donc tout particulièrement l'évaluation continue et finale de la formation infirmière dont les principes sont ciblés sur le processus de professionnalisation avec un développement de compétences à visée professionnelle, comme nous l'avons vu en première partie.

Or, au regard de mon expérience professionnelle reposant sur des observations répétitives, la divergence de pratiques en matière d'évaluation des étudiants infirmiers (y compris les répercussions éthiques et philosophiques qui en découlent) d'une part, et la nécessité croissante d'organiser des périodes d'adaptation à l'emploi pour les infirmiers nouvellement diplômés d'autre part, ont motivé mon intérêt et mon désir de mieux comprendre les phénomènes en cause.

Des constats : présentations de situations observées

Au regard de plusieurs situations professionnelles vécues en tant qu'acteur ou observateur, j'ai pu constater combien la nature des connaissances enseignées, et plus encore leur transférabilité jouaient un rôle prépondérant dans le développement des compétences professionnelles des infirmier(e)s novices et débutants. J'ai également été sensibilisée par l'impact des épreuves d'évaluation dans les stratégies d'apprentissage des étudiants. En effet, leur apprentissage semble davantage subordonné à des exigences d'ordre scolaire qu'à des préoccupations d'ordre professionnel. De fait l'évaluation normative des connaissances théoriques et cliniques conditionne leur vie d'étudiant tout au long de la formation.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Ceci se concrétise notamment par le fait que les étudiants infirmiers clivent leur apprentissage en dissociant ce qui sera évalué d'avec ce qui ne fera pas l'objet d'un contrôle, qu'il soit normatif ou même formatif. Dans le premier cas, ils apprennent en fonction de ce qu'ils supposent que l'on attend d'eux ; cette évaluation les retranche alors dans un processus cognitif restrictif de mémorisation, de « rendu » de connaissances et non d'utilisation de celles-ci à visée professionnelle, y compris lors des mises en situations professionnelles, aussi paradoxal que cela puisse paraître. Cette logique les amène à capitaliser des connaissances en vue de les restituer le jour du devoir sur table ou de la mise en situation professionnelle. Dans le deuxième cas, leur manière d'apprendre paraît beaucoup plus centrée sur les soins infirmiers et les personnes bénéficiaires des soins qu'ils dispensent. On pourrait presque dire qu'ils apprennent à leur insu ! Pourtant l'évaluation continue et finale de la formation a pour but, in fine, de vérifier si l'étudiant, certifié professionnel par un diplôme, possède bien les connaissances et compétences minimales requises pour son nouvel exercice professionnel.

L'évaluation a aussi une fonction de sélection sociale, comme nous l'avons déjà évoqué, en réglementant l'accès et le maintien de l'étudiant dans la formation tout au long des trois années d'étude d'une part, et en lui autorisant l'exercice professionnel d'autre part. Ceci m'amène vers une première interpellation : **on peut arguer que la situation d'évaluation « parasite » véritablement ce qu'elle est précisément censée mesurer**. Dépassant cette première interpellation, il convient de cerner et d'affiner le problème de recherche. Parmi les multiples situations d'évaluation qui ont jalonné mon parcours professionnel, j'en ai relevé quatre assez représentatives, dans lesquelles j'ai été soit acteur, soit témoin. Ces situations sont réelles et fidèlement retranscrites, pour préserver l'anonymat des lieux et des personnes, j'ai utilisé des noms fictifs.

Situation N° 1

Nous sommes en milieu de 2ème année de formation, à la veille d'un départ en stage de quatre semaines. Nadège, déléguée de promotion s'adresse au référent pédagogique en ces termes : « Au nom de toute la promotion nous vous demandons de déplacer l'évaluation du module sur les pathologies digestives. Vous l'avez programmée juste au retour de stage. Ce n'est pas possible, on ne pourra pas réviser pendant le stage, d'abord c'est très fatigant le stage, et surtout on doit avoir pendant ce stage aussi l'évaluation de mise en situation professionnelle. On va tous aller au rattrapage, c'est sûr. » Le formateur est surpris et un peu décontenancé face à cette demande unanime et aussi pressante, alors qu'il considère la période de stage comme un temps privilégié pour s'approprier des connaissances théoriques en les indexant sur des situations cliniques. Cherchant à en savoir plus et à identifier où sont les difficultés ressenties, il apprend que, lorsqu'ils sont évalués en situation professionnelle pendant le stage, les étudiants passent en moyenne 50 % de temps supplémentaire en service pour préparer cette évaluation. Cette situation, exposée par la promotion, est donc largement confirmée par les responsables de l'encadrement sur le terrain. D'ailleurs ceux-ci déplorent deux faits qui se reproduisent chaque fois qu'une évaluation est prévue : les étudiants sont plus dans les dossiers des patients qu'auprès de ceux-ci, l'évaluation s'inscrit souvent en dehors de la réalité quotidienne du service, elle peut aller jusqu'à désorganiser les soins et génère quasiment toujours un stress intense chez l'étudiant et quelquefois même dans l'équipe. Par ailleurs, le formateur constate que les étudiants préparent, pour la plupart d'entre eux, leur évaluation de module de connaissances théoriques en résumant les cours dispensés sur des fiches qu'ils apprennent ensuite plus ou moins par cœur.

Cette première situation pose un problème au niveau de l'objet d'évaluation : les effets négatifs induits par la situation d'évaluation en terme de stress, d'insuffisance ou d'absence de méthodes de travail, ne sont-ils pas un obstacle à la dynamique d'apprentissage, dominée alors par une logique scolaire au détriment d'une logique de formation ?

Quelles représentations de la tâche réussie les étudiants ont-ils et convergent-t-elles avec les attentes réelles des formateurs ?
Quel rapport au savoir les étudiants et les formateurs ont-ils ?

Situation N° 2

Comme à chaque fin d'année scolaire, arrive la période de rattrapage des validations des enseignements théoriques. Conformément à la législation en vigueur, tous les étudiants qui, dans l'année, ont obtenu plus de deux notes supérieures ou égales à 8/20 et inférieures à 10/20 aux évaluations des enseignements théoriques, doivent se présenter aux épreuves de rattrapage. Pour être admis en année supérieure, ou pour être autorisé à se présenter aux épreuves finales du DEI, ils doivent obtenir la moyenne sur l'ensemble des épreuves sans plus de deux notes inférieures à 8/20. Le principe est le suivant : l'étudiant qui est en situation de rattrapage doit se représenter à la totalité des validations ayant donné lieu à une note inférieure à la moyenne. En revanche, il garde le droit à deux notes supérieures ou égales à 8/20 et inférieures à 10/20, et garde le bénéfice de la meilleure note sur les deux épreuves d'évaluations.

Revenons à notre exemple en présentant les résultats des épreuves de rattrapage de cette promotion. Sur les dix-huit étudiants concernés, douze étudiants avaient de fait deux à trois modules à valider avec une note inférieure à 8/20. Parmi ces douze étudiants, dix ont satisfait aux épreuves de rattrapage. Ce résultat paraît encourageant, mais quelques précisions sont encore nécessaires pour refléter la situation.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En effet, huit d'entre eux ont obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 au module pour lequel ils présentaient une note éliminatoire, par contre les modules pour lesquels la note était dans la fourchette autorisée ont été très basses, c'est-à-dire inférieure ou égale à 6/20. Ces étudiants garderont donc le bénéfice de la première note qui les maintient dans «la marge d'erreur autorisée». Au final, huit étudiants passent en troisième année en ayant des pans entiers de la formation pour lesquels ils ne «savent plus grand chose».

Nous voyons ici une illustration de l'étudiant stratégique qui, légitimement, concentre ses efforts là où il doit réussir, indépendamment de l'utilisation qu'il pourra faire des connaissances enseignées. Cela pose d'une part un problème d'ordre docimologique, et met en avant d'autre part la question de l'adéquation entre les performances scolaires et les compétences requises pour entrer dans l'exercice professionnel.

Situation N° 4

Géraldine vient parler de sa première expérience d'encadrement à la promotion d'étudiants cadres d'un Institut de Formation de Cadres de Santé. Il y a un an elle a été affectée comme cadre de santé dans un service de chirurgie d'une grande clinique. Son témoignage porte sur les difficultés qu'elle a rencontrées avec deux infirmières de son équipe : Isabelle, diplômée depuis un an, Armelle sortie de la formation infirmière depuis trois mois. Toutes les deux posent des problèmes d'insuffisance professionnelle. Un matin où Géraldine est en réunion sur un autre site, face à l'aggravation de l'état d'une patiente, le médecin établit une prescription à administrer immédiatement. Isabelle n'a pas intégré la gravité de la situation et termine des soins commencés avant de réaliser la prescription pourtant demandée en urgence. Les conséquences sont délétères pour cette patiente, Isabelle est bien ennuyée mais ne perçoit pas pour autant la part de responsabilité qui lui incombe. Quelques jours plus tard, Armelle effectue la toilette d'un patient quand Géraldine entre dans la chambre. D'un rapide coup d'œil celle-ci diagnostique chez le patient les premiers signes d'un état de choc et questionne Armelle sur l'évolution de ce patient, les informations passées à la relève… Armelle qui n'a toujours rien remarqué continue avec beaucoup d'application la toilette de ce patient. Le cadre de santé est obligée d'intervenir très rapidement et appelle le médecin de garde. Alertée par ces deux événements aussi rapprochés, Géraldine décide d'observer attentivement ces deux infirmières. Au fil des semaines elle peut relever plusieurs situations de soins où Isabelle et Armelle n'ont pas acquis les connaissances de base leur permettant de poser un jugement clinique, compétence pourtant indispensable pour l'exercice quotidien infirmier, et ce dès la première prise de poste. Préoccupée par cette situation, et dans la crainte qu'un accident grave n'arrive un jour ou l'autre, Géraldine se renseigne auprès de l'IFSI où ces infirmières ont suivi leur formation (deux instituts différents). Toutes les deux ont eu une scolarité sans problème, obtenu des résultats théoriques corrects et sans rattrapage, leurs notes de stage et de mises en situation professionnelle (MSP) ont été satisfaisantes.

Le problème soulevé ici concerne le transfert des connaissances enseignées. Ainsi, tout au long de la formation, l'évaluation mesure-t-elle des connaissances déclaratives restituées en l'état, où y a-t-il évaluation de l'utilisation des connaissances en situation clinique et donc validation des apprentissages professionnels réalisés ?

Que signifient «*des résultats satisfaisants*» ?

De quoi l'évaluation est-elle garante ?

Quel est le minimum requis pour débuter un exercice professionnel infirmier ?

Généralisation du problème identifié

Les situations décrites ci-dessus n'ont rien d'anecdotique dans la mesure où, lorsque je les ai exposées à des équipes de formateurs, ceux-ci m'ont tous affirmés avoir vécu les mêmes types de situation, ce qui représente plus de deux cents témoignages recueillis, au cours des trois dernières années, auprès de formateurs en IFSI, exerçant en France métropolitaine ou aux DOM-TOM. Tous ont vécu des situations d'évaluation analogues. En outre, plusieurs accidents tragiques recensés dans plusieurs régions sont à déplorer. Rien que dans la Région Rhône/Alpes, l'automne 2004 a enregistré, à un mois d'intervalle, deux décès d'enfant liés à une erreur de dosage dans la prescription et/ou l'administration d'un médicament. Dans les deux cas il s'agissait d'un professionnel récemment diplômé (diplôme inférieur à dix-huit mois). Par ailleurs, de récents rapports, commandités par le Ministère de la Santé, ont mis en avant la nécessité de réformer l'actuel dispositif de formation, des réformes sont en cours de réflexion.

L'analyse des situations exposées, portant sur les différents comportements observés lors des activités évaluatives, permet de mettre en évidence plusieurs éléments de problématisation en ce qui concerne l'objet d'évaluation, tels que le décalage perçu entre les situations d'évaluation et les situations réelles d'exercice professionnel, les difficultés à évaluer les compétences à visée professionnelle et le clivage entre les différentes évaluations par rapport au processus de professionnalisation (devoirs, MSP, stages et TFE). En ce qui concerne les effets de l'évaluation, l'évaluateur peut être facilitateur ou inhibiteur dans la dynamique d'apprentissage, la construction identitaire professionnelle et le processus de professionnalisation d'un étudiant, il a tendance à déconnecter l'évaluation des objectifs et stratégies pédagogiques en terme de résultats attendus, enfin, l'impact de la posture de l'évaluateur (ou des évaluateurs) sur l'intégration (ou non) de la culture d'évaluation dans la démarche pédagogique est un aspect important.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Face à cette analyse, et au regard de la fréquence du phénomène observé dans les pratiques évaluatives en formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier, les composantes retenues pour le problème étudié sont les suivantes :
- Les effets négatifs induits par la situation d'évaluation en terme de stress, de décalage entre la perception de la tâche réussie et les attentes des évaluateurs, de répercussions sur les dynamiques d'apprentissage et de professionnalisation des étudiants.
- Le transfert des connaissances théoriques (mobilisation des ressources personnelles).
- La part réelle de l'évaluation des compétences à visée professionnelle dans les pratiques d'évaluation continue et finale des étudiants infirmiers.
- Le manque d'opérationnalité des nouveaux diplômés lors de leur première prise de poste, et la nécessité croissante d'un temps d'adaptation à l'emploi.

Problème de recherche, hypothèses et axes théoriques proposés

Dans la formation en soins infirmiers, quelle adéquation existe-t-il entre les performances mesurées au cours des situations d'évaluation continue et finale et les compétences à visée professionnelle requises pour la prise d'un premier poste infirmier ? Quel paradigme régit les pratiques évaluatives ? À quels systèmes de références les évaluateurs ont-ils recours et comment y accèdent-ils ? Quels sont les effets de l'évaluation normative sur le développement des compétences professionnelles des étudiants ?

L'adéquation entre les performances observées et les compétences à visée professionnelle requises pour la prise d'un premier poste, se révèle inopérante dans la perspective de la formation d'un(e) infirmier(e) débutant(e) apte à dispenser des soins requis. Ceci pour trois raisons : d'une part, en situation d'évaluation, les évaluateurs priorisent une logique académique, régie par le paradigme du contrôle, au détriment d'une logique métier, régie par le paradigme de l'évaluation des capacités, des activités et des tâches. D'autre part, le système de références utilisé s'inscrit plus souvent dans le registre de l'intuitif et de l'empirique (référentiel implicite) que dans un référentiel théorique construit (référentiel explicite). Enfin, le processus de professionnalisation, s'il est pris en compte dans les intentions pédagogiques, n'est pas intégré dans les situations d'évaluation. Ceci rend aléatoire le principe de l'évaluation en tant que garant du seuil minimum de compétences à visée professionnelle requis et impose donc une période d'adaptation à l'emploi auprès de nouveaux diplômés.

Pour répondre à cette problématique et soumettre les hypothèses à l'épreuve des faits, trois axes théoriques se dégagent.
- Une question de paradigme : entre contrôle et évaluation, les pratiques évaluatives régies par le paradigme du contrôle et les pratiques évaluatives régies par le paradigme de l'évaluation.
- Une question de référentiel d'évaluation : de l'implicite à l'explicite, systèmes de référence, élaboration d'un référentiel d'évaluation.
- Une question de professionnalisation : logique académique et logique métier, transmission de connaissances et programme de formation, mobilisation et utilisation de connaissances et approche par les compétences et les familles de situations.

Le modèle d'analyse repose donc sur des théories pivots de l'étude à partir des trois axes retenus : l'approche par les compétences dans une visée socio-constructivisme (G. Le BOTERF, P. JONNAERT et P. PERRENOUD), les référentiels implicite et explicite dans l'évaluation (G. FIGARI et M. ACHOUCHE), le paradigme de l'évaluation versus le paradigme du contrôle (C. HADJI, F. CAMPANALE et L. ALLAL).

Au-delà de l'opérationnalisation des hypothèses de recherche qu'il devrait permettre, ce cadre d'analyse porte en germe des éléments épistémologiques pour changer le regard sur les questions relatives à l'évaluation en formation professionnelle.

REGARD ÉPISTÉMOLOGIQUE SUR L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES EN FORMATION

Ce troisième axe de réflexion se veut susciter une ouverture et amorcer le changement de paradigme qui s'impose dans l'évaluation des compétences à visée professionnelle. Il propose quelques pistes et perspectives en vue des réformes des programmes de formation des professions de santé.

Un changement de paradigme

Le paradigme du contrôle

Des pratiques évaluatives régies par une logique dominée par le paradigme du contrôle priorisent la vérification d'un attendu et la mesure d'un écart. Lorsqu'ils invoquent un référentiel explicite, les évaluateurs recourent à une norme externe préétablie, et pour laquelle les critères de réussite sont exclusivement en conformité par rapport à cette norme attendue. La validation porte sur une mesure très restrictive qui pronostique des capacités et des compétences très étendues. Dans ses travaux sur l'évaluation Jean CARDINET montre les limites du contrôle dans l'évaluation des compétences : «*Un professeur contrôle qu'une réponse est juste ; un examen certifie qu'une personne est compétente. La différence est fondamentale ! Le manque d'objectivité se situe*

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

au niveau du diplôme, parce que l'examen porte sur un échantillon très limité des savoirs et qu'on veut en tirer des conclusions portant sur un ensemble très large de compétences».[35] L'évaluation «contrôle» laisse peu de place à la créativité, l'autonomie et l'adaptation dans la mesure où, les résultats attendus sont sans écart possible avec la norme choisie ou prescrite. Le jugement est mono référentiel et cherche à tendre vers une illusoire objectivité en visant la conformité et la normalisation.

De plus, la prise en compte du contexte peut entrer en contradiction avec cette norme, mettant l'évalué en situation de double contrainte. Par exemple, un étudiant infirmier se verra pénalisé pour ne pas avoir réalisé un soin dans l'ordre énoncé par une procédure ou une fiche technique, alors qu'il a délibérément adapté son geste au contexte de la situation de soins, et qu'il s'en est expliqué. En fait, l'évaluateur «contrôleur» demande tout à la fois le strict respect de la norme, voire de sa norme, et la prise en compte du contexte en s'adaptant à la situation. La norme correspond alors à une valeur standard (référentiel explicite), ou à une valeur idéale (système de références implicite (C. HADJI, 1989). Du coup l'élève se trouve en injonction paradoxale et cherche des conduites d'évitement ou des stratégies pour sortir de l'impasse. En d'autres termes, le fait de se référer à une norme exclusive est un frein considérable à l'adaptabilité, au savoir agir en situation. En outre, dans ce type de fonctionnement, l'erreur a un statut de faute, et elle est sanctionnée. Le regard est souvent scrutateur porté sur la prestation évaluée, déconnecté du temps d'apprentissage : intemporalité, décontextualisation. Les expressions significatives relevées dans le discours des évaluateurs sont de type *l'élève doit, il faut, il est capable de, il est incapable de*.

Le paradigme du contrôle génère une logique de l'action linéaire, analytique et explicative (cartésienne) de type linéaire et disjonctive (logique du OU et non prise en compte de la complexité), difficilement compatible avec l'adaptation sociale. Il est porté par un courant de pensée dominant : le comportementalisme. Il est marqué par une conception de l'évaluation caractérisée par des mots clés tels *idéal, modèle, norme, vérité, certitude*. En ce qu'elle porte seulement sur les ressources personnelles, voire sur une partie des ressources personnelles d'une part, et qu'elle laisse fort peu de place à l'adaptation d'autre part, l'évaluation contrôle est peu compatible avec le processus de professionnalisation (F. CAMPANALE, 2004). **L'évaluation «contrôle» n'évalue pas les compétences à visée professionnelle**.

Le paradigme de l'évaluation

Des pratiques évaluatives régies par une logique dominée par le paradigme de l'évaluation s'inscrivent dans une démarche caractérisée par un système de référence toujours questionné. L'appréciation d'une prestation, d'une performance de l'évalué se fait en regard des objectifs posés et des «chemins» pris pour atteindre ces objectifs. En référence au développement de la compétence selon Guy Le BOTERF, la mesure ne porte pas sur le seul écart entre un résultat attendu et un résultat observé, mais sur les trois dimensions de la compétence. La validation porte sur l'atteinte des objectifs posés. L'évaluation laisse place à la créativité, l'autonomie et l'adaptation dans la mesure où, les résultats attendus sont dépendants de la fluctuation et de l'imprévisibilité liées au contexte de la situation d'évaluation elle-même. Le jugement est pluri référentiel et intègre la subjectivité.

La prise en compte du contexte devient une priorité et n'entre pas en contradiction avec une norme, de fait moins réductrice, puisqu'elle admet d'autres résultats possibles, voire inédits. Ainsi, contrairement à l'évaluation contrôle, l'évalué n'est pas en situation de double contrainte. Reprenons l'exemple de l'étudiant infirmier : celui-ci ne sera pas pénalisé pour ne pas avoir réalisé un soin dans l'ordre énoncé par une procédure ou une fiche technique, il sera au contraire valorisé pour avoir adapté son geste au contexte de la situation de soins, à condition qu'il soit capable de s'en expliquer. Dans le paradigme de l'évaluation l'erreur est source d'apprentissage et de progression en intégrant une dimension d'autoévaluation par l'interrogation et le diagnostic qu'elle va susciter ; il s'agit de la *fonction de régulation, remédiation* (F. CAMPANALE, 2004). Le regard porté sur la prestation évaluée l'est en fonction des temps et niveau d'apprentissage et du contexte de la situation d'évaluation, il inclut temporalité et contextualisation. Les expressions significatives relevées dans le discours des évaluateurs sont de type *quel sens a cette prestation ? Quels progrès ? Quel chemin à parcourir pour atteindre les objectifs posés ?* Le paradigme de l'évaluation génère une logique de l'action transversale de type circulaire et conjonctive (approche systémique, logique du ET et prise en compte de la complexité) favorisant l'adaptation sociale. Le paradigme de l'évaluation est porté par un courant de pensée dominant : le socioconstructivisme marqué par une conception de l'évaluation caractérisée par des mots clés tels *objectifs, relativité, inachèvement, interactivité, évolution, évolutivité*. En outre, cette conception de l'évaluation se préoccupe des effets de l'évaluation sur l'apprentissage des étudiants, y compris dans ses dérives et ses effets pervers (F. CAMPANALE, 2004). En ce qu'elle porte non seulement sur les ressources personnelles, mais encore et surtout, en ce qu'elle intègre les trois dimensions de la compétence, l'évaluation réelle (régie par le paradigme de l'évaluation) **évalue les compétences à visée professionnelle**. Elle est contributive du processus de professionnalisation.

[35] Jean CARDINET, «Peut-on mesurer les connaissances objectivement ?», *Éducation*, n° 12, pp 21-23.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Ce repérage entre les paradigmes du contrôle et de l'évaluation n'a pas pour objet d'opposer l'un à l'autre mais de permettre l'identification et la clarification de dysfonctionnements en situation d'évaluation d'une part, et de mieux comprendre les problématiques évaluatives d'autre part. Pour autant, le propos n'est pas de mettre le haro sur le paradigme du contrôle : il est des situations où le contrôle est nécessaire, mais il ne constitue alors qu'une étape dans la démarche évaluative. Pour le dire autrement, le contrôle des connaissances, correspondant à une partie des ressources personnelles, n'est pas une fin en soi : il est un moyen pour diagnostiquer les causes d'une compétence insuffisante à agir en situation. Ainsi l'évaluation des enseignements théoriques, prescrite dans le programme de formation en soins infirmiers, n'évalue en rien les compétences infirmières, elle vérifie seulement si l'étudiant infirmier possède une partie des ressources personnelles requises pour exercer les compétences infirmières. **L'évaluation contrôle n'est donc nullement prédictive de la compétence.** C'est dire que toute évaluation théorique qui a le souci, en toute bonne conscience professionnelle, d'évaluer le maximum de contenus de la formation prévus au programme, est absolument inopérante. **Le changement de paradigme est là !** Si l'on veut vraiment œuvrer pour former des professionnels de santé aptes à répondre à la demande sanitaire et sociale, il faut passer du contrôle des connaissances à l'évaluation des compétences à visée professionnelle.

Du contrôle des connaissances à l'évaluation des compétences

Ce paragraphe, synthèse des trois axes de réflexion, se veut principalement proposer des axes méthodologiques pour entrer dans le paradigme de l'évaluation dès lors que l'on est sensibilisé à la nécessité du changement de paradigme. J'ai choisi de présenter ces pistes sous forme de « questions phares », les axes théoriques étant développés tout au long de cet article.

En vue de remplir pleinement son rôle social, le profil d'un évaluateur, devra-t-il viser pour lui-même le développement d'une compétence à évaluer ! Pour évaluer avec compétence, s'appuyant sur la réflexion présente, l'évaluateur devra développer les capacités et aptitudes telles que se forger une culture de l'évaluation, s'approprier la démarche d'évaluation dans toutes ses composantes, participer à l'élaboration des référentiel métiers et diplôme, construire les outils d'évaluation appropriés, à partir des référentiels explicites d'évaluation. Concomitamment, et cet aspect est capital, «l'évaluer avec compétence» implique de savoir adopter une posture d'évaluation en tenant compte des aspects éthiques et déontologiques. La notion de *posture* (J. ARDOINO, 1990) implique l'idée d'équilibre instable dans la durée. La posture n'est pas une position que l'on choisit une fois pour toute en voulant la conserver. C'est davantage une façon d'être dans la temporalité, une attitude, une façon d'aborder la situation d'évaluation dans tel ou tel état d'esprit, et qui va forcément donner lieu à des fluctuations. Parler de posture implique souvent de distinguer telle posture d'une autre (M. VIAL, 2001). Par exemple, prendre conscience de la part de l'implicite dans l'acte évaluatif fait partie intégrante de la posture.

Quelques points clés de la démarche évaluative régie par le paradigme de l'évaluation :

(1) **Qu'évalue-t-on ?** Déterminer ce qu'on évalue en fonction des objectifs pédagogiques fixés = Quelles dimensions de la compétence ? Les ressources personnelles ? L'analyse de situation ? Les combinatoires ? Les trois dimensions ?

(2) **Pourquoi évalue-t-on ?** Choisir l'objet de l'observation en fonction de ce que l'on évalue = Quelles compétences ou capacités visées ? Quelles activités clés ? Quels critères de résultats ? Quels indicateurs correspondants ?

(3) **Au nom de quoi évalue-t-on ?** Interpréter les résultats observés = Quel référentiel choisir ? Quelle est la part de l'implicite dans le jugement retenu ? Jugement de valeur ou jugement de fait ?

(4) **Quelle note ?** Décider = De quelle nature est la décision envisagée ? Quelles conséquences aura cette décision ? Sera-t-elle assumée par l'évaluateur ? Quel impact va produire cette décision sur le processus de professionnalisation de l'étudiant ?

Fort de cette réflexion, nous pouvons à présent envisager de nouvelles perspectives pour les réformes à venir.

Le concept de compétence dans un programme de formation initiale, nouvelles perspectives

Vers un nouveau dispositif de formation centré sur le développement des compétences

Dans la perspective des grandes réformes qui se profilent, le dispositif de formation à privilégier doit mettre en amont des objectifs de formation, la réponse à une demande sociale, et le processus de professionnalisation doit prendre le pas sur l'académisme, c'est-à-dire qu'il faut sortir de la logique de «formation contenus-centrée». En d'autres termes il est impératif d'envisager un programme de formation apte à rendre les futurs professionnels *compétents à devenir compétents* (M. DEVELAY, 1998), à motiver ces derniers pour adapter leur projet professionnel en fonction des besoins prévalents et/ou émergents de la demande sanitaire et sociale d'un bassin de vie donné. En outre, au regard des déterminants de démographie des professions de santé, il paraît pertinent de penser un dispositif qui permette une évolution de carrière. Il devra pour cela intégrer la notion de parcours de formation.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

Conséquemment, en résonance aux théories sur le développement des compétences professionnelles en formation, passer d'une formation centrée sur des enseignements théoriques et cliniques à faire acquérir, à une formation centrée sur le développement des compétences à visée professionnelle, implique de raisonner en terme de processus de production, de développement et maintenance des compétences avant de raisonner en terme de contenus de formation. Distinguer les niveaux de compétence en termes de progressivité (acquisition, appropriation, maîtrise), de transversalité (liens entre les différents enseignements, champs notionnels, décloisonnement) et d'interdisciplinarité (connaissances spécifiques/activités cœur de métier par filière professionnelle, et connaissances communes/compétences partagées entre différents professionnels de santé), s'impose. L'approche par les compétences de formation devient donc incontournable puisqu'une telle approche précise la place des savoirs dans l'action en les situant comme des ressources déterminantes pour identifier et résoudre des problèmes. Dans cette vision de la formation, les contenus d'enseignement, bien sûr indispensables, ne se situent plus en amont et ne constituent pas une fin en soi de la formation, où l'objectif premier est de «boucler» le programme, mais coexistent en tant que moyens, **les compétences de formation devenant la finalité de formation**. L'approche par les compétences, indissociable des familles de situations prévalentes est donc le mode d'entrée à privilégier. En ce sens, la prise en compte de l'évolution de la demande sanitaire et sociale est déterminante, puisque c'est à partir des données épidémiologiques que la prévalence d'une situation de soin pourra s'objectiver. Par exemple, l'augmentation du taux d'incidence des polypathologies et plurihandicap chez les personnes âgées, de la maladie d'Alzheimer, amène à reconfigurer les modules «Personne âgées et géronto – psychiatrie» dans la formation en soins infirmiers.

Laissons à Philippe PERRENOUD le soin de conclure ce chapitre : «*La formation de compétence exige une 'petite révolution culturelle'pour passer d'une logique de l'enseignement à une logique de l'entraînement (coaching) sur la base d'un postulat assez simple : les compétences se construisent en s'exerçant face à des situations d'emblée complexes. C'est ainsi que les facultés de médecine ayant opté pour l'apprentissage par problèmes ont rapidement renoncé aux cours ex cathedra. 'Il s'agit d'apprendre, en le faisant, à faire ce qu'on ne sait pas faire'(P. MEIRIEU, 1996).*[36]»

Intégration du système LMD et VAE, contrainte ou opportunité ?

L'intégration du LMD dans les formations des études en santé, est devenue obligatoire pour la plupart des formations du secteur sanitaire, faute de quoi des indemnités devront être versées à l'Union européenne pour non respect des accords européens. Face à ce contexte, la volonté politique s'est clairement affirmée en faveur d'une universitarisation de l'ensemble des professions de santé. Pour autant, s'agissant de la formation en soins infirmiers, son statut actuel relève de l'enseignement professionnel supérieur comme dans deux autres pays européens (Allemagne et Luxembourg), ce qui implique qu'elle n'est pas concernée par l'obligation d'entrer dans le système LMD. Cette précision a son importance car elle montre bien l'enjeu actuel qui préconise une universitarisation, mais rien n'est d'emblée acquis dans cette question politique complexe. En outre il y a des enjeux forts qui laissent également augurer de changements profonds dans l'organisation des soins et dans l'offre de formation des professions de santé. Tout d'abord, comme nous l'avons vu, des facteurs démographiques sanitaires en terme de pénurie médicale, notamment, amènent à réfléchir sur le transfert de compétences (rapport Pr. Yvon BERLAND) et laissent augurer des évolutions sensibles en termes de nouvelles compétences. Ensuite, la décentralisation, s'appliquant sur le secteur des formations sanitaires et sociales, renvoie à la présence des régions sur la scène politique. D'une part les plans régionaux de formations (PRDF) devront tenir compte des spécificités régionales tout en maintenant une cohérence avec les objectifs nationaux de santé publique. D'autre part, une volonté de toutes les régions vise à articuler secteur sanitaire et secteur social. Cette articulation devrait optimiser la prise en charge globalisée du patient et favoriser l'interdisciplinarité. En parallèle les réformes engagées par la DHOS sur les procédures d'obtention de diplômes professionnels d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture par VAE, ainsi que les travaux en cours pour les procédures de VAE pour les diplômes d'infirmier de bloc opératoire et d'infirmier, concourent à l'approche par les compétences. En effet, il est impossible de mettre en place la VAE sans identification et la formalisation des compétences inhérentes aux activités cœur de métier.

Face à une telle conjoncture, les professionnels de santé, quels que soient leur filière d'origine et leur secteur d'exercice, ont réfléchi, depuis deux ans environ, sur un projet de réforme des études dans leur corps professionnel. Que ce soit dans le cadre d'associations, de fédérations, de syndicats professionnels, force est de constater que tous les paramédicaux ont spontanément constitué des groupes de travail pour être force de proposition dans la future réforme des études en santé. Au fil des mois ces groupes se sont de plus organisés pour se transformer en collectif, groupements, ayant comme objectif premier de fédérer discours et actions afin de donner plus de poids aux propositions de réformes.

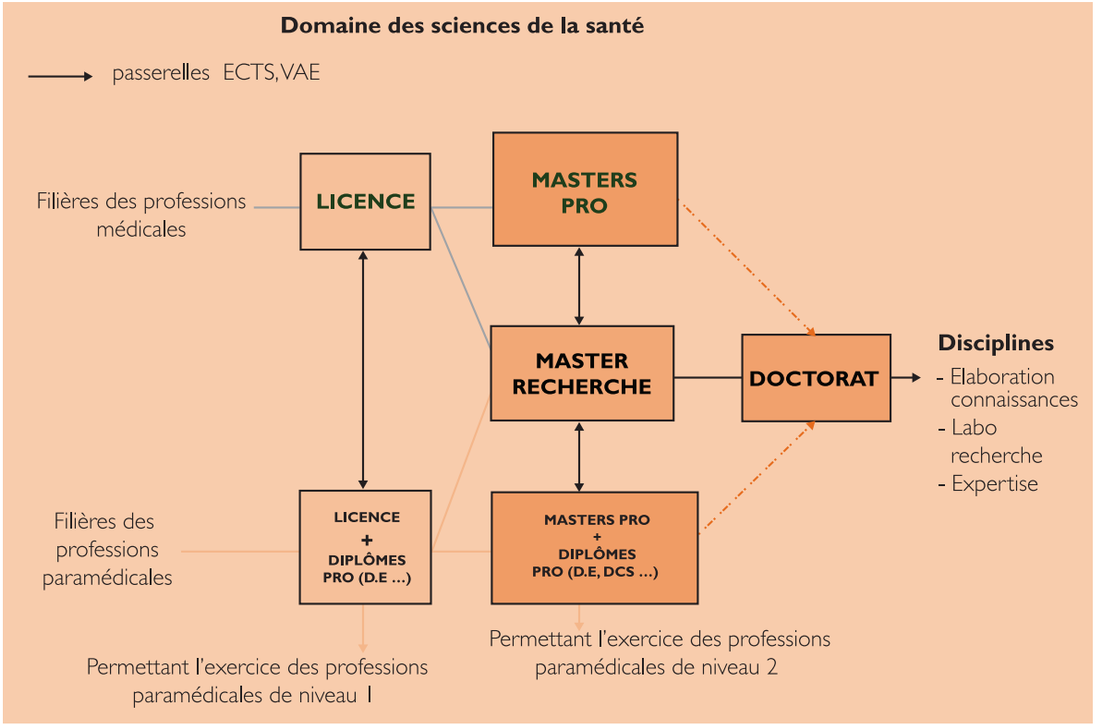
[36] Philippe PERRENOUD, *Construire les compétences dès l'école*, Paris, ESF, 1997.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

En fait, cette volonté affirmée de s'inscrire dans un même combat, de partager une réflexion professionnelle, d'envisager des traits d'union entre les différents corps professionnels, signe déjà une évolution notable dans la culture soignante. Ce mouvement interprofessionnel s'est renforcé face à la consultation élargie que les Ministères de la Santé et de l'Éducation nationale (via l'enseignement supérieur et la recherche) ont initiée dans le cadre de la mise en place du LMD dans les professions de santé.

Concrètement, dans le cadre de cette consultation, chaque corps professionnel, par l'intermédiaire des associations, organisations et syndicats professionnels, a la possibilité et l'opportunité de proposer des pistes de travail, des réflexions, des trames de dispositif de formation. Il en ressort déjà une convergence : à l'unanimité, tous les professionnels paramédicaux consultés ont affirmé leur volonté de voir la réforme des programmes concernant leur profession intégrer l'approche par les compétences et les situations prévalentes ! Ainsi le Comité d'Ententes des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) a adressé au Ministère de la santé une maquette présentant un dispositif de formation dans une vision globale des professions de santé non médicales. Cette maquette est le fruit d'un travail inter associatif représentatif des formations infirmières, cadres et spécialisées. Au regard de cette globalité du dispositif envisagé, il est important de préciser que, en aucun cas les quatre associations se positionnent sur les perspectives de formation des autres professions paramédicales, n'en ayant bien sûr aucune légitimé. Le dispositif présenté vise une démarche globalisante centrée d'une part sur le bénéficiaire des soins, et d'autre part sur le parcours de formation, à «géométrie variable» des différents prestataires des soins. La conception de ce dispositif est bien sûr centrée sur le développement des compétences professionnelles.
La schématisation ci-dessous (extraite du document remis au Ministère de la santé) permet de visualiser les liens et passerelles qu'une telle conception peut engendrer. En aucun cas il ne s'agit de remettre en cause la spécificité de chaque corps professionnel, le choix étant de mettre en évidence les domaines de connaissances et de compétences spécifiques à chaque profession et partagées entre plusieurs corps professionnels. In fine, ce dispositif devra intégrer les propositions respectives de l'ensemble des propositions concernées.

Projet de dispositif de formation des professions de santé [37]



[37] Cette plateforme inter associative réunit le CEFIEC, le CEEPAME, le CEEIADE et l'AEEIBO. Ces quatre associations représentent la très grande majorité des formations infirmières, infirmières puéricultrices, infirmières anesthésistes et infirmières de bloc opératoire.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

L'originalité de la démarche tient au fait même d'une conception interdisciplinaire de la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population au sein d'un bassin de vie. Il s'agissait donc de concevoir un dispositif de formation permettant de fournir sur le marché des professionnels de santé aptes à proposer une offre de soins anticipant les évolutions sociétales. Ainsi, les objectifs poursuivis en amont se sont inscrits dans une visée prospective :

- Prendre en compte, de façon conjointe, les facteurs d'évolution des besoins sanitaires, des systèmes de santé et des politiques de santé qui les sous-tendent, de l'exercice professionnel qui en résulte.
- Transformer la contrainte liée à l'aménagement des enseignements universitaires et supérieurs européens (intégration du LMD) en opportunité au bénéfice des patients et des professionnels de santé.
- Sortir du cloisonnement et du corporatisme, souvent sources de non qualité pour le bénéficiaire des soins, au profit d'une politique d'ouverture basée sur la pluriprofessionnalité et l'interdisciplinarité.

Les principes retenus pour répondre à de telles exigences se sont voulus être garants de la cohérence aux objectifs arrêtés : un dispositif de formation unique et double diplômant, articulant un parcours universitaire (discipline relevant du domaine de la santé) avec une trajectoire professionnelle (filière en soins infirmiers). Une formation individualisée et diversifiée, centrée sur les parcours de formation, véritable levier d'évolution sociale du fait de sa facilité d'accessibilité et de la reconnaissance des parcours pluriels, générateurs de compétence. Ceci fait référence à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (validation des acquis par l'expérience) et au système de crédits universitaires européens transférables (ECTS). **Une filière professionnalisante, centrée sur le développement de compétences spécifiques au cœur de métier, et de compétences partagées entre plusieurs corps professionnels, nécessitant une approche par les familles de situations prévalentes.**

Ainsi, VAE et LMD, à condition qu'ils soient instruits concomitamment et en interaction, constituent une réelle opportunité. En effet, pour pouvoir décerner un diplôme professionnel sans passer par la formation initiale, il faut obligatoirement cibler les compétences attendues et déterminer le parcours à suivre pour prétendre, à partir d'une expérience dont il faudra faire la preuve, à tout ou partie du dit diplôme. C'est ainsi qu'est née la réforme des études d'aides-soignantes, et que le nouveau programme est entré dans une logique de formation par les compétences, versus une formation centrée sur des modules disciplinaires. Cette réforme intègre l'évaluation des compétences en ayant radicalement changé le dispositif d'évaluation. Ceci est une grande avancée pour la professionnalisation des futurs formés. Pour autant, si la VAE peut avoir un effet dynamisant sur la naissance d'un nouveau programme de formation, elle ne doit pas prévaloir en orientant la réforme sur une visée de VAE. C'est-à-dire, que la réforme des programmes de formation doit permettre et intégrer la VAE, mais elle ne doit en aucun cas être instrumentée pour et en fonction de la VAE. De plus, la validation des acquis par l'expérience doit rester une voie d'accès possible, mais ne pas se substituer à la formation elle-même. Quant à l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, elle est une réelle opportunité, tout particulièrement pour voir enfin naître en France des sciences infirmières. Ceci permettrait de repositionner notre pays dans les formations européennes où les sciences infirmières sont depuis longtemps inscrites au patrimoine universitaire. Mais l'intégration dans le système LMD n'est pas une fin en soi, c'est le déclic vers une révolution culturelle au service de la clinique, du bénéficiaire des soins.

CONCLUSION

Il est bien difficile de conclure, au sens où une conclusion fait œuvre d'achèvement, une réflexion qui se veut ouvrir un large champ de nouveaux possibles, et impulser des changements profonds tel que, de changer de paradigme ! Alors en guise de propos conclusifs, j'oserai ouvrir sur ces pistes de réflexion avec quelques questions toutes simples mais essentielles pour tout évaluateur :

- Quels sont les objectifs d'évaluation poursuivis par l'évaluateur ?
- Sont-ils explicites, implicites, que sait l'évaluateur lui-même de ces objectifs ? Et l'évalué, quelle représentation en a-t-il ?
- Quel est le plus important : contrôler des connaissances, ou évaluer leur mobilisation en situation de soin ? Vérifier le déroulé d'une technique de soins ou évaluer la compétence à répondre à une situation de soin ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BARBIER (J-M.), L'évaluation en formation, Paris, PUF, 1985.

BARBIER (J-M.), Savoirs théoriques et savoirs d'action, Paris, PUF, 1996.

BENNER (P.), De novice à expert, Excellence en soins infirmiers, Paris, InterEditions, 1995.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

BONNIOL (J-J.), VIAL M., Les modèles de l'évaluation, Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1997, Coll. Pédagogies Portefeuille.

DELORME (C)., (dir.), L'évaluation en questions, Paris, ESF, 1987, Coll. Pédagogies.

DE PERETTI (A.), et al., Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation, Paris, ESF, [1998], 2005.

DUBAR (C.), TRIPIER (P.), Sociologie des professions, Paris, Armand Colin, 1998.

FIGARI (G.), Évaluer : quel référentiel ? Bruxelles, De Boeck Université, 1994, Coll. Pédagogies en Développement.

FIGARI (G.), ACHOUCHE (M.), L'activité évaluative réinterrogée, Regards scolaires et socioprofessionnels, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, Coll. Pédagogies en Développement.

HADJI (C.), L'évaluation, règles du jeu. Des intentions aux outils, Paris, ESF, [1989] 1993, Coll. Pédagogies.

HADJI (C.), L'évaluation démystifiée, Paris, ESF, [1997] 1999, Coll. Pratiques et enjeux pédagogiques.

LE BOTERF G., De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Édition des organisations, 1997.

MEYER (E.), Évaluer : pourquoi ? comment ? Paris, Hachette Education, 1995.

PAQUAY (L.), et al., Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ? Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1996, Coll. Perspectives en éducation.

PERRENOUD (Ph.), Construire des compétences dès l'école, Paris, ESF, 1997.RAINAL (F.), RIEUNIER (A.), Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, Paris, ESF, 1997, Coll. Pédagogies.

TOUPIN (L.), De la formation au métier. Savoir transférer ses connaissances dans l'action, Paris, ESF, 1995, Coll. Pédagogies.

TOUSSIGNAN (R.), Les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Montréal, Gaëtan Morin, 1990, 2ème édition.

VAN HAECHT (A.), L'école à l'épreuve de la sociologie, Questions à la sociologie de l'éducation, Bruxelles, De Boeck Université, 1998, Coll. Ouvertures Sociologiques.

VIAL (M.), Se former pour évaluer, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, Coll. Pédagogies en Développement.

Périodiques

ANDRIEU (M.), et al., « L'évolution de la profession infirmière à travers les textes », Objectif Soins, juillet/août 1999, N° 77, pp 16-18.

ARDOINO (J.), « L'évaluation comme interprétation. », Pour, N° 107, 1986, pp 120-127.

BOITTIN (I.), et al., « La formation initiale des infirmier(e) s à travers les textes », Objectif Soins, juin/juillet 2001, N° 97, pp 14-18.

CARDINET (J.), « L'objectivité de l'évaluation. », Formation & technologies, N° 0, 1992, pp 17-25.

DE KETELE (J-M.), « L'évaluation conjuguée en paradigmes. », Revue française de Pédagogie, N° 103, 1993, pp 59-80.

DE PERETTI (A.), « Ressources Humaines et Management », revue EPS, n° 223, janvier/février 1992.

GENTHON (M.), « Construire des situations d'apprentissage, Principes généraux et stratégies opératoires, Cahiers Pédagogiques, N° 231, février 1990, pp 12-14.

LANG (V.), « Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux », Soins Cadres, n° 50, mai 2005, pp 21-24.

LE BŒUF (D.), MATILLON (Y.), « De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé », Soins Cadres, n° 50, mai 2005, pp 25-28.

LEFAUCONNIER (A.), « Évaluer la mise en situation professionnelle. », Soins Formation Pédagogie Encadrement, N° 21, 1er trimestre 1997, pp 45-50.

LEGRAND-SALOMON (C.), « Spirale d'apprentissage et processus de professionnalisation. », Soins Formation Pédagogie Encadrement, N° 19, 3ème trimestre 1996, pp 41-48.

MALGLAIVE (G.), « Fonctions et domaines de signification de l'évaluation pédagogique des résultats de la formation. », Pratiques, N° 44, 1984, pp 101-116.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)

MONCET-RUSSEL (M-C.), « Le savoir transmis en formation initiale », Soins Formation Encadrement Pédagogie, N° 26, 2ème trimestre 1997, pp 12-14.

MONNIER (M.), LAMBELIN (A.), « L'enseignement et l'évaluation », Soins Formation Encadrement Pédagogie, N° 24, 4ème trimestre 1997, pp 43-50 [Soins Infirmiers, juin 96, Suisse].

MOSCOVICI (S.), « Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalités », Sciences Humaines, hors série n°21, juin/juillet 1998, pp 11-13.

ROBERTON (G.), « L'interdisciplinarité au service du patient : mythe ou réalité ? Enjeux et perspectives », *Soins*, n° 654, mai 2006.

SAUVAGEOT L., « L'entrée par les compétences dans la formation des soignants », *Soins cadres*, n° 54, pp 70-71.

VIAL (M.), « Évaluer n'est pas mesurer. », Les cahiers pédagogiques, N° 256, 1987, p16, [L'évaluation, 1991, pp 34-35].

Ressources en ligne

www.guyleboterfconseil.fr, consulté le 24/07/06
http://parcours-diversifies.scol.ac-paris.fr/PER-ETTI/COPPERRENOUD.htm, consulté le 24/07/06
www.unige.che/fapse, consulté le 28/06/06

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Telecharge le 22/09/2025 sur https://stm.cairn.info (IP: 188.119.36.123)