



HAL
open science

Evaluer les stagiaires en formation par alternance : la situation des étudiants en soins infirmiers

Thierry Joutard

► **To cite this version:**

Thierry Joutard. Evaluer les stagiaires en formation par alternance : la situation des étudiants en soins infirmiers. Education. Université Rennes 2, 2008. Français. NNT : . tel-00267726

HAL Id: tel-00267726

<https://theses.hal.science/tel-00267726>

Submitted on 28 Mar 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université Rennes 2
UFR Sciences humaines**

THESE

Pour obtenir le grade de :

**Docteur de l'Université
Mention : Sciences de l'éducation**

**Présentée et soutenue publiquement par
Thierry JOUTARD**

Le 17 janvier 2008

Evaluer les stagiaires en formation par alternance

La situation des étudiants en soins infirmiers

Jury

M. Yves DUTERCQ, Professeur, Université de Nantes

Mme. Marie-Odile GALANT, DRASS Pays de la Loire, Directeur des soins

M. Pierre MERLE, directeur de la thèse, Professeur, Université de Rennes 2

M. Patrick RAYOU, Professeur, Université de Paris 8

Remerciements

Un certain nombre de personnes ont été attentives à cette aventure, je souhaite ici les en remercier chaleureusement.

Pierre Merle, professeur des universités, directeur de cette thèse, pour sa lecture attentive, ses conseils et sa disponibilité.

Christine Beloeil, directrice IFSI Châteaubriant pour nos échanges, sa disponibilité, ses critiques et encouragements.

Irène Münch, directrice IFSI Châteaubriant pour avoir favorisé l'obtention d'un congé de formation sans lequel rien n'aurait été possible.

Mes collègues de l'IFSI de Châteaubriant (2001-2006), pour leur curiosité et leurs attentions.

Mes formateurs de l'IFCS de Nantes et de l'université de Provence Aix-Marseille 1, département des sciences de l'éducation (1996-1997) pour ce qu'ils ont amorcé.

Marie-Thérèse Rapiau, ingénieur de recherche au CNRS, pour ses critiques et son aide méthodologique.

Patrick Rayou, professeur des universités, pour avoir suscité chez moi le désir de chercher...

Et quelques amis fidèles qui ont accompagné, l'air de rien, les périodes fastes comme les plus creuses : Gérard R, Samuel B, Christian J, Philippe B.

Quant à toi Daniel, bien que tu ne sois plus là, je n'ai pas oublié ce que je te dois...

De nombreuses personnes ne peuvent pas être citées afin de préserver l'anonymat concernant les lieux d'enquête. Je les remercie particulièrement pour le temps qu'ils m'ont accordé.

A Marie-Christine, avec qui je partage ma vie.

A Alexandre, Wendy, Lisa et Yannis, nos enfants.

Recevez toute mon affection et merci pour votre patience.

A mes parents.

A mes sœurs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE 9

1 FORMATION INFIRMIERE ET PROFESSIONNALISATION	10
2 UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE DES FAITS D’EVALUATION	12
3 EVALUATION ET FORMATION PAR ALTERNANCE	14
4 LES ENJEUX DE LA RECHERCHE	15
5 DES INTERROGATIONS INITIALES A L’OBJET DE RECHERCHE	17

CHAPITRE 1 : ASPECTS METHODOLOGIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES DE LA RECHERCHE 23

INTRODUCTION	23
1 STATUT EPISTEMOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	26
11 ENGAGEMENT ET DISTANCIATION	26
12 UNE RECHERCHE INSCRITE DANS UN PARADIGME CONSTRUCTIVISTE	28
13 STATUT DE L’ENQUETE DE TERRAIN	31
14 STATUT DE LA PAROLE DES ENQUETES	32
2 LES ENTRETIENS	34
21 CHOIX DE L’ENTRETIEN COMME OUTIL DU RECUEIL DE DONNEES	34
22 CHOIX DE LA POPULATION	35
221 Tableau récapitulatif de la population enquêtée	37
222 Tableau récapitulatif des codes utilisés pour identifier la population enquêtée	38
23 ETAPE EXPLORATOIRE	38
231 Organisation de l’étape exploratoire	39
232 Les réunions de travail	40
233 Bénéfices, limites et perspectives après l’étape exploratoire	41
24 RECUEIL DE DONNEES : DES ENTRETIENS COMPREHENSIFS	44
25 ELABORATION DU GUIDE D’ENTRETIEN	46
251 Guide d’entretien	46
252 Elaboration du guide d’entretien et argumentaire	47

26 LES ENTRETIENS INFORMELS	49
3 OBSERVATIONS DES MISES EN SITUATION PROFESSIONNELLES	50
31 POURQUOI OBSERVER LES MISES EN SITUATION PROFESSIONNELLES ?	50
32 L'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DE LA MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE	51
33 DIFFICULTES	52
4 MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES	53
41 INTEGRATION DE DONNEES QUANTITATIVES : LA COLLECTE DES NOTES	53
42 ARTICULATION ENTRE RECUEIL DE DONNEES ET TRAVAIL D'ANALYSE	54
5 MODALITES D'ADMINISTRATION DE LA PREUVE	55
51 DU TERRAIN AUX CONCEPTS	55
52 LE GROUPE DES LECTEURS	56
<u>PREMIERE PARTIE</u>	<u>58</u>
<u>LA FORMATION DES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS : APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET REGLEMENTAIRE</u>	<u>58</u>
<u>CHAPITRE 2 : DU SACERDOCE A LA NAISSANCE D'UNE PROFESSION</u>	<u>59</u>
INTRODUCTION	59
1 AUTONOMIE ET DEPENDANCE DU GROUPE INFIRMIER VIS-A-VIS DU MILIEU MEDICAL	61
11 DU MOYEN-AGE A L'AUBE DU 20 ^{EME} SIECLE : PRIMAUTE DU SACERDOCE	61
12 GENESE DE LA FORMATION DES INFIRMIERES : UNE INITIATIVE MEDICALE	62
13 LES PREMIERES ECOLES D'INFIRMIERES : HETEROGENEITE DU DISPOSITIF DE FORMATION	65
14 L'EVOLUTION DES PROGRAMMES : DES AUXILIAIRES MEDICAUX EN QUETE D'AUTONOMIE	67
141 Evolution du programme conduisant au diplôme d'Etat	68
142 L'évolution de la définition de l'infirmier	71
143 Un élargissement du champ d'action malgré le maintien de la tutelle médicale	71
2 DEUX FILIERES DE FORMATION POUR DEUX METIERS DIFFERENTS	73
21 DEUX DIPLOMES D'INFIRMIER EN FRANCE	73
22 DEUX HISTOIRES, DEUX CULTURES, DEUX METIERS	74
23 DU DEVOUEMENT A LA CONQUETE D'UN STATUT	81
	2

3 UN DIPLOME UNIQUE ET POLYVALENT DEPUIS 1992	86
31 LES GRANDS PRINCIPES	86
32 LES PERSPECTIVES	87
SYNTHESE	89

CHAPITRE 3 : CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA FORMATION

INFIRMIERE **92**

INTRODUCTION	92
1 LES INFIRMIERS ET LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE	93
11 UNE SITUATION DEMOGRAPHIQUE CRITIQUE	93
12 LES INFIRMIERS, PROFESSION DE SANTE LA PLUS REPRESENTEE	96
2 UNE AUGMENTATION DU QUOTA D'ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS	98
21 DES OPTIONS POLITIQUES CONTRADICTOIRES	98
22 LES ECHECS EN FORMATION : QUELLE REALITE STATISTIQUE ?	102
23 UNE PROFESSION QUI RESTE MAJORITAIREMENT FEMININE	105
3 HETEROGENEITE DES VOIES D'ACCES EN FORMATION INFIRMIERE	106
31 DIVERSITE DES FILIERES SCOLAIRES	107
32 UNE ORIGINE SOCIALE DIVERSIFIEE	111
4 AUGMENTATION DES QUOTAS : LA DIFFICILE REORGANISATION DES INSTITUTS	113

CHAPITRE 4 : L'EVALUATION DES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS AU COURS

DE LEUR FORMATION **116**

INTRODUCTION	116
1 LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME	117
11 LES MISSIONS DES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	117
12 LE PROGRAMME DES ETUDES CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT	118
2 LA COLLABORATION ENTRE LES TERRAINS DE STAGE ET LES INSTITUTS DE FORMATION	120
21 UNE COLLABORATION PREVUE PAR LES TEXTES	120
22 DES CLIVAGES ANCIENS ?	124
23 DES EVALUATIONS INSTITUTIONNELLES CONTRADICTOIRES	127
24 L'EVOLUTION DE LA FORMATION CADRE	128

3 LES POINTS NEVRALGIQUES DU DISPOSITIF D’EVALUATION	129
31 L’ENCADREMENT ET L’EVALUATION DES ETUDIANTS EN STAGE	131
311 Cadre réglementaire	131
312 La faible influence des notes de stage sur la carrière des étudiants	132
32 LA MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE	133
321 Qu’est-ce que la « mise en situation professionnelle » ?	133
322 La mise en situation professionnelle, une épreuve décisive	135
SYNTHESE	137
<u>DEUXIEME PARTIE</u>	<u>139</u>
<u>EVALUER LES STAGIAIRES : L’HETEROGENEITE DES PRATIQUES ET SES EFFETS SUR LA CARRIERE DES ETUDIANTS</u>	<u>139</u>
<u>CHAPITRE 5 : L’AMBIGUÏTE DE LA FONCTION TUTORALE ET SES REPERCUSSIONS SUR L’ACTIVITE D’EVALUATION</u>	<u>142</u>
INTRODUCTION	142
1 LES FORMATEURS-SOIGNANTS ET L’INSTITUT DE FORMATION : QUELLE COHERENCE ?	144
11 LES DISCOURS LOYAUX VIS-A-VIS DE L’INSTITUT DE FORMATION	145
12 LES DISCOURS CRITIQUES VIS-A-VIS DE L’INSTITUT DE FORMATION	152
13 LES DISCOURS AMBIVALENTS VIS-A-VIS DE L’INSTITUT DE FORMATION	158
2 CO-EVALUER LES STAGIAIRES, UNE COLLABORATION AMBIGUË	161
21 LA PERCEPTION DES FORMATEURS-SOIGNANTS PAR LES FORMATEURS DE L’INSTITUT	162
22 LA PERCEPTION DU FORMATEUR DE L’INSTITUT PAR LES FORMATEURS-SOIGNANTS	166
23 LA JUSTIFICATION DE LA NOTE	167
3 LE STAGE : UN ROLE LIMITE	170
31 LE STAGE SELON LES FORMATEURS DE L’INSTITUT	171
32 LA VALEUR DES NOTES ACCORDEES EN STAGE	173
CONCLUSION	177

CHAPITRE 6 : DES STRATEGIES INDIVIDUELLES AUX STRATEGIES

INSTITUTIONNELLES **180**

INTRODUCTION	180
1 LES STRATEGIES D'ADAPTATION DE L'ETUDIANT	181
11 APPRENDRE A S'ECARTER DES MODELES	181
12 ANTICIPER LES ATTENTES DES EVALUATEURS	182
13 UNE TRADUCTION INCESSANTE ENTRE LES DEUX ESPACES DE FORMATION	186
14 L'ETUDIANT ET LES SOURCES POSSIBLES D'INCERTITUDE	188
15 UNE MISE EN SCENE A DESTINATION DU FORMATEUR DE L'INSTITUT	192
16 LE CHOIX DU CONTEXTE DE L'EPREUVE	195
17 LA MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE DU DIPLOME D'ETAT	199
18 STRATEGIE ET MISE EN SCENE : LA NECESSAIRE COMPLICITE DES FORMATEURS-SOIGNANTS	202
2 LES STRATEGIES INSTITUTIONNELLES	206
CONCLUSION	208

CHAPITRE 7 : RELATION PEDAGOGIQUE ET EVALUATION **211**

INTRODUCTION	211
1 LES TYPES DE RELATION PEDAGOGIQUE	212
11 UNE RELATION CENTREE SUR LA DYNAMIQUE PSYCHOLOGIQUE DE L'ETUDIANT	213
12 UNE RELATION CENTREE SUR LA TACHE A ACCOMPLIR	214
13 UNE RELATION ALTERNANTE	215
2 EFFETS DE LA RELATION PEDAGOGIQUE SUR LES PRATIQUES D'EVALUATION	217
21 L'APPRECIATION DU RISQUE ET LE STATUT DE L'ERREUR	217
211 Karl, l'erreur d'un étudiant brillant	219
212 Edith, la dangerosité d'une étudiante à problèmes	221
213 Karl et Edith : deux poids, deux mesures ?	222
22 L'EVALUATION : PRATIQUE DE FORMATION OU SELECTION ?	224
221 Un concept polysémique	224
222 Une difficulté pour les formateurs-soignants à apprécier le niveau d'exigence attendu	227
23 AMBIGUITES AUTOUR DE L'EVALUATION DES PRATIQUES	228
3 DES EVALUATEURS PLUS OU MOINS SURS DE LEUR JUGEMENT	230
31 DES EVALUATEURS CERTAINS DE L'OBJECTIVITE DE LEUR JUGEMENT	231

32 DES EVALUATEURS PREOCCUPES D'OBJECTIVITE	232
33 DES EVALUATEURS ASSUMANT LA NECESSAIRE SUBJECTIVITE DE L'EVALUATION	233
4 ENTRE EVALUATION DES PRESTATIONS ET EVALUATION DES INDIVIDUS	235
41 RETOUR SUR LES CONDITIONS DE PRODUCTION DU DISCOURS EVALUATIF	235
42 EVALUATION DE LA PRESTATION ET/OU DE L'ETUDIANT	236
43 DE LA REPRESENTATION DU METIER A LA REPRESENTATION DE L'ETUDIANT	241
5 CECILE ET AURELIE, DEUX ETUDIANTES EN SITUATION D'EVALUATION	244
51 CECILE, UNE IMAGE INSTITUTIONNELLE POSITIVE	244
511 Présentation	244
512 Discussion	247
513 Conclusion	248
52 AURELIE, LA GESTION DES IMPREVUS	249
521 Présentation	249
522 Discussion	251
523 Conclusion	252
CONCLUSION	253
<u>CHAPITRE 8 : LES EFFETS DU CONTROLE SOCIAL</u>	<u>255</u>
INTRODUCTION	255
1 LE CONTROLE HIERARCHIQUE ET INSTITUTIONNEL	256
11 LE REGARD DE LA HIERARCHIE SUR L'EVALUATION DES ETUDIANTS	256
111 L'influence du directeur de l'institut de formation	256
112 L'influence des cadres	262
113 Un enjeu essentiel pour la hiérarchie : l'image institutionnelle	267
12 LES STRATEGIES DE SURVIE DES EVALUATEURS	269
2 LE CONTROLE SOCIAL DES PAIRS	270
21 LE GROUPE ET SON INFLUENCE	270
22 L'INFLUENCE DU GROUPE DES PAIRS	272
23 LE RISQUE DE MAUVAISE REPUTATION	277
CONCLUSION	278
<u>CHAPITRE 9 : LES MALADES, ACTEURS DE L'EVALUATION DES STAGIAIRES</u>	<u>280</u>

INTRODUCTION	280
1 SOLLICITER LA PARTICIPATION DES MALADES	280
2 LA PAROLE DES PERSONNES SOIGNEES	282
21 UN INDICATEUR DE LA QUALITE DES SOINS	282
22 LA COMPLICITÉ MALADE/STAGIAIRE	283
23 UNE OCCASION POUR LE MALADE DE DENONCER LES MAUVAISES PRATIQUES	285
24 DIRE OU NE PAS DIRE SON MECONTENTEMENT	287
CONCLUSION	288
<u>CHAPITRE 10 : DE L'EFFET EVALUATEUR A L'EFFET ETABLISSEMENT</u>	<u>290</u>
1 EFFET-MAITRE ET EFFET-EVALUATEUR	290
2 DE LA DIVERSITE DES MANIERES DE NOTER, L'EFFET EVALUATEUR	291
21 CHOIX DES ETABLISSEMENTS	292
211 Des établissements aux réputations différentes	292
212 Les données recueillies : les notes de mise en situation professionnelle	293
213 Le public accueilli : similitudes et différences	295
22 UNE PLUS GRANDE SEVERITE AU SEIN DE L'INSTITUT LEONIE CHAPTAL	303
23 APPROCHE STATISTIQUE DE L'EFFET EVALUATEUR	306
CONCLUSION	307
<u>CHAPITRE 11 : DEVENIR AIDE-SOIGNANT : UNE PORTE DE SORTIE POUR LES ETUDIANTS EN DIFFICULTE ?</u>	<u>309</u>
1 LES ETUDIANTS EN SITUATION D'ECHEC	309
2 AIDE-SOIGNANT : UNE ACTIVITE SOCIALEMENT PEU RECONNUE	310
3 AIDE-SOIGNANT : UNE ACTIVITE PAR DEFAUT SELON LES ETUDIANTS	314
4 AIDE-SOIGNANT : UNE ALTERNATIVE SELON LES FORMATEURS	317
CONCLUSION	319
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	<u>320</u>

Introduction générale

1 Formation infirmière et professionnalisation

La formation en soins infirmiers est à la croisée des chemins car, inscrite dans une dynamique de professionnalisation, elle cherche à rompre avec une logique disciplinaire qui empruntait jusqu'alors à des savoirs non spécifiques à la profession d'infirmier. D'ailleurs, le programme actuel de formation a conservé des traces de son passé. Il s'organise encore, pour l'essentiel, autour d'une déclinaison des disciplines médicales et, à un degré moindre, psychologiques.

Le milieu infirmier, ou tout au moins certaines de ses composantes, cherche son émancipation notamment vis-à-vis du corps médical. Les positions tenues à ce sujet divergent car ce groupe professionnel apparaît segmenté au sens de Bucher et Strauss ([1961], 1992)¹. Anselm Strauss, un des représentants du courant interactionniste, communément appelé « école de Chicago », a marqué à la suite de Hughes une rupture avec le modèle fonctionnaliste dominant jusqu'aux années 50. Il a notamment montré pour la profession médicale que ce milieu n'était pas homogène et que les divers « *segments* » qui le composent sont porteurs d'autant de valeurs et d'idéologies particulières². Les diverses spécialisations infirmières (bloc opératoire, puériculture, anesthésie, encadrement ou pédagogie), la variété des terrains d'exercice (médecine, gériatrie, psychiatrie, secteur public ou privé, exercice salarié ou libéral, hospitalier ou non, etc.) favorisent cette segmentation. La presse professionnelle montre l'éventail des positions exprimées. L'exemple de la délégation d'actes médicaux aux infirmiers permet d'en illustrer quelques

¹ Bucher Rue, Strauss Anselm., « La dynamique des professions », 1961 in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger)., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992.

² Ce qui constitue sans doute la principale rupture théorique avec l'école fonctionnaliste de Parsons pour qui les professions sont justement caractérisées par un partage des institutions et des valeurs, le tout assurant la cohésion sociale du groupe (Dubar Claude, Tripier Pierre., *Sociologie des professions*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, 1998, p. 87).

aspects³. En effet, dans un contexte national de pénurie médicale, des expérimentations ont actuellement lieu qui visent à déléguer aux personnels paramédicaux certaines activités relevant jusqu'alors de l'exercice médical⁴. Vécu par les uns comme une marque de reconnaissance des compétences par la communauté médicale, ce projet s'avère pour les autres, un pis-aller censé faire face à la pénurie de cette même communauté et au total, marqué de l'assujettissement infirmier. Ce débat n'a en soi rien de nouveau puisque comme Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004, p. 68)⁵ ont eu l'occasion de le rappeler, Antoinette Chauvenet (1974), dès les années 70, dans un article au titre évocateur, mettait en évidence cette tension inhérente à la pratique infirmière entre le désir de se rapprocher du « geste médical » et celui qui, au contraire, cherche à mettre en avant la spécificité de l'exercice. Le métier se trouvait déjà à l'époque selon Chauvenet, traversé par des questions autour de l'autonomie professionnelle et de la valorisation sociale⁶.

Cette émancipation passe, entre autres, par une définition puis une affirmation d'un savoir propre issu d'une clinique infirmière encore trop peu formalisée. Un large état des lieux de la presse professionnelle montre à la fois, et ce de manière récurrente, que les infirmiers cherchent à identifier ce qui fait la valeur ajoutée de leur prestation soignante mais en même temps, regrettent la faiblesse de l'activité de recherche au sein de la profession. C'est pourquoi

³ Lire partout infirmier(s)/infirmière(s).

⁴ Ces expérimentations font suite aux rapports suivants présentés par le Professeur Yvon Berland : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003 ; « La démographie des professions de santé », novembre 2002.

⁵ Carricaburu Danièle, Ménoret Marie., *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Editions Armand Colin, Collection « U », Paris, 2004.

⁶ Chauvenet Antoinette., « L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social », *Projet n°90*, 1974. Voir également à ce sujet : Aiach Pierre, Fassin Didier, Saliba Jacques., « Crise, pouvoir et légitimité » in Aiach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de)., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994.

l'approche nosographique, issue du modèle médical, occupe encore l'essentiel de l'espace de formation ainsi que celui des pratiques de soin quotidiennes.

Cette logique de professionnalisation peut aussi être identifiée « *comme un ensemble de stratégies utilisées par des groupes sociaux pour se faire reconnaître et améliorer leur position relative* » (Lang, 2004, p. 22)⁷. L'accès à l'université des personnels infirmiers participe à l'évidence de ces stratégies. Il permet en effet de développer la capacité de ses membres à produire des travaux universitaires permettant d'asseoir la reconnaissance de professionnels capables d'analyser et, par conséquent, de faire évoluer les pratiques.

La recherche présentée s'inscrit dans ce processus collectif de professionnalisation puisqu'elle cherche à comprendre comment les infirmiers participent à l'évaluation de leurs futurs pairs au cours de leur formation.

2 Une approche sociologique des faits d'évaluation

Les multiples acceptions du terme « évaluation » nous commandent de préciser celle que nous entendons utiliser au cours de cette recherche⁸. En référence à Yvan Abernot (1996, p. 6), nous considérerons que « *l'évaluation consiste principalement en la représentation d'une production scolaire par une note* »⁹. Autrement dit, les étudiants en soins infirmiers subissent un certain nombre d'épreuves qui sont notées. Les résultats obtenus sont pris en compte dans le processus de validation des compétences au cours des trois années de formation. Nous préciserons le temps venu, la nature des épreuves auxquelles nous allons nous intéresser (cf. chapitres 1 et 4).

⁷ Lang Vincent., « Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux », *Soins Cadres* n°50, mai 2004.

⁸ Pour une approche des différents paradigmes auxquels renvoie ce concept d'évaluation, on pourra se référer à Bonniol Jean-Jacques, Vial Michel., *Les modèles de l'évaluation* (Textes fondateurs avec commentaires), Editions De Boeck, Collection « Pédagogie », Série « Portefeuille », Bruxelles, 1997.

⁹ Abernot Yvan., *Les méthodes d'évaluation scolaire*, Editions Dunod, Collection « Savoir enseigner », Paris, 1996.

Une question majeure est de savoir, par-delà les textes, les programmes, les organisations ou encore les déclarations d'intention, ce qu'il en est *réellement* de l'évaluation des étudiants en soins infirmiers ? La recherche sociologique participe à la connaissance des dimensions plus ou moins manifestes d'un phénomène étudié pour « *essayer de regarder au-delà des objectifs de l'activité humaine tels qu'ils sont communément acceptés ou officiellement définis* » (Berger, 1973, p. 50)¹⁰. Ainsi, on ne saurait réduire une pratique sociale à telle ou telle finalité formellement exprimée et, sous cet angle, tout événement humain peut être considéré comme ayant « *plusieurs niveaux de signification dont certains restent parfaitement ignorés de la conscience quotidienne* » (Berger, *ibid.*).

Pour ce qui concerne la formation, des acteurs doivent faire « vivre » un dispositif prévu par des textes réglementaires. Dès lors, et en fonction des buts officiellement poursuivis, comment les uns et les autres organisent-ils leurs actions ? Peut-on identifier les points de convergence entre les différents acteurs mais également ce qui les différencie voire les oppose ? Comment s'effectuent les aménagements et prises de décisions quotidiennes ?

En référence à ce que Jean-Claude Forquin (1990, p. 104)¹¹ appelle un « *déplacement conceptuel* », avec l'émergence dans les années soixante, de la « *nouvelle sociologie de l'éducation* », nous allons nous intéresser « *aux processus effectifs* » qui traversent l'organisation de la formation infirmière. Nous porterons notre attention sur ceux qui en sont les acteurs, aux relations sociales qui les animent, à ce « *jeu de rôle ouvert et largement improvisé* » auquel Forquin fait allusion dans le même article (*ibid.* 105). L'approche se veut interactionniste puisqu'il ne s'agira pas par exemple, d'envisager le « *savoir véhiculé* » en tant que tel, c'est-à-dire disposant d'une « *valeur intrinsèque* » (*ibid.*) mais plutôt d'en envisager la construction, les négociations préalables, les arrangements constitutifs. Comme Perrenoud (2001b) l'avait souligné, « *pour le sociologue LE*

¹⁰ Berger Peter., *Comprendre la sociologie*, Editions du centurion, Paris, 1973.

¹¹ Forquin Jean-Claude., « La nouvelle sociologie de l'éducation en Grande-Bretagne : orientations, apports théoriques, évolution », in *Revue française de pédagogie* (collectif), *Sociologie de l'éducation : dix ans de recherches*, INRP, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1990.

savoir n'existe pas au singulier, ou seulement à la faveur d'une domination sans partage ou d'un consensus provisoire. À un moment particulier de l'histoire, dans une société donnée ou un espace plus restreint, DES savoirs circulent, s'affrontent, se substituent les uns aux autres ou se partagent le territoire »¹².

Au-delà de la question du savoir, les différentes situations pédagogiques sont l'objet d'incessantes tractations où les acteurs interprètent, aménagent, « *bricolent* » (Forquin, op. cit. 106). Par conséquent, cette recherche vise à connaître, à identifier le chemin des implicites, des non-dits, de la quotidienneté.

3 Evaluation et formation par alternance

Dans l'introduction générale de son ouvrage, Yves Palazzeschi (1998 a, pp. 11-12) milite pour une sociologie de la formation qui doit notamment se démarquer d'une sociologie de l'éducation dont Joffre Dumazedier et Philippe Fritsch avaient déjà respectivement posé les limites pour appréhender cet objet sociologique particulier que semble constituer la formation des adultes¹³.

L'argument principal consiste à noter que la formation des adultes s'inscrit à la fois dans la sphère éducative au sens large, c'est-à-dire incluant le développement de l'individu et l'enseignement qu'il reçoit, mais également dans la sphère productive (Palazzeschi, 1998 a, op. cit. 12, Palazzeschi, 1998 b, pp. 536-537¹⁴) dont le monde du travail constitue un des aspects. C'est donc entre une sociologie de l'éducation et une sociologie du travail que la sociologie de la formation cherche à affirmer sa place. Pour ce qui nous concerne, nous proposons d'y adjoindre le terme d'alternance afin de mettre l'accent sur une formation

¹² Perrenoud Philippe., Former à l'action, est-ce possible ?, Journée « Former à des savoirs d'action, est-ce possible ? Comment faire ? », IUFM de Lyon, 5 juillet 2001.

¹³ Palazzeschi Yves., *Introduction à une sociologie de la formation, Anthologie de textes français (1944-1994), Les pratiques constituantes et les modèles*, Volume 1, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1998a.

¹⁴ Palazzeschi Yves., *Introduction à une sociologie de la formation, Anthologie de textes français (1944-1994), Les évolutions contemporaines*, Volume 2, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1998b.

certes post-scolaire mais ne s'adressant pas encore à des professionnels reconnus et statutairement validés. Cette recherche se voudra donc une contribution à une sociologie de l'évaluation dans le cadre particulier de la formation par alternance, celle des infirmiers.

Contrairement à l'ouvrage précédemment cité (Palazzeschi, *ibid.*), nous nous intéresserons au champ de la formation professionnelle initiale dont l'alternance constitue un principe fondateur. La formation des étudiants en soins infirmiers nous paraît constituer un exemple intéressant d'une situation particulière qui associe des logiques de production (d'un service) avec des logiques de formation. Situation particulière mais pas situation singulière car plusieurs autres champs professionnels ont inscrit dans leur logique de formation le principe d'alternance. Par exemple, les différentes formations médicales et paramédicales s'inscrivent dans cette logique même si les organisations pédagogiques diffèrent. Autre exemple avec les enseignants qui reçoivent une formation à l'IUFM¹⁵ ainsi qu'un apprentissage du métier sur le terrain, dans les établissements scolaires. Sans vouloir être exhaustif, il s'agit de formations professionnelles pour lesquelles la question du partenariat et de ses articulations se pose avec acuité. Cette recherche participe d'une tentative d'élucidation des différents enjeux que l'alternance suppose.

4 Les enjeux de la recherche

La situation actuelle de pénurie de personnel infirmier devrait s'aggraver d'ici à 2015 si des mesures radicales ne sont pas prises (cf. chapitre 3). C'est la raison pour laquelle certaines instances de la République se sont saisies de cette situation éminemment problématique. Le Conseil économique et social, par la voie de son rapporteur (Pinaud, 2004, p. I-9)¹⁶, a d'ores et déjà souligné qu'il « *apparaît donc essentiel d'œuvrer à ce que le secteur retrouve son attractivité et à ce que les personnels soient bien préparés à la prise en charge des populations*

¹⁵ Institut universitaire de formation des maîtres.

¹⁶ Pinaud Michel., *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*, Rapport au Conseil économique et social, 2004.

bénéficiaires, d'où la nécessité de s'attacher à recruter des personnels qualifiés, mais également de revisiter les formations initiales et continues, et de professionnaliser les acteurs ».

Face à une telle situation, l'accueil et l'encadrement des stagiaires deviennent un centre d'intérêt particulier, notamment quand il s'agit de préparer l'avenir. Ce qui était vécu jusqu'alors comme une mission annexe (former) à côté de la mission principale (soigner) pourrait prendre une autre place aux yeux des professionnels de santé. Michel Pinaud, (2004, *ibid.* I-27), toujours pour le Conseil économique et social, considère que *« l'accueil et l'encadrement des stagiaires devraient être reconnus à part entière dans le contenu du travail des professionnels en poste et intégrés dans la charge de travail et le calcul des effectifs »*. Cette recherche vient donc, entre autres objectifs, inscrire le champ de la formation des soignants comme espace d'exploration des pratiques. En effet, si de nombreuses recherches sont entreprises dans et sur l'univers de la santé, il n'existe pas à notre connaissance de travaux ayant pour objet les processus pédagogiques en formation infirmière et notamment ceux qui concernent l'évaluation des stagiaires.

Un autre enjeu est sous-jacent à toute recherche sur les pratiques alternantes, celui de la légitimité des savoirs véhiculés. Comment, en effet, les savoirs s'articulent-ils entre deux espaces-temps de la formation, celui du stage et celui de l'école ? L'évaluation des stagiaires représente une porte d'entrée pour analyser plus largement ce qui fonde la légitimité, c'est-à-dire la reconnaissance par les acteurs de ce qui est juste. Habituellement évoquée dans toute sa dichotomie, l'alternance dans la formation infirmière offre un exemple d'organisation dont l'analyse doit nous renseigner sur le mode de légitimation des savoirs. De ce point de vue, l'évaluation dans l'entreprise (l'hôpital, la clinique) par les représentants de l'école (l'institut de formation) est une opportunité à saisir pour le chercheur qui souhaite éclairer la question de la légitimité, et son corollaire, celle de la collaboration entre les formateurs, qu'ils soient représentants de l'institut de formation ou des services de soins.

5 Des interrogations initiales à l'objet de recherche

Le passage d'une question de départ à une question de recherche s'opère par tâtonnements successifs. La formation par alternance nous est apparue comme un sujet possible mais la question de départ s'est vite avérée un objet insaisissable. En effet, nous cherchions à comprendre les enjeux sous-tendus par le principe d'alternance et, par conséquent, à explorer les niveaux de collaboration entre les différents partenaires. L'entreprise est apparue trop ambitieuse, l'objet insuffisamment circonscrit pour que le travail empirique puisse être fructueux. Les premiers entretiens, à visée exploratoire (cf. chapitre 1), ont montré la nécessité de réduire le champ des possibles, tant les thèmes abordés par nos interlocuteurs étaient vastes ce qui avait pour effet de « diluer » les questions au lieu de les délimiter.

Nous nous sommes alors attachés à identifier ce qui pouvait constituer le dénominateur commun de ces diverses rencontres. Le stage, en tant qu'espace occupé à la fois par les soignants, les formateurs et les étudiants, semblait cristalliser les interrogations communes. Des motifs d'insatisfaction y sont en effet régulièrement exprimés ce qui méritait une attention particulière. L'évaluation des étudiants en stage fait débat et est apparue comme un révélateur possible des rapports sociaux entretenus entre les différents acteurs.

En outre, le taux d'échec aux épreuves du diplôme d'Etat mais davantage la progression du nombre d'étudiants quittant la formation, ont confirmé l'intérêt des modes d'évaluation en tant que « porte d'entrée » vers une connaissance des processus effectifs de formation¹⁷. Comment se fonde la décision qui valide un niveau satisfaisant de formation ou, au contraire, à partir de quel moment décide-

¹⁷ On situe, en effet depuis quelques années, le taux d'échec au diplôme d'Etat entre 5 et 8% des candidats présentés. Longtemps, ce taux a été inférieur à 5% et ce, de manière stable. Des analyses régionales confirment cette évolution. Voir par exemple, Ceccaldi Sylviane., « Nouveau diplôme d'Etat infirmier, analyse des résultats en région PACA », *Soins Cadres* n°59, août 2006.

Dans le même temps, 20 à 25% des étudiants quittent la formation (abandons ou exclusions) ou redoublent au cours des trois années. Pour plus de détails, voir le chapitre 3.

t-on que tel ou tel étudiant ne pourra pas continuer son parcours de formation ? Sur quoi reposent les indicateurs utilisés lors de ces situations d'évaluation ? En quoi des éléments non observables pendant l'épreuve viennent-ils interférer sur le processus de décision ?

Pierre Merle (1996, p. 303) a montré comment les « *appréciations professorales sont profondément façonnées par des contextes scolaires complexes qui autorisent ou non certaines formes de jugement selon les caractéristiques sociodémographiques des élèves (âge, sexe, origine sociale) et selon le type d'établissement, la section, la discipline, etc.* » et qu'à « *partir de ces contextes scolaires spécifiques, les professeurs construisent plus ou moins consciemment des arrangements évaluatifs de type collectif ou individuel* »¹⁸. Autrement dit, les jugements rendus à propos des prestations des élèves dépassent la simple application d'un barème de correction. Ils sont à considérer comme la résultante de l'interaction élève/professeur en ce qu'elle a notamment de plus « social ». A cet égard, le statut social (au sens large) de l'élève est alors à regarder comme un élément clé du processus de décision le concernant.

Les évaluateurs, quels qu'ils soient, disposent en général, de données relatives au candidat avant l'épreuve. Ces données peuvent concerner ses performances passées, elles peuvent également relever de la sphère privée. Le candidat lui-même, dispose en général d'éléments de connaissance des évaluateurs, rencontrés dans les divers espaces pédagogiques. Cette interaction entre des éléments de connaissance mutuels *a priori* alimentent ce que nous appellerons la *carrière* étudiante.

Nous chercherons donc à identifier les éléments du parcours des étudiants qui orientent leur succès ou, à l'inverse, leur échec. Le concept de carrière (Hughes, [1967], 1996, pp. 175-185) s'avère opportun afin d'accompagner cette

¹⁸ Merle Pierre., *L'évaluation des élèves, enquête sur le jugement professoral*, PUF, Paris, 1996. Voir également Felouzis Georges., *L'efficacité des enseignants, sociologie de la relation pédagogique*, PUF, Collection « Pédagogie d'aujourd'hui », Paris, 1997.

réflexion¹⁹. Hughes évoque la carrière au sens de « *parcours suivi par une personne au cours de sa vie, et plus précisément au cours de la période de sa vie pendant laquelle elle travaille* » (ibid. 175). Il ne réduit pas son approche, bien au contraire, à la carrière formelle de l'individu (avancement, échelons, etc.). Il propose, au contraire, d'analyser l'interaction entre les histoires singulières des acteurs et les orientations professionnelles afin de déterminer la nature de ce qui est choisi ou subi (ibid. 176). Des éléments récurrents peuvent alors être repérés à côté de ce qui reste unique, cette « *dialectique* » entre ces deux pôles faisant la particularité de la proposition de Hughes (ibid. 176).

En situation d'évaluation, le jury fonde sa décision à partir du recueil d'éléments observables produits par le candidat. Le stage, tout comme l'épreuve pratique ou encore la vie quotidienne dans l'institut de formation fournissent l'occasion à l'étudiant d'être vu. Nous proposons de chercher à comprendre comment sont produits, utilisés (et par qui ?) les arguments en faveur ou en défaveur de la poursuite du parcours de formation ou, pour rejoindre Alain Coulon (1993, p. 50) dans sa référence à Hughes, identifier en quoi « *les jugements et évaluations qui sont faites par le corps enseignant influencent directement la "carrière" d'un élève* »²⁰.

S'il s'agit d'étudier la réussite ou l'échec en formation, encore faut-il définir ces termes. Nous appellerons échec la situation d'étudiants qui n'obtiendront pas le diplôme pour lequel ils étaient pourtant entrés en formation. *À contrario*, la notion de réussite se rapporte aux étudiants qui obtiennent leur diplôme d'Etat. Nous convenons que pour certains étudiants, voire pour certains instituts de formation, ces notions puissent être sujettes à caution. En effet, le fait, par exemple, d'arrêter sa formation peut être vécu positivement par un sujet qui souhaitait une autre orientation. De même, un institut de formation qui exclut un

¹⁹ Hughes Everett C., « Carrières », 1967 in Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996.

²⁰ Coulon Alain., *Ethnométhodologie et éducation*, PUF, Collection « L'éducateur », Paris, 1993.

étudiant au comportement incompatible avec l'exercice de la profession, pourra estimer qu'il s'agit, non pas d'un échec, mais plutôt d'une prise de responsabilité inhérente à la fonction pédagogique. En d'autres termes, et dans une situation similaire, ce qui aura pu être un échec pour certains ne le sera pas pour d'autres.

Une autre facette de la question est de savoir s'il est possible d'établir un lien entre les pratiques des évaluateurs et le fait pour les stagiaires de réussir ou d'échouer en formation. Nous avançons comme hypothèse que les pratiques d'évaluation des formateurs sont hétérogènes et que, de ce point de vue, elles ont des répercussions immédiates sur le devenir en formation des étudiants²¹. Afin de travailler cette hypothèse, nous proposons trois questions qui doivent servir de fil conducteur :

- quels sont les variables qui interviennent dans la décision rendue par un formateur qui évalue l'activité d'un stagiaire ?
- en quoi ces variables se distinguent-elles des objectifs formels de l'épreuve ?
- comment les étudiants s'adaptent-ils aux pratiques de ceux qui les évaluent ?

Pourquoi s'intéresser aux pratiques d'évaluations des formateurs ? Pour plusieurs raisons de niveaux différents. En premier lieu, cette approche doit nous permettre d'analyser les processus de sélection et d'évaluation en formation. Ensuite, l'interaction entre l'étudiant et le milieu professionnel qu'il découvre en stage, mérite un approfondissement en tant que révélateur des difficultés rencontrées par les candidats. Enfin, aucun travail de recherche n'a été mené sous cet angle, les cohortes d'étudiants ayant quitté la formation pour quelque

²¹ Par formateur, nous entendons tout infirmier ou cadre qui participe à la formation des étudiants et ce, quel que soit le lieu de son exercice, en institut de formation ou dans un service hospitalier. Plus spécifiquement, nous appellerons « formateurs-soignants », les infirmiers ou cadres qui exercent dans les services de soins (terrains de stage) et « formateurs de l'institut », ceux qui ont la responsabilité de l'organisation générale de la formation et qui exercent leur activité professionnelle au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

raison que ce soit, n'étant au mieux, repérées que statistiquement par le ministère.

Cette recherche doit permettre de comprendre dans quelle mesure les épreuves organisées afin d'évaluer les prestations des étudiants, afin de certifier un niveau minimum autorisant l'exercice professionnel sont l'objet d'enjeux dépassant la fonction officielle dévolue à tout examen. Dans le cadre de la formation par alternance, la question de la collaboration entre les différents partenaires constitue le soubassement de toute analyse sur les problématiques liées à l'évaluation lors des stages. Une raison essentielle à cela, deux espaces de formation, celui de l'école et celui du stage, cohabitent nécessairement dans un tel dispositif (cf. chapitre 4).

Après un chapitre introductif centré sur les questions méthodologiques et épistémologiques que l'ensemble de cette recherche soulève, cette thèse s'organise en deux parties.

Dans une première partie, afin de donner les éléments de contexte utiles à la compréhension des analyses qui suivront, nous procéderons à un examen historique des grandes évolutions concernant le métier et la formation des infirmiers (chapitre 2). Ensuite, une analyse sociodémographique de la population étudiante et infirmière permettra de cerner en quoi des évolutions démographiques récentes viennent déstabiliser le dispositif de formation et, par conséquent, son organisation quotidienne (chapitre 3). Cette première partie aura également pour objet de procéder à un état des lieux des questions et problématiques que soulève le fait d'être évaluateur ou évalué dans le cadre particulier de la formation par alternance. Des repères réglementaires seront notamment précisés (chapitre 4).

Dans une seconde partie, nous ferons état du résultat de notre recherche empirique et examinerons en quoi la collaboration entre les terrains de stage et les instituts de formation ne va pas de soi. Des répercussions sur l'activité des formateurs en situation d'évaluation sont alors identifiables (chapitre 5). Puis, nous analyserons en quoi les stagiaires peuvent orienter le cours des épreuves en mobilisant des ressources stratégiques individuelles mais aussi collectives

(chapitre 6). Ensuite, nous verrons comment les formateurs en situation d'évaluation se positionnent face à la difficile définition de ce que seraient les compétences infirmières attendues. Ils confrontent alors la pratique observée à celle qui leur sert de repères, c'est-à-dire issue de leur propre expérience (chapitre 7), laquelle se trouve au cœur d'un réseau plus ou moins formel de contrôle des pratiques. De ce point de vue, l'activité d'évaluation est en elle-même évaluée. L'influence de la hiérarchie mais également des pairs oriente à son tour les décisions concernant les stagiaires (chapitre 8). Les malades sont, quant à eux, loin d'être passifs, et interviennent en faisant état de la compétence estimée du candidat. Bien que n'appartenant pas officiellement au jury, ils mobilisent des ressources et tentent de faire entendre leur point de vue (chapitre 9). Un autre chapitre reposera sur une approche classique et toujours féconde en terme d'évaluation, la docimologie. L'étude comparée des notes attribuées par les évaluateurs de deux instituts de formation confirme d'une part, l'hétérogénéité des pratiques en la matière et d'autre part, que des conséquences directes concernant la poursuite ou non du parcours de formation de l'étudiant sont observables (chapitre 10). Enfin, parmi les perspectives qui permettent aux instituts d'accompagner l'échec en formation, le métier d'aide-soignant apparaît comme une sortie de secours possible même si étudiants et formateurs n'ont pas tous une considération identique pour ce métier (chapitre 11).

CHAPITRE 1 : Aspects méthodologiques et épistémologiques de la recherche

« Le sujet ne quitte jamais complètement la scène en sociologie. Mais il peut, selon les époques ou les théories, devenir automate, marionnette, simple pièce sur l'échiquier, numéro anonyme dans une foule, agent docile d'une organisation, rouage d'une grande machine sociale, particule dans un champ. Aucun sociologue ne nie que la société soit faite d'individus qui agissent » (Perrenoud, 1987)²².

Introduction

Ce premier chapitre s'organise autour de trois axes :

1/ présenter la méthode retenue afin de mettre en œuvre la partie empirique de cette recherche,

2/ discuter les choix méthodologiques effectués afin d'en dégager les perspectives mais aussi les limites,

3/ définir le statut épistémologique de la recherche.

Nous avons retenu une approche par observations et entretiens qui présente de nombreux avantages au regard de l'objet d'étude. Il s'agit de pouvoir amener les différents acteurs à expliciter leurs pratiques, de façon à

²² Perrenoud Philippe., « Vers un retour du sujet en sociologie de l'éducation ? Limites et ambiguïtés du paradigme stratégique », in Van Haecht Anne (direction) *Socialisations scolaires, socialisations professionnelles*, Bruxelles, Université Libre, Institut de sociologie, 1987.

analyser la nature des compromis qui permettent à l'action de se réaliser (Boltanski, Thévenot, 1989, 1991)²³.

L'action concerne un processus de décision pédagogique, c'est-à-dire l'évaluation de stagiaires par des formateurs. Deux situations d'évaluation des stagiaires sont observables :

- L'évaluation de la qualité des prestations fournies par un étudiant lors de son stage (classiquement d'une durée de 3 à 6 semaines), lequel se déroule le plus souvent en milieu hospitalier. Les membres de l'équipe infirmière qui encadrent le stagiaire deviennent alors évaluateurs et doivent remplir une feuille d'appréciation de stage. Une note chiffrée est accordée, une grille critériée est remplie, une appréciation est rédigée, lesquelles rejoignent le dossier de l'étudiant au sein de l'institut de formation²⁴,
- L'évaluation d'une mise en situation professionnelle (MSP), c'est-à-dire une épreuve (d'une durée de 2 à 4 heures) à laquelle un étudiant est soumis pendant un stage. Un jury de 2 personnes est alors constitué, l'une appartient à l'équipe infirmière qui accueille le stagiaire, l'autre représente l'institut de formation en soins infirmiers où l'étudiant suit sa formation²⁵.

Ce processus engage plusieurs acteurs qui interagissent les uns avec les autres, acteurs dont nous cherchons à identifier les logiques à l'œuvre, lesquelles fondent l'argumentation de la décision. Notre postulat de départ – qui reprend pour partie les analyses de Marie-Laure Chaix (1993) – repose sur l'idée que le stage est un révélateur des contradictions existant au sein du dispositif de

²³ Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds.), *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989 ; Boltanski Luc, Thévenot Laurent., *De la justification : les économies de la grandeur*, Editions Gallimard, Paris, 1991.

²⁴ Des exemples de grilles d'appréciation de stage sont consultables en annexe 1.

²⁵ Une présentation plus détaillée de ces deux épreuves auxquelles tout étudiant en soins infirmiers est soumis est proposée au cours du chapitre 4. Le cadre réglementaire y est notamment précisé.

formation²⁶. Ces contradictions sont alors à l'origine de conflits potentiels entre les différents acteurs qui doivent pourtant collaborer autour de la formation et de l'évaluation des stagiaires.

Afin de mettre à jour ces logiques d'action, des entretiens ont été réalisés auprès :

- d'étudiants en formation,
- de cadres de santé exerçant en institut de formation,
- de cadres de santé exerçant dans des établissements de santé accueillant des stagiaires,
- d'infirmiers exerçant dans des unités de soins accueillant des stagiaires,
- de directeurs d'instituts de formation.

Nous avons ainsi recueilli du matériau à partir des expériences vécues lors des situations d'évaluation soit en tant qu'évalués pour les étudiants et jeunes diplômés soit en tant qu'évaluateurs pour les autres enquêtés.

Puis, à l'instar des ethnologues, nous avons souhaité exploiter notre position privilégiée d'observateur-participant en assumant les bénéfices et les réserves que suppose le fait d'être « membre » du groupe observé. Sur cette notion de « membre » et ses implications dans la recherche qualitative en sociologie, l'école ethnométhodologique en a particulièrement développé les intérêts comme permettant l'accès au « *langage naturel* » du groupe social observé (Garfinkel, 1967 ; Coulon, 1987, 1993 ; Charest, 1994)²⁷. Une intégration au long cours au sein de la population étudiée semble effectivement être une des conditions de l'accès aux logiques des acteurs (Boltanski, Thévenot, 1989, op. cit. IV). Car effectivement, comme Dubar et Tripier (1998, op. cit. 236) le suggèrent,

²⁶ Chaix Marie-Laure., *Se former en alternance, le cas de l'enseignement technique agricole*, Editions L'Harmattan, Collection « Savoir et formation », Paris, 1993.

²⁷ Garfinkel Harold., *Studies in ethnomethodology*, Englewood-Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1967; Coulon Alain., *L'ethnométhodologie*, PUF, Paris, 1987 ; Coulon Alain., *Ethnométhodologie et éducation*, PUF, Collection « L'éducateur », Paris, 1993 ;Charest Pauline., « Ethnométhodologie et recherche en éducation », *Revue des Sciences de l'éducation*, Vol. XX, n°4, 1994.

« les paroles sur le travail sont pleines d'allusions, de sigles, de termes techniques, [...] de termes de métier, d'atelier ou de bureau, argotiques, patoisants, ironiques. Ne rien connaître avant, c'est risquer de ne rien comprendre pendant et donc de ne pas pouvoir interpréter après. Pour relancer, inciter, demander d'explicitier, il faut que le sociologue connaisse déjà le milieu professionnel qu'il étudie ».

Nous allons désormais tenter de circonscrire épistémologiquement cette recherche pour ensuite, présenter les modalités pratiques de mise en œuvre du travail empirique auquel nous nous sommes livrés.

1 Statut épistémologique de la recherche

11 Engagement et distanciation

En quelques lignes, nous aimerions faire partager au lecteur ce qui constitue, en quelque sorte, la genèse de cette recherche. Ce préambule vise en même temps, à favoriser la mise à distance car le fait de vouloir conduire cette démarche sur et dans le milieu professionnel auquel nous appartenons mérite de réfléchir aux diverses implications à l'œuvre. Ce sera une des conditions de la prétention scientifique à laquelle ce travail aspire.

Marie Duru-Bellat (1999) notamment, a insisté sur les effets du « poids du contexte socio-politique, idéologique et normatif » dans la construction d'un objet de recherche au sein d'une corporation professionnelle et, conséquemment, des différentes formes d'implication du chercheur qui rendent problématique l'idée même de neutralité scientifique²⁸. Le rapide détour autobiographique que nous nous autorisons lors de ce chapitre contribue à l'élucidation de ces différentes formes d'implication.

Cette recherche s'avère l'aboutissement de préoccupations qui ont sans doute vu le jour très tôt. Le choix de la formation puis du métier d'infirmier de secteur psychiatrique nous a permis d'accueillir des stagiaires venus d'horizons

²⁸ Duru-Bellat Marie., « La sociologie des inégalités sociales à l'école, entre "engagement et distanciation" », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999.

divers. Sans en avoir identifié les raisons à l'époque, nous étions attirés par leurs questions, leurs doutes, leurs parcours, leurs projets... Logiquement, nous nous sommes investis en tant que tuteur auprès des différents étudiants en stage et ce *crescendo* au fil des années, de manière empirique, sans nécessairement interroger le sens des actes posés.

Quelques années plus tard, la formation puis la prise de fonction en tant que cadre de santé ont permis d'inverser la perspective pour deux raisons essentielles. En premier lieu, une modification du statut et des fonctions professionnelles occupées favorisait une évolution du regard sur les pratiques. En tant que cadre, nous n'étions plus un acteur direct du soin et de l'encadrement des stagiaires. Cette nouvelle « place », décalée, distanciée, ces nouvelles responsabilités, bousculaient les références établies jusque là²⁹. Ensuite, une licence en sciences de l'éducation engagée cette même année encourageait une démarche de confrontation des pratiques aux connaissances théoriques abordées. Cette formation avait pour principal mérite de nous engager dans un parcours universitaire poursuivi jusqu'à ce jour.

Si l'on accepte l'idée avec Jean Signeyrole (2000, p. 41) que « *les objets et projets de recherche ne sont pas indemnes de l'histoire vécue par les chercheurs* »³⁰, l'honnêteté intellectuelle commande de préciser autant que nécessaire en quoi la carrière, la pratique professionnelle détermine la posture de recherche³¹. Cet avertissement participe de ce point de vue d'une définition du statut épistémologique de ce travail. Nous croyons illusoire en effet le clivage entre le praticien et le chercheur, au moins pour la raison selon laquelle cette

²⁹ Nous rejoignons la proposition lacanienne inspirée du cogito cartésien selon laquelle là où je suis, je ne pense pas et *a contrario*, là où je pense, je ne suis pas.

³⁰ Signeyrole Jean., « Les enjeux d'une approche clinique, entre recherche et pratiques professionnelles », *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 2000.

³¹ Au cours de cette recherche, nous utiliserons à plusieurs reprises cette notion de posture. L'usage auquel nous nous référons est celui proposé par Ardoino et repris par Vial (voir Vial Michel., *Se former pour évaluer, se donner une problématique et élaborer des concepts*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 2001, p. 224).

recherche a été conduite tout en poursuivant notre exercice de formateur. Afin d'éviter toute ambiguïté et notamment celle qui pourrait laisser entendre une superposition voire une confusion de ces deux postures, celle du praticien et celle du chercheur, nous préciserons en quoi des temps et des espaces distincts ont pu être dégagés.

Le projet que nous menons sera de rendre fructueuse cette place singulière d'observateur-participant, rejoignant en cela la proposition soutenue par Edgar Morin (1994, p. 295) qui affirme que « *le développement de la lutte contre le subjectivisme exige la reconnaissance du sujet et l'intégration critique de la subjectivité dans la recherche de l'objectivité* »³². La conception morinienne de l'observation implique par conséquent auto-connaissance, c'est-à-dire une démarche introspective du chercheur afin de pouvoir cerner ses *a priori* mais aussi les limites de son implication. Cette émancipation ne va pas de soi, le travail d'engagement et de distanciation que nous suggère Norbert Elias ([1983], 1993)³³ accompagnera l'ensemble de cette recherche.

12 Une recherche inscrite dans un paradigme constructiviste

Pour l'école constructiviste, le réel est le fruit de la construction de l'individu. « *Le quotidien est construit* » comme le souligne Pauline Charest (1994, op. cit.) dans son article de synthèse sur « *Ethnométhodologie et recherche en éducation* ». Alain Coulon (1987, op. cit.), quant à lui, fait remarquer que « *c'est à travers le sens qu'ils assignent aux objets, aux gens, aux symboles qui les entourent que les acteurs fabriquent leur monde social* ». L'ensemble des recherches qui, à la suite de la tradition de Chicago, ont pour ambition de comprendre comment les acteurs d'une situation donnée participent à la définition même de la situation peuvent être considérées comme appartenant au paradigme constructiviste.

³² Morin Edgar., *La complexité humaine*, Editions Flammarion, Collection « Champs-L'essentiel », Paris, 1994.

³³ Elias Norbert., *Engagement et distanciation, contributions à une sociologie de la connaissance*, Editions Fayard, Collection « Agora », 1993.

En référence à Max Weber, et notamment à son ouvrage « *Economie et société* » ([1922], 1995), cette recherche est de type compréhensif. Elle vise à saisir le sens des actions rencontrées, elle cherche les motifs qui poussent les acteurs à agir (ibid. 38). Max Weber parle de compréhension *explicative* [*erklärendes Verstehen*] parce que nous cherchons à saisir la *motivation* [*motivationsmässig*], le sens qu'un sujet a accordé à une activité donnée (ibid. 34). Dans le même ouvrage, Weber pose la distinction entre les sciences de la nature dites explicatives (*erklären*) et les secondes, les sciences sociales, des sciences considérées comme compréhensives (*verstehen*). Cette orientation théorique repose notamment la question de l'objectif et du subjectif dans la démarche scientifique. En d'autres termes, le chercheur peut-il rester un observateur « neutre » de sa construction et de son expérimentation scientifique ? Au contraire, l'interaction chercheur/objet de recherche ne fait-elle pas partie intégrante du processus, notamment dans les sciences sociales ? Jacques Ardoino (1983) a notamment distingué ce qui relève de « l'ex-plicatif » et de « l'im-plicatif », ce qu'il présente comme des « *modes et des mouvements hétérogènes de la connaissance, d'une certaine façon contradictoires, que seule une approche dialectique peut se donner comme ambition d'articuler* »³⁴. Il s'agit alors de respecter le principe de neutralité axiologique défendu par Weber dans plusieurs textes, lequel commande notamment de ne pas confondre rapport aux valeurs et jugement de valeurs³⁵.

Nous avons du interroger ce que Kaufmann (1996, p. 42) appelle les « *conditions de production du discours* » c'est-à-dire la place à partir de laquelle s'exprime celui qui est interviewé³⁶. En précisant le contexte dans lequel des propos sont tenus, nous pouvons accéder à cette ambition compréhensive et éviter le piège qui consiste à considérer comme représentatif le discours d'un

³⁴ Ardoino Jacques., « Polysémie de l'implication », *Pour* n° 88, mars/avril 1983.

³⁵ Sur ces questions, voir par exemple, Weber Max., *Le savant et le politique*, Editions La découverte, Paris, [1919], 2003.

³⁶ Kaufmann Jean-Claude., *L'entretien compréhensif*, Editions Nathan, Collection 128, Paris, 1996.

acteur du groupe étudié, du simple fait de son appartenance. Outre son intérêt épistémologique, l'importance de ce travail réflexif entre le discours et les conditions dans lesquelles il est produit doit être rappelé car il permet également d'accéder aux affiliations plurielles qui orientent l'action quotidienne, le sujet vivant dans plusieurs « mondes » à la fois (Dubet, 1994, p. 18 ; Dutercq, 2003)³⁷. L'identification des logiques d'actions, en ce qu'elles ont parfois d'hétérogènes voire de contradictoires (Lahire, 1998)³⁸, guide nécessairement ce travail.

D'une manière générale, il importe d'être attentif à ce qu'il convient d'appeler en sociologie la « *définition de la situation* » pour ce qu'elle nous apprend des divers éléments de contexte qui nécessairement imprègnent les choix des acteurs en présence. Howard S. Becker ([1998], 2002, p. 76), dans sa référence à W. I. Thomas, insiste sur le fait que nous devons comprendre « *la manière dont les acteurs voient la situation dans laquelle ils sont impliqués, et que nous découvrons comment ils définissent eux-mêmes ce qui est en train de se passer, afin de comprendre ce qui entre en jeu dans la production de leurs activités* »³⁹. Cette notion d'activité est essentielle chez Becker ([1998], 2002, ibid. 85) car en s'intéressant aux activités, le chercheur évite de considérer les « *types de gens comme des catégories analytiques pour s'intéresser au contraire aux types d'activités auxquelles les gens se livrent de temps en temps* ». Ainsi, les comportements des acteurs en situation (ici, leur activité consiste à évaluer) ne peuvent pas être analysés indépendamment du contexte dans lequel l'action s'est réalisée. Dans le même ouvrage, Becker (ibid. 99-103) insiste sur ce qu'il nomme les « *informations contextuelles* », informations locales relatives au contexte dans lequel se déroule la situation observée. Le chercheur, toujours selon Becker, doit

³⁷ Dubet François., *Sociologie de l'expérience*, Editions du Seuil, Collection « La couleur des idées », Paris, 1994 ; Dutercq Yves., « La situation de l'acteur de l'éducation et son positionnement dans des mondes multiples », Séminaire de DEA, Université de Nantes, décembre 2003.

³⁸ Lahire Bernard., *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Editions Nathan, Collection « Essais et recherches », Série « Sciences sociales », Paris, 1998.

³⁹ Becker Howard S., *Les ficelles du métier*, Editions La Découverte, Collection « Guides repères », Paris, [1998], 2002.

tenter de mettre en évidence ces variables en les incluant dans ses résultats plutôt que de chercher à en neutraliser l'impact.

Cette préoccupation centrale à intégrer le contexte de l'action dans toute analyse donc l'environnement de la situation observée rejoint l'ensemble des travaux relatifs à « *l'action située* » (Durand, 1996)⁴⁰ où « *l'enseignement est conçu comme une tâche singulière et complexe, constituée à la fois par un système de fortes contraintes et par une marge d'autonomie pédagogique* » (Altet, 1999)⁴¹. Ce que les acteurs font de leur marge d'autonomie constitue un des vecteurs de l'analyse.

13 Statut de l'enquête de terrain

Deux options se dégagent quant au statut du matériau récolté.

Il peut être utilisé afin de tester et de vérifier des hypothèses préalablement établies, la construction intellectuelle précédant alors l'expérience, c'est-à-dire les entretiens ou les observations (logique hypothético-déductive).

Il peut également permettre de dégager un sens nouveau, se démarquant des constructions élaborées *a priori*. Nous rejoignons l'approche inductive proposée par Glaser et Strauss (1992)⁴², en référence à la *grounded theory* (traduite selon les auteurs par théorie *enracinée* ou théorie partant *du bas* ou des *faits*) qui considère que le terrain provoque des catégories émergentes et se lie ainsi avec les hypothèses de manière interactive. Cette approche inspire

⁴⁰ Durand Marc., *L'enseignement en milieu scolaire*, PUF, Paris, 1996.

⁴¹ Altet Marguerite., « Analyse transversale, Enseigner-apprendre : un travail interactif d'ajustement en situation », in *Analyse plurielle d'une séquence d'enseignement-apprentissage*, Cahiers du CREN, 1999.

⁴² Glaser Barney, Strauss Anselm, « La méthode comparative continue en analyse qualitative », in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger), *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992.

également Didier Demazière et Claude Dubar (1997)⁴³ ou encore Jean-Claude Kaufmann (1996, op. cit.), auteurs auxquels nous nous sommes également référés.

Ces deux dimensions, inductives et déductives, doivent être distinguées ce qui ne signifie en rien qu'elles doivent mutuellement s'exclure. Concrètement, le travail empirique que nous avons entrepris ne saurait se résumer à une collecte d'informations en quelque sorte prédéterminées, l'ambition compréhensive en serait irrémédiablement limitée. Nous avons eu pour objectif de « *partir des matériaux recueillis* » afin de les « *travailler dans la perspective de produire des théorisations adéquates du phénomène concerné* » (Demazière, Dubar, 1997, op. cit. 8). De ce point de vue, le cheminement général de la recherche a consisté en de nombreux allers et retours entre travail de terrain et référencement théorique. Une démarche trop linéaire aurait été inadéquate face à la nécessité de se laisser « *surprendre* » par le terrain.

14 Statut de la parole des enquêtés

Une des questions primordiales à propos de laquelle Didier Demazière et Claude Dubar (1997, op. cit.) nous apportent leur éclairage concerne le statut de la « *parole des gens* » (ibid. 15) dans toute recherche en sciences sociales. En effet, que fait-on des propos, des opinions et points de vue, des témoignages de ceux auprès desquels le chercheur enquête ? Didier Demazière et Claude Dubar (ibid. 15-45) distinguent trois postures de recherche correspondant à trois manières différentes de considérer la parole des enquêtés. Il paraît utile d'y faire référence afin de clarifier la démarche que nous avons entreprise.

En premier lieu, les auteurs évoquent la posture illustrative qui « *consiste à faire un usage sélectif de la parole des gens au point de l'asservir aux besoins de la démonstration conduite par le chercheur* » (ibid. 16). La démonstration théorique est alors illustrée par des extraits d'entretiens dont l'objectif consiste à renforcer l'argumentation, à témoigner en quelque sorte de sa pertinence. En pareil cas,

⁴³ Demazière Didier, Dubar Claude., *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion*, Editions Nathan, Collection « *Essais et recherches* », Série « *Sciences humaines* », 1997.

« la relation d'entretien est totalement dissymétrique entre le chercheur qui possède la théorie des pratiques et les concepts adéquats et l'agent qui ne possède qu'une connaissance vulgaire, c'est-à-dire des bribes de savoir et des lueurs de conscience formulées de manière inadéquate et lacunaire » (ibid. 24).

Demazière et Dubar distinguent une seconde posture, *« la posture restitutive consiste à laisser une grande place à la parole des gens, jusqu'à en faire un usage exhaustif, quand les entretiens sont livrés in extenso au lecteur. Le rapport entre discours des enquêtés et discours de l'analyse, entre langage ordinaire et langage savant, est en quelque sorte inversé par rapport à la posture illustrative » (ibid. 24).* Sous cet angle, les enquêtés sont considérés comme conscients ou, tout au moins comme pouvant accéder par eux-mêmes au sens de leurs actions. Le chercheur devient alors un facilitateur de cette explicitation des motivations, de l'accès au sens par les sujets interviewés, la parole est alors envisagée comme étant *« transparente » (ibid. 24), les énoncés « parlent » pour eux-mêmes.*

La troisième posture, dite analytique pose comme *« point de départ, [...] qu'un propos tenu par quelqu'un en situation d'entretien de recherche ne parle pas de lui-même » (ibid. 34).* Le chercheur, par un certain nombre d'opérations de traduction, cherche alors à comprendre, à reconstituer le sens des actions décrites, rejoignant en cela la tradition weberienne (ibid. 35). Becker, ([1998], 2002, op. cit. 150-179) développe également cette question du statut des données, de leur collecte à leur interprétation. Il précise notamment que *« les chercheurs devaient apprendre à remettre en question et à ne pas accepter aveuglément ce que les gens du monde qu'ils étudient pensent et croient »* mais *« qu'ils devraient en même temps s'intéresser justement à ça. Après tout, les gens en savent beaucoup sur le monde dans lequel ils vivent et travaillent » (ibid. 164).* Becker propose une logique dialectique entre les idées et les données. Le chercheur doit pouvoir tout à la fois faire confiance en la capacité de l'autre à expliquer le monde dans lequel il évolue et, questionner les interprétations fournies au moins en fonction de la

place occupée dans l'organisation par celui qui témoigne⁴⁴. Nous avons tenté de nous inscrire dans ce processus intellectuel⁴⁵.

Après avoir clarifié nos intentions méthodologiques et situé épistémologiquement cette recherche, nous pouvons désormais décrire de manière concrète le dispositif à l'œuvre qui a permis d'engager le travail empirique à proprement parler.

2 Les entretiens

21 Choix de l'entretien comme outil du recueil de données

Au cours de cette recherche, les sources d'information ont été diverses. Nous avons mené des entretiens, procédé à des observations et effectué des collectes documentaires. Les contextes dans lesquels nous avons évolué ont amené à des rencontres variées. Des rendez-vous ont été sollicités mais n'ont pas toujours pu être concrétisés. Par contre, un certain nombre d'informations nous ont été livrées au cours d'entrevues informelles où, à l'évidence, l'absence de magnétophone offrait l'intérêt immédiat d'une parole moins consensuelle voire moins « politiquement correcte ». Cette dernière remarque vaut particulièrement pour les directeurs d'établissements dont la fonction amène à un certain nombre de réserves d'usage⁴⁶.

La démarche qualitative que nous avons engagée s'appuie donc notamment sur la conduite d'entretiens, procédé d'investigation qui permet d'accéder aux

⁴⁴ Voir pour cela dans le même ouvrage, la notion développée par Becker de « *hiérarchie de la crédibilité* » (ibid. 152-157).

⁴⁵ L'usage de verbe « tenter » n'est pas ici à regarder comme une précaution langagière d'usage, anticipatrice éventuelle des légitimes critiques qui fondent la validité scientifique de toute recherche. Le but est d'attirer l'attention sur la nécessaire distinction qui doit s'opérer entre des choix théoriques posés *a priori* et la « réalité » de l'enquête qui rend la posture nécessairement fluctuante. Nous tendrons donc vers la posture analytique décrite par Didier Demazière et Claude Dubar.

⁴⁶ Sur ces questions, voir Cohen Samy (sous la direction de), *L'art d'interviewer les dirigeants*, PUF, Collection « Politique d'aujourd'hui », Paris, 1999.

représentations mais également aux récits des pratiques et expériences sociales des personnes interrogées.

22 Choix de la population

La population enquêtée rassemble l'ensemble des responsables pédagogiques ainsi que des étudiants. Elle se décompose de la manière suivante :

- des cadres exerçant en institut de formation, formateurs permanents et responsables de l'organisation générale du dispositif de formation et d'évaluation,
- des cadres qui travaillent dans les services de soins et qui, à ce titre, sont garants de l'organisation des stages. Ces différents professionnels, par la place qu'ils occupent, sont des témoins privilégiés à la fois de l'alternance dans la formation infirmière mais aussi de la mise en place des procédures d'évaluation en stage. Les cadres exerçant dans les services de soins sont parfois acteurs directs dans les situations d'évaluation (membre du jury par exemple), parfois acteurs indirects (témoins). Les cadres, institutionnellement, sont les interlocuteurs des instituts de formation,
- des infirmiers qui accompagnent et encadrent quotidiennement les stagiaires. Ils participent également à leur évaluation,
- des étudiants mais aussi de jeunes infirmiers (deux à trois années d'exercice) car ils pourront évoquer leur expérience de la formation suivie avec un certain recul qui devrait éviter des excès militants. En effet, peu de temps après l'obtention du diplôme d'Etat, nous risquons de nous adresser à un public qui n'a pas fait le deuil des années passées à l'institut de formation (dimension nostalgique) ou qui, au contraire, pourrait avoir un regard accusateur vis-à-vis d'une formation considérée comme défailante (dimension revendicatrice). Ce processus de deuil, somme toute légitime après toute expérience de formation, doit être pris en compte.

- des directeurs d'instituts de formation dont la fonction favorise parfois le recueil des problèmes rencontrés par l'ensemble des acteurs évoqués précédemment. En outre, ils n'ont que rarement un rôle pédagogique direct et, de ce fait, bénéficient d'un regard différent sur les pratiques des équipes dont ils ont la charge. Enfin, ils occupent des fonctions managériales qui influencent les pratiques des formateurs qui évaluent les stagiaires (cf. chapitre 8).

En ce qui concerne les cadres, quel que soit leur lieu d'exercice, unité de soins ou institut de formation, ils occupent une fonction pédagogique. Il en va de même pour les infirmiers et infirmières qui encadrent quotidiennement les stagiaires. C'est pourquoi il paraît réducteur voire illégitime de nommer « formateur » les seuls professionnels qui exercent au sein des instituts. Comme évoqué plus avant, nous avons donc choisi de désigner par :

- « formateurs exerçant en institut de formation » ou « formateurs de l'institut », les infirmiers et cadres affectés à ces structures dont la mission première est pédagogique,
- « formateurs-soignants », les infirmiers et cadres exerçant au sein des unités de soins dont la mission première est l'activité soignante et dont l'activité pédagogique est ponctuelle.

Nous utiliserons le terme de « formateur » lorsque nous ferons allusion indifféremment à l'un ou l'autre de ces deux groupes.

221 Tableau récapitulatif de la population enquêtée

STATUT	LIEU D'EXERCICE	NOMBRE DE PERSONNES ENQUETEES
Cadre de santé	Institut de formation en soins infirmiers	14
Cadre de santé	Service de soins	10
Etudiant en soins infirmiers + Infirmier jeune diplômé	Institut de formation en soins infirmiers + Service de soins	16
Infirmier	Service de soins	14
Directeur d'un institut de formation	Institut de formation en soins infirmiers	7

222 Tableau récapitulatif des codes utilisés pour identifier la population enquêtée

Dans la suite de cette recherche, lorsque nous ferons référence au discours des enquêtés, nous identifierons leur statut. Ainsi, le lecteur pourra repérer depuis quelle place (fonction) la personne enquêtée s'exprime. Pour cela, nous utiliserons les codes indiqués dans le tableau suivant. Par exemple (CAD IFSI 5) signifiera « Cadre de santé exerçant en institut de formation » n°5. En annexe 4, un tableau récapitulatif de l'ensemble des personnes enquêtées est disponible.

STATUT	LIEU D'EXERCICE	CODE ENQUETES
Cadre de santé	Institut de formation en soins infirmiers	CAD IFSI
Cadre de santé	Service de soins	CAD SS
Etudiant en soins infirmiers + Infirmier jeune diplômé	Institut de formation en soins infirmiers + Service de soins	ESI
Infirmier	Service de soins	IDE SS
Directeur d'un institut de formation	Institut de formation en soins infirmiers	DIR IFSI

23 Etape exploratoire

L'enquête par entretiens s'est déroulée en deux temps. Une première étape dite exploratoire a permis de préparer la seconde, elle a participé de ce fait à la construction de l'objet. Nous aurons l'occasion de préciser en quoi cette phase préliminaire a permis de délimiter l'orientation générale de cette

recherche et d'organiser la réflexion sur les outils de recueil de données. La seconde étape a permis la collecte de matériel en tant que telle.

231 Organisation de l'étape exploratoire

Dans un premier temps, nous nous sommes entretenus avec quelques acteurs de la formation afin de chercher à identifier les thématiques à développer ultérieurement. Nous avons rencontré une directrice d'institut de formation, un cadre de santé exerçant au sein d'un institut de formation, une infirmière jeune diplômée. Ces trois personnes ne se connaissent pas et travaillent dans trois établissements de trois départements différents.

Des entretiens non directifs se sont imposés pour ce type de travail. La question initiale pour débiter ces entretiens a été la suivante :

- Selon vous, quels sont les points forts et les points faibles de la formation infirmière ?

Cette question était suffisamment large pour laisser l'interlocuteur libre d'ouvrir vers l'une ou l'autre direction (points forts ou points faibles). En outre, elle n'orientait pas nos interlocuteurs vers tel ou tel aspect polémique de la formation du point de vue de l'interviewer. En effet, comme nous l'avions précédemment évoqué, toute enquête dans son propre milieu professionnel pose la question de l'émancipation face à ce que l'on croit savoir. D'une manière générale, la posture de chercheur nécessite en permanence de questionner son implication face à l'objet. Bachelard ([1938], 1999) précisait à ce propos que « *devant le mystère du réel, l'âme ne peut se faire, par décret, ingénue. Il est alors impossible de faire d'un seul coup table rase des connaissances usuelles. Face au réel, ce qu'on croit savoir clairement offusque ce qu'on devrait savoir. Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés. Accéder à la science, c'est, spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé* »⁴⁷.

⁴⁷ Bachelard Gaston., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, [1938], 1999.

La première question, qui visait à faciliter le début de l'entretien, s'est très vite montrée trop large et nos interlocuteurs ont parfois semblé décontenancés. C'est pourquoi, nous avons très rapidement orienté cette première étape sur le dispositif d'évaluation dans la formation ce qui s'est traduit concrètement par les questions suivantes :

- Que pensez-vous du dispositif d'évaluation dans la formation infirmière ?
- Comment vivez-vous votre rôle d'évaluateur ?⁴⁸
- Comment avez-vous vécu le fait d'être évalué en formation ?⁴⁹

Au total, ces trois premiers entretiens ont permis de relever certains des faits polémiques (cf. chapitre 4) qui nous invitaient à entreprendre l'analyse des pratiques d'évaluation au sein du dispositif de formation des étudiants en soins infirmiers. De plus l'absence de littérature professionnelle et scientifique autour de ces questions a renforcé nos premières intuitions sur la pertinence de cet objet de recherche⁵⁰.

232 Les réunions de travail

L'étape exploratoire comporte deux étapes. Nous venons d'en décrire la première qui s'appuie sur des entretiens formels, lesquels ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous et ont été enregistrés. La seconde étape, en lien avec notre exercice professionnel, émerge de réunions de travail où des questions en lien avec notre recherche ont pu être évoquées. Lors de ces espaces de travail, des prises de notes personnelles ont été effectuées, des comptes-rendus

⁴⁸ Cette question s'adressait au cadre de santé.

⁴⁹ Cette question s'adressait à l'infirmière, jeune diplômée.

⁵⁰ Par contre, de nombreuses recherches existent autour des questions relatives à la formation du jugement scolaire, aux biais possibles ainsi qu'aux décisions qui en découlent. Voir pour cela le chapitre premier de : Bressoux Pascal, Pansu Pascal., *Quand les enseignants jugent leurs élèves*, PUF, Collection « Education et formation », Paris, 2003. Concernant les formations professionnelles, et en particulier celles relatives aux métiers de la santé, le champ de recherche reste encore à ouvrir.

institutionnels ont également été consultés. Parmi les réunions de travail auxquelles nous avons participé, trois d'entre elles doivent être citées :

- une rencontre entre les formateurs exerçant en institut de formation et les responsables (infirmiers et cadres) de l'encadrement des stagiaires au sein des unités de soins, Institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Châteaubriant (44), novembre 2003 ;
- la participation à un groupe de travail régional sur le thème de l'évaluateur dans la formation en soins infirmiers. Le travail de ce groupe s'est concrétisé par l'organisation d'une journée de conférence et de débats le mardi 23 septembre 2003 dans les locaux de l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier du Mans (72) ;
- la participation, au rythme de 3 à 4 réunions par an à un espace d'analyse des pratiques pédagogiques et ce, de janvier 2001 à octobre 2006.

En tant que chercheur, il aura parfois fallu provoquer la participation à ces travaux qui sont apparus comme autant d'opportunités à saisir afin d'étayer les bases de ce travail de recherche. Ces réunions de travail sont apparues fécondes, non seulement parce que leurs objectifs croisaient en quelque sorte ceux de la recherche entreprise mais peut-être surtout parce qu'elles provoquaient des rencontres avec des professionnels soucieux d'échanger sur leurs pratiques. Ainsi, en dehors des moments formels de travail, les entretiens informels menés avec les participants favorisaient l'expression d'un discours moins convenu donc sociologiquement plus riche quant à l'objet de recherche.

233 Bénéfices, limites et perspectives après l'étape exploratoire

Cette étape exploratoire a permis la construction de l'objet et amené à poser un cadre ce qui signifie également déterminer les limites de ce travail. Ces premiers entretiens ont participé au travail de problématisation, non seulement en interrogeant la faisabilité générale de cette recherche mais aussi en faisant apparaître les bases théoriques nécessaires à l'étayage de cette démarche.

Concrètement, les lectures ont été en partie réorientées au fur et à mesure que l'objet se construisait et que, par conséquent, le champ se délimitait. C'est ainsi que nous avons choisi, outre les références autour du concept même d'évaluation, de travailler les différentes théories de l'action. Car en effet, « *les théories de l'action et de l'acteur s'opposent autour d'une série de tensions interprétatives : tension entre les théories qui privilégient l'unicité et l'homogénéité de l'acteur (de son identité, de son rapport au monde, de son "moi", de son système de dispositions...) et celles qui nous décrivent une fragmentation infinie des « moi », des rôles, des expériences... ; tension, encore, entre les théories qui accordent un poids déterminant au passé de l'acteur et celles qui font comme s'il n'en avait pas ; tension, enfin, entre les théories de l'action consciente, de l'acteur-stratège, calculateur, rationnel, vecteur d'intentionnalités ou de décisions volontaires (...) et les théories de l'action inconsciente, infraconsciente ou non consciente qui présentent les actions comme des ajustements préréflexifs à des situations pratiques* » (Lahire, 1998, op. cit. 10). Ce nécessaire « balayage » théorique s'est imposé comme un préalable indispensable avant d'affronter le travail de terrain.

Ensuite, l'objet de recherche s'est déplacé et précisé. Il a évolué du partenariat dans l'alternance (nature des relations entre institut de formation et services de soins dont l'évaluation constitue une des dimensions) vers les pratiques d'évaluation dans la formation par alternance. De ce point de vue, l'alternance représente dans cette recherche le contexte d'analyse des pratiques d'évaluation des acteurs en situation.

D'autre part, l'étape exploratoire aura permis de confirmer quels étaient les points de débats voire les polémiques à l'œuvre autour des dispositifs d'évaluation des stagiaires. En ce sens, nos premières intuitions sur la pertinence de cet objet de recherche que sont les pratiques d'évaluation se sont confirmées, ces questions préoccupent en effet bon nombre de professionnels de ce secteur et tout autant les étudiants.

Enfin, toujours lors de cette première étape, nous nous sommes rendus compte à quel point les pratiques d'évaluation représentaient un tabou institutionnel. Car, si l'outillage évaluatif (procédures, grilles, etc.) fait l'objet de débats réguliers et formalisés, il n'en va pas de même pour les pratiques de ceux

qui utilisent les outils⁵¹. Ainsi, tout le monde semble déplorer l'hétérogénéité en la matière mais le débat semble difficile à institutionnaliser, la confrontation sur ce sujet pouvant s'avérer déstabilisante pour les équipes de travail⁵². Pour être plus explicite, la directrice qui nous a reçu lors de cette première étape, nous a confié à quel point elle était préoccupée de l'hétérogénéité des notes accordées par les formateurs de son équipe lors d'épreuves pourtant similaires : « *je vois bien qu'il y a des formateurs qui ne mettent jamais de mauvaises notes comme s'ils cherchaient à être aimés par les étudiants ou à fuir leurs responsabilités* ». Malgré tout, cette question n'était pas abordée au sein de l'équipe pédagogique bien que les conséquences pour les étudiants puissent être décisives quant à la suite de leur parcours. Nous nous sommes alors demandés ce qui pouvait expliquer le fait que ces questions n'étaient en général pas débattues en équipe alors que, dans le même temps, les pratiques des évaluateurs extérieurs à l'institut de formation (les tuteurs de stage – formateurs-soignants – par exemple) le sont régulièrement ? Parmi les premiers faits polémiques relevés, selon les premiers enquêtés, *tout le monde sait* que tel ou tel formateur note « large », que tel autre ne met jamais de mauvaises notes, que celui-là est vécu par les étudiants comme un « casseur »... et pour autant, le débat ne semble pas exister sur ces questions au sein des instituts de formation.

⁵¹ De la même manière, une large revue de la presse professionnelle fait régulièrement état de cet outillage évaluatif (grilles, protocoles, chartes) ou d'expériences menées par des équipes soignantes autour de l'apprentissage de telle ou telle pratique professionnelle. Par contre, les activités et expériences évaluatives quotidiennes, le vécu des acteurs en situation et son analyse ne font pas l'objet de tentatives de formalisation et donc de transposition dans l'espace public par l'intermédiaire des revues professionnelles.

⁵² Phénomène que l'on constate d'ailleurs dans les différents champs de la formation, qu'elle soit scolaire ou professionnelle comme Michel Lecoïnte l'avait fait remarquer. Il questionnait notamment le fait que : « *les formations à l'évaluation ou les moments d'une formation qui abordent ce problème sont des moments chauds, souvent conflictuels, parfois passionnels? Pourquoi de telles poussées d'adrénaline, des prises de parti ou des refus catégoriques, une grande difficulté à aborder les pratiques réelles et à les travailler?* ». Voir Lecoïnte Michel., *Les enjeux de l'évaluation*, Editions L'Harmattan, Collection « Défi-Formation », Paris, 1997, p. 11.

Dans le même registre, l'évaluation des étudiants par les tuteurs de stage relève des mêmes polémiques et les épreuves pratiques réalisées en service sont l'objet d'incessantes controverses (cf. chapitre 4)⁵³. Malgré tout, ces différents aspects de la pratique pédagogique demeurent en général des tabous institutionnels.

Au total, cette étape exploratoire aura permis :

1. de contribuer à cerner puis à délimiter l'objet de recherche,
2. de clarifier l'orientation théorique générale,
3. de dégager les faits polémiques, les points de tension à partir desquels l'exploration à proprement parler pouvait débiter.

24 Recueil de données : des entretiens compréhensifs

A l'issue de la première étape, que nous avons qualifiée d'exploratoire, nous avons engagé la seconde qui consiste explicitement à recueillir du matériau exploitable en lien avec l'objet de recherche. Nous ferons ponctuellement référence à l'entretien compréhensif, défini par Jean-Claude Kaufmann (1996, op. cit.). Nous avons cherché à provoquer l'engagement des enquêtés en proposant un dispositif qui évite les limites évoquées par l'auteur dans la conduite d'entretiens semi-directifs parfois trop impersonnels. Ainsi, « *la retenue de l'enquêteur déclenche une attitude spécifique chez la personne interrogée, qui évite de trop s'engager : à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses* » (Kaufmann, 1996, ibid. 17).

Pour être concret, nous avons eu pour ambition de nous engager auprès de nos interlocuteurs face à leurs expériences. L'objectif de cette méthode consiste à permettre à celui qui est interviewé de confronter son point de vue avec celui qui s'entretient avec lui. En outre, l'engagement de l'interviewer provoque en retour des réactions moins stéréotypées que celles obtenues par une méthode plus

⁵³ Il suffit, pour s'en rendre compte, de passer quelques moments avec les étudiants qui commentent volontiers et allègrement ce type d'épreuve.

classique de recueil de données où le chercheur cherche à éviter toute forme d'influence sur le discours de l'autre.

Nous avons donc cherché à équilibrer au cours de nos entretiens des périodes d'écoute scrupuleuse avec des moments de confrontation sur le sens à donner aux évènements qui nous étaient livrés. Ainsi, nous nous sommes parfois livrés à un travail de co-construction du sens dans lequel l'interviewé pouvait s'engager. De ce point de vue, nous rejoignons Pierre Merle (1996, op. cit. 6) pour qui « *l'enquêteur cherche avec le locuteur le sens subjectivement associé à l'action et se trouve dans une situation parfois comparable à l'interviewé : explicitation de ses hypothèses et interrogation sur la pertinence de sa compréhension* ».

L'interaction suivante nous fournit un exemple de ce travail de co-construction :

- (L'intervieweur) : *Que pensez-vous des mises en situation professionnelle où l'étudiant obtient 10/20 ?*
- (L'interviewé) : *Oh, je sais pas, c'est quand on sait pas bien si c'est bon ou mauvais, on n'arrive pas à prendre de décision...*
- (L'intervieweur) : *Vous ne trouvez pas que 10, ça ne veut rien dire ? Alors que 9,5 ou 10,5, c'est plus signifiant...*
- (L'interviewé) : *Ouais, peut-être... En même temps, moi, 9,5 je trouve ça mesquin, pourquoi pas 10 ? C'est vrai que 10, ça passe, pas 9,5, je sais pas trop ce que ça peut signifier pour l'étudiant mais en tant qu'évaluateur, je me dit que quand on met 10, on se protège parfois, ce n'est pas une bonne note c'est sûr mais bon, en gros il n'y aura pas trop de polémique...*
- (L'intervieweur) : *De polémique ?*
- (L'interviewé) : *Avec les collègues qui pourraient s'étonner que le stagiaire n'ait pas eu une bonne note. Nous, on a eu le cas d'un stagiaire qui s'est fait étaler sur une MSP [mise en situation professionnelle] de rattrapage et donc il n'a pas pu aller au DE [diplôme d'Etat] et ça a mis le feu dans l'équipe. Il y avait ceux qui*

trouvaient ça dégueulasse, ceux qui disaient trop rien, ceux qui reprochaient au collègue concerné de ne pas avoir défendu le stagiaire, etc.

- (L'intervieweur) : *Oui, alors 10 c'est comme une manière de se mouiller sans trop se mouiller et puis comme ça n'élimine pas le stagiaire, on est plus tranquille, quoi ?*
- (L'interviewé) : *Ben oui, des fois, c'est ça mais pas toujours. Il y a aussi les fois où vraiment tu ne sais pas quoi mettre, tu sais vraiment pas si c'est bon, pas bon, t'arrives pas à trancher...*

Au cours de cet extrait d'entretien, le chercheur pense à une hypothèse interprétative en cours d'interaction (stratégie d'évitement de la polémique). Il la livre alors à celui qui devient en quelque sorte partenaire de recherche. Ce dernier abonde dans le sens du chercheur et précise aussitôt que d'autres situations sont envisageables (l'indécision par exemple). L'entretien peut se poursuivre à partir d'une autre lecture des faits proposée par l'interviewé.

Enfin, la conduite d'entretien et la relation enquêteur/enquêté supposent de notre point de vue une démarche empathique dans son acception rogerienne. Sur ce point précis, Carl Rogers (1959, p. 88) a d'ailleurs précisé la nécessité pour l'enquêteur de manifester « *chaleur et sympathie, de l'intérêt pour la personne de l'enquêté, compréhension, c'est-à-dire que l'enquêté doit avoir l'impression de pouvoir tout dire, sans se heurter à une attitude moralisatrice ou de jugement* »⁵⁴. Ce dernier point est capital car la relation d'enquête s'appuie entre autres sur une relation certes éphémère mais qui vise à établir un sentiment de confiance, lequel doit favoriser l'expression de l'interviewé.

25 Elaboration du guide d'entretien

251 Guide d'entretien

Nous proposons donc le guide d'entretien suivant :

⁵⁴ Rogers Carl., *Hommes et techniques* n°169, 1959.

1. Comment appréciez-vous la cohérence de la formation entre l'institut et les terrains de stages ? Dans quelle mesure vous paraît-elle satisfaisante ou non satisfaisante ?
2. Que pensez-vous de la collaboration entre les équipes pédagogiques des instituts de formation et les équipes soignantes responsables de l'encadrement des étudiants en stage ?
3. Que pensez-vous des modalités d'évaluation des étudiants en formation ?
4. Quelle valeur accordez-vous à l'évaluation des étudiants en stage ?
5. Quelle valeur accordez-vous à la mise en situation professionnelle ?
6. De plus en plus d'étudiants échouent en formation ; pour quelles raisons à votre avis ?

252 Elaboration du guide d'entretien et argumentaire

Nous avons choisi un guide d'entretien qui puisse s'adresser à l'ensemble de nos interlocuteurs, quelle que soit leur fonction. Au vu des entretiens exploratoires et de notre connaissance du milieu, les questions posées progressent de la moins « impliquante » (et moins polémique) vers celles qui engagent davantage les différents acteurs.

En général, le thème de la collaboration entre les différents temps et espaces de la formation est régulièrement évoqué lors de réunions de travail. C'est pourquoi les deux premières questions doivent permettre de débiter l'entretien sans mettre en difficulté les enquêtés. Pour l'interviewer, l'effort consiste sans doute à porter sur la nécessité d'amener les interviewés à parler de leurs expériences en la matière plutôt que de s'en tenir à un discours convenu, institutionnel (relatif aux procédures par exemple). Les deux premières questions avaient pour objectif de mieux saisir ce qui fait débat entre les différents acteurs.

Pour la troisième question, il nous est apparu que les acteurs externes à l'institut de formation (les formateurs-soignants par exemple) ont une connaissance limitée des procédures d'évaluation et, par conséquent, de leur portée. Cette hypothèse constitue un des facteurs d'analyse des processus

effectifs en œuvre lors des situations d'évaluation. Les formateurs exerçant en institut de formation, quant à eux, maîtrisent logiquement ce type d'informations et la manière dont cette information est véhiculée et partagée constitue un autre élément d'analyse. Enfin, les étudiants sont également acteurs de ce dispositif et, en ce sens, fournissent d'autres éléments de compréhension des situations. Par exemple, des éléments stratégiques de leur part sont apparus ayant pour finalité d'orienter le déroulement de l'épreuve (les entretiens exploratoires avaient déjà fait émerger du matériau dans ce sens (cf. chapitre 6)).

Comme nous l'avons argumenté lors du travail de DEA (Joutard, 2001)⁵⁵ et en nous appuyant sur d'autres travaux concernant le stage dans l'alternance (Chaix, 1993, op. cit.), l'évaluation en stage représente un sujet de débat voire de polémique. D'où l'intérêt de la quatrième question mais cette fois, il a fallu être vigilant afin de faire préciser aux enquêtés le contexte qui déterminait le processus de décision. De même, des témoignages concernant l'évaluation d'étudiants en difficulté ou qui ont été exclus ont été recherchés.

Pour ce qui concerne la cinquième question, la mise en situation professionnelle, comme nous l'avons déjà précisé ailleurs, cristallise les tensions entre les étudiants et les formateurs. La situation de co-évaluation dans un jury est éminemment sensible et n'a jamais été explorée, à notre connaissance, dans un travail de recherche bien qu'elle soit l'objet de bien des discussions au sein des instituts de formation.

Enfin, avec la sixième question, le milieu infirmier commence à identifier cette proportion croissante d'échecs en formation (cf. chapitre 3). Il est fructueux de tenter d'identifier en quoi les pratiques pédagogiques et d'évaluation peuvent influencer ce phénomène au-delà du constat parfois évoqué d'une évolution des publics accueillis en formation. Au préalable, nous chercherons à identifier les différents cas de figure possibles rencontrés par les formateurs de l'institut ou les

⁵⁵ Joutard Thierry., *L'évaluation des étudiants en soins infirmiers sur les terrains de stage : un analyseur possible d'une dynamique professionnelle. Esquisse d'une lecture sociologique des faits d'évaluation*, Mémoire de DEA « Sciences de l'éducation et didactiques », (sous la direction de Patrick Rayou), Université de Nantes, octobre 2001.

formateurs-soignants. L'objectif que nous poursuivons consiste à essayer de comprendre (pourquoi) et comment ils assument et vivent le risque d'échecs en formation.

Nous avons manié, comme Howard Becker nous y invite ([1998], 2002, op. cit. 105-109), avec une grande prudence les « pourquoi » au cours de ces entretiens en tentant de privilégier les « comment ». Outre les réactions parfois défensives provoquées par les « pourquoi », les questions entamées par « comment » permettent en général l'accès au processus qui a conduit à une action donnée. La logique processuelle est ainsi privilégiée vis-à-vis d'une logique strictement causale. Concrètement, nous nous sommes attachés à formuler des relances du type :

- Comment faites-vous pour... ?
- Comment vous y prenez dans telle situation ?
- ...

Cette construction préalable constitue la réflexion préliminaire aux rencontres que nous avons provoquées en gardant présent à l'esprit que des évolutions pouvaient être envisagées si le matériau recueilli devait amener à reconsidérer les pistes de travail à explorer.

26 Les entretiens informels

Outre le dispositif méthodologique « officiel », la recherche a également été enrichie par des rencontres informelles, en des lieux et à des moments où nous étions présents mais non identifiés comme enquêteur. Ainsi, le fait d'enquêter sur et dans son milieu professionnel permet certains bénéfices, notamment par la rencontre parfois fortuite de professionnels ou d'étudiants qui font état de leurs réflexions concernant le dispositif de formation et ce, en dehors des chemins balisés de la recherche.

Ce point mérite d'être précisé d'autant qu'il s'agit d'un matériau non officiel donc non enregistré. Par conséquent, quelle place doit-on accorder aux échanges et observations informels ? Faut-il en faire fi ce qui nous paraît bien

illusoire (et peut-être surtout bien peu pertinent) ou, au contraire, les considérer comme pouvant également alimenter l'analyse ? Ce travail s'est organisé sur quatre années et, de ce fait, l'imprévu, des opportunités à saisir nous ont amené à improviser un entretien, capter un moment, jeter quelques notes sur une feuille prise au hasard, ce qui nous a semblé fécond et que nous pouvons désigner métaphoriquement par « l'art du chasseur à l'affût ».

Lorsque ces interlocuteurs rencontrés de manière informelle nous ont permis l'accès à des données qui nous semblaient pertinentes, nous les avons identifiés au même titre que ceux rencontrés sur rendez-vous. Ils sont donc repérables en annexes.

3 Observations des mises en situation professionnelles

31 Pourquoi observer les mises en situation professionnelles ?

Nous reprenons à notre compte l'argumentation de Nicolas Dodier (1989, p. 283) lors de sa recherche sur les pratiques des inspecteurs du travail, pour qui « *l'observation directe est un moyen privilégié de mise en évidence du travail d'accommodation. En effet, c'est en ayant accès aux situations particulières dans lesquelles sont engagés les inspecteurs que l'on peut apprécier comment ceux-ci composent avec les circonstances, et intègrent, sous la pression de celles-ci, des êtres que les épreuves pures de conformité à la réglementation ne prévoient pas ou ne reconnaissent pas* »⁵⁶. A l'occasion de cet article, l'auteur montre comment les inspecteurs du travail s'adaptent aux prescriptions réglementaires dans leur exercice quotidien de confrontation aux réalités du terrain. Cette accommodation n'est accessible au chercheur qu'à l'occasion de l'observation des situations au plus près de ceux qui les vivent. Les divers éléments de contexte qui orientent l'action sont ainsi immédiatement perceptibles et non rationalisés dans une reconstruction des faits *a posteriori*. De même, la perception des faits par

⁵⁶ Dodier Nicolas., « Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité », in Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds)., *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989.

l'enquêteur peut être confronté *in situ* à celle de l'enquêté, lequel peut décliner « en direct » son argumentation face aux décisions à prendre.

32 L'entretien avec les acteurs de la mise en situation professionnelle

En poursuivant la référence à Dodier (1989, *ibid.* 283), nous avons souhaité que les évaluateurs puissent commenter leurs décisions ce qui a permis à l'interlocuteur de pousser « *plus loin la justification à laquelle sont soumis les agents dans les interactions ou dans la rédaction de leurs rapports* ». Le parallèle avec le travail de Nicolas Dodier sur les inspecteurs du travail nous paraît à nouveau recevable puisque les évaluateurs doivent également justifier par écrit de leurs décisions. Alors, « *le travail de justification réflexive des activités n'a pas pour seul cadre les interactions dans le moment même de leur déroulement. L'impératif de justification passe par des opérations de traduction ou de transport du déroulement et du résultat des activités. C'est le cas de toutes les opérations d'inscription dans les documents écrits (procès-verbaux, comptes-rendus de réunion, rapports d'activités, etc.). [...] L'intérêt de ces opérations de traduction est essentiel pour comprendre les contraintes imposées par les processus de rationalisation de l'inspection. En effet, c'est lors du recours à des outils standardisés de traduction qu'apparaissent les tensions entre différentes formes de justification...* » (Dodier, 1989, *ibid.* 283-284).

Pour être pragmatique, en tant qu'observateur-participant, nous avons disposé des temps et supports d'analyse suivants :

1. l'accès aux échanges avant l'épreuve ou comment l'évaluateur et le candidat se préparent-ils ?
2. l'accès à la délibération ou comment et sur quelle base argumentaire les membres du jury prennent-ils la décision finale ?
3. l'accès aux échanges après l'épreuve ou comment l'évaluateur et le candidat évoquent leurs « prestations » réciproques ?

4. l'accès aux notes et appréciations rédigées par les jurys et portées à la connaissance des candidats ou comment s'effectue la traduction entre l'épreuve et la formalisation de son résultat ?⁵⁷

Au final, l'accès aux épreuves pratiques et aux commentaires qu'elles suscitent de la part des acteurs de la situation a fait émerger puis permis d'identifier les logiques individuelles et les compromis indispensables afin que la décision puisse être rendue.

Ainsi, nous n'avons pas cherché à juger de la pertinence ou non de la décision rendue (le candidat mérite-t-il la note qui lui est attribuée ?). Le fait d'être à la fois chercheur et praticien pouvait nous amener, si l'on n'y prenait garde, à adopter par moments la posture de l'expert. Cette posture serait préjudiciable, dans ce cas de figure, à toute tentative de compréhension du phénomène observé. Il ne s'agit évidemment pas d'évaluer la qualité du travail effectué par les uns et les autres.

Nous avons cherché plutôt à tenter d'accéder aux arguments qui fondent la décision (ce candidat a obtenu 12/20 parce que...) ainsi qu'à la logique qui la sous-tend (dans telle situation, je procède de telle manière). Ces arguments sont en général le fruit d'une confrontation entre deux personnes, membres d'un jury, l'état même de cette confrontation méritait d'être analysé car il reflète au mieux les enjeux inhérents à la situation d'évaluation des stagiaires.

33 Difficultés

La principale difficulté consiste à obtenir l'autorisation d'observer ces épreuves officielles. Les freins émanent de l'institution organisatrice ou des candidats. Les malades peuvent également s'opposer à une présence trop nombreuse à leur chevet. Nous avons ainsi dû à plusieurs reprises contourner les obstacles :

⁵⁷ Quelques exemples de grilles d'évaluation des mises en situation professionnelle utilisées par des jurys sont consultables en annexe 2.

- soit en n'assistant pas à l'ensemble de l'épreuve pour faire œuvre de compromis entre les différentes parties,
- soit en nous « contentant » d'entretiens *a posteriori* au sujet des épreuves,
- soit en organisant une observation des jurys auxquels nous avons participé en tant qu'évaluateur. Des étudiants-cadres en stage dans notre institut de formation se sont ainsi prêtés à l'exercice.

4 Modalités de traitement des données

41 Intégration de données quantitatives : la collecte des notes

Nous avons jusqu'à présent évoqué 2 sources principales permettant l'accès à des données :

- les entretiens, qu'ils soient formels ou non,
- les observations de mises en situation professionnelle ou de réunions de travail, qu'elles soient participantes ou non.

Dans un troisième temps, nous avons jugé pertinent de collecter d'autres données au sein de deux instituts de formation. Ainsi, nous avons rassemblé des notes attribuées par des formateurs. Le premier objectif consistait à apprécier s'il y avait effectivement hétérogénéité dans la manière de noter des évaluateurs et si c'était le cas, d'identifier la nature de cette hétérogénéité. Second objectif, apprécier les différences concernant les pratiques des évaluateurs entre deux instituts de formation.

Les deux établissements ont été retenus car ils dépendent de régions sanitaires différentes mais également parce que leur « réputation » en terme d'évaluation diffère. Nous nous étions renseignés afin d'organiser notre collecte dans des établissements où, manifestement, les pratiques pouvaient diverger. Pour l'un d'entre eux, il nous avait été rapporté que la directrice était plutôt de type maternant, elle avait par exemple tendance à favoriser le redoublement systématique des étudiants qui le sollicitait. Par ailleurs, il n'y avait pas eu d'exclusions dans cet institut ces dernières années. Concernant l'autre

établissement, la réputation était inverse, redoublements non systématiques et exclusions régulières d'étudiants étaient mis en avant.

Nous avons donc saisi l'ensemble des notes accordées lors des mises en situation professionnelles en identifiant à chaque fois le nom de l'évaluateur. Ce nom est remplacé dans nos analyses par un numéro par souci d'anonymat.

Ces données chiffrées ont permis ensuite de nouveaux entretiens afin de chercher à comprendre les raisons pour lesquelles tel ou tel type de pratique se rencontrait dans tel ou tel type d'institut. Ce travail plus spécifique de collecte de notes est restitué lors du chapitre 10.

42 Articulation entre recueil de données et travail d'analyse

Cette recherche n'a pas été conduite de manière linéaire c'est-à-dire avec des temps et des espaces étanches les uns aux autres de construction de l'objet, de collecte de données, d'analyse ou encore de rédaction. Nous avons donc entrepris de rédiger nos analyses au fur et à mesure de nos entretiens et de nos observations. Le travail de référencement théorique est venu constamment interroger la posture de recherche et l'analyse des données. De cette manière, nous pouvions écouter et analyser les premiers entretiens, dégager les premières hypothèses et autres pistes de travail, commencer la rédaction. Puis, après un nécessaire temps de maturation, d'intégration, nous pouvions retourner sur le terrain mener de nouvelles investigations. Cette seconde étape permettait de travailler avec nos interlocuteurs les hypothèses dégagées au cours de la première série d'entretiens, d'en faire émerger de nouvelles et ainsi de suite. Nous avons ainsi cherché à mettre en œuvre une démarche interactive entre le terrain, la collecte de données, leur analyse et corrélativement favoriser l'émergence de nouvelles pistes de travail. Nous avons par là tenté de rejoindre les propositions de Becker (2002, p. 234) pour qui « *étudier la société, c'est faire des allers-retours incessants : observer le monde, penser ce que l'on a vu, et retourner observer le monde* ». Notre référence à une logique inductive évoquée plus haut pouvait ainsi trouver son expression.

5 Modalités d'administration de la preuve

51 Du terrain aux concepts

Avant de poursuivre, nous devons revenir sur la notion même de concept soutenue par Howard S. Becker ([1998], 2005, pp. 205-206). L'auteur tient en effet le propos suivant : « *Bien que nous réfléchissions à leur sujet, que nous spéculions à leur sujet et que nous les définissions, les concepts ne sont pas simplement des idées, ou des spéculations, ou des problèmes de définition. En fait, les concepts sont des généralisations empiriques qui doivent être mises à l'épreuve et affinées sur la base des résultats de recherche empirique – c'est-à-dire sur la base d'une connaissance du monde.*

Nous avons souvent du mal à appliquer des concepts aux phénomènes sociaux réels : ils s'appliquent à peu près, mais pas tout à fait C'est parce que nous définissons rarement les phénomènes par un seul critère clair et sans ambiguïté ».

Becker éclaire une question qui pourrait être triviale si l'on devait en négliger l'opaque complexité : peut-il y avoir production scientifique avec des concepts qui « *s'appliquent à peu près* » pour reprendre son expression ? Cette recherche s'inscrit clairement dans un champ sociologique et en particulier celui de la sociologie de l'action. Elle emprunte toutefois le chemin de la diversité conceptuelle considérant qu'une perspective théorique unique s'est avérée inadéquate pour analyser les situations qui étaient proposées. Par exemple, nous ferons référence au champ de la sociologie des organisations, notamment pour ses aspects concernant l'analyse stratégique de l'action lors du chapitre 6. Par contre, à d'autres moments de la recherche, nous avons jugé la perspective microsociologique goffmanienne plus pertinente. En ce sens, cette recherche n'a pas pour objectif une quelconque orthodoxie théorique, elle propose au contraire la mise en lien entre les questions qui émergent du terrain et les concepts qui s'avèrent les plus adéquats. Mais comment affirmer que les concepts sont adéquats ? C'est précisément l'objet de notre ultime dispositif méthodologique.

Au fur et à mesure que nous proposons des hypothèses d'analyse du phénomène étudié, nous avons cherché à les soumettre à la critique de certains de nos collègues (formateurs exerçant en institut ou formateurs-soignants). Nous avons ainsi cherché à savoir si les analyses proposées faisaient écho à leur propre expérience, laquelle pouvant alors enrichir notre propre lecture des faits rencontrés. Par leur intermédiaire, il s'est agi également d'envisager d'autres pistes à explorer pour affiner nos propres propositions. Comme Becker l'a souligné, il est important que « *les gens étudiés par les sociologues puissent se reconnaître eux-mêmes ou reconnaître leur activité dans les comptes-rendus sociologiques qui leur sont consacrés* » (Baszanger, 1992, p. 56)⁵⁸. Ainsi, nous proposons un dévoilement de l'activité des évaluateurs, lesquels pouvaient se prononcer à leur tour sur les analyses développées. Cette démarche a concouru à la recherche de crédibilité tout en permettant notre propre mise à distance.

Concrètement, plusieurs personnes ont accepté de lire des extraits de cette recherche (à partir de l'année 2005) et nous ont livré leurs commentaires. Ces commentaires ont été parfois annotés sur le document lu, ils ont aussi fait l'objet d'entretiens complémentaires. Pour une de nos lectrices, une correspondance par mail s'en est suivie. Ces commentaires ont permis de faire préciser des points insuffisamment clairs, ils ont été intégrés au texte final lorsqu'ils ont favorisé l'expression d'une analyse nouvelle ou peu développée. L'ensemble de ces apports a participé à la définition de ce que Strauss appelle des variations (Baszanger, 1992, *ibid.* 59-60) c'est-à-dire des analyses qui ont été soumises à des membres du groupe étudié. En réagissant, les membres de ce groupe proposent un certain nombre d'inflexions, de nuances voire de réserves, lesquelles participent à l'élaboration d'une analyse seconde qui constitue une variation.

Ces repères méthodologiques non exhaustifs étant posés, une première partie permettra d'apprécier les divers contextes dans lesquels les pratiques des

⁵⁸ Baszanger Isabelle., « Les chantiers d'un interactionniste américain » in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger)., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992.

formateurs en situation d'évaluation des stagiaires prennent sens. Ces contextes sont d'abord historiques (chapitre 2) puis démographiques (chapitre 3) et enfin réglementaires (chapitre 4).

Première partie

La formation des étudiants en soins infirmiers : approche socio-historique, démographique et réglementaire

CHAPITRE 2 : Du sacerdoce à la naissance d'une profession

« Il est évident que l'état où se trouve un " groupe social" à chaque moment de l'Histoire dépend lui-même de causes sociales, dont les unes sont inhérentes à la société elle-même, tandis que les autres tiennent aux actions et aux réactions qui s'échangent entre cette société et ses voisines » (Durkheim, [1937], 2002)⁵⁹.

Introduction

Au cours de ce second chapitre, nous nous attacherons à décrire l'organisation de la formation infirmière en France. Nous montrerons comment, suite aux découvertes de Pasteur, aux progrès techniques et médicaux, cette « activité » soignante s'est engagée sur la voie de la professionnalisation⁶⁰.

Ce détour s'impose car la « société infirmière » contemporaine ne peut être comprise si elle est amputée de son histoire. La profession et la formation infirmière se sont en effet essentiellement structurées après le second conflit mondial. Les évolutions constatées à ce jour permettent d'analyser le sens de certaines pratiques actuelles qu'elles soient soignantes ou pédagogiques. L'histoire de la formation et conjointement celle des soins, devraient par conséquent permettre de saisir l'évolution des questions soulevées par la formation de cette catégorie de personnels hospitaliers.

⁵⁹ Durkheim Emile., *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Quadrige, Paris, [1937], 2002.

⁶⁰ Pour plus de détails sur le contexte historique, à la fois sur un plan scientifique et socioprofessionnel, dans lequel a évolué et s'est structuré le milieu infirmier, voir Magnon René., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Editions Masson, Paris, 2001, pp. 173-198.

De ce point de vue en effet, la sociologie ne peut éviter l'histoire (Wenner, 2001, p. 24)⁶¹ ou, pour reprendre les termes de Jean-Michel Chapoulie (1996, p. 48) à propos de la sociologie de Hughes « *cette perspective définit la sociologie comme l'étude de l'action collective, et considère donc n'importe quel objet social [...] comme un produit de l'histoire qui ne peut être analysé en faisant abstraction de celle-ci* »⁶². Nous verrons que les diverses époques montrent chacune des conceptions de la formation qui permettent d'éclairer les problématiques actuelles. D'une manière générale, les historiens de l'éducation s'accordent à penser qu'outre l'analyse des crises auxquelles un système (éducatif ou de formation pour ce qui concerne cette recherche) a été confronté, l'histoire permet de dégager les continuités et ruptures qui marquent son évolution. Ainsi l'histoire-récit s'associe à une histoire-problème, laquelle permet de mieux comprendre les conceptions actuelles défendues par les acteurs en présence (Roux, 1996)⁶³. Nous précisons donc à chaque fois que nécessaire, le lien que nous opérons entre les problématiques actuelles et la part de « l'héritage » en quelque sorte.

Ce chapitre s'organise en trois parties :

- la première retrace l'évolution du métier et de la formation conduisant au diplôme d'Etat et insiste sur le paradoxe autonomie/dépendance qui accompagne les rapports sociaux entre infirmiers et médecins ;
- la seconde fait état de la concurrence entre les infirmiers diplômés d'Etat et ceux diplômés de secteur psychiatrique, puisque ces deux filières ont cohabité en France jusqu'en 1992 ;

⁶¹ Wenner Micheline., *Sociologie et culture infirmière*, Editions Seli Arslan, Paris, 2001.

⁶² Chapoulie Jean-Michel., « E.C. Hughes et la tradition de Chicago », in Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996.

⁶³ Roux Christian., *Thèmes et problématiques de l'histoire en éducation*, Université de Provence, Aix-Marseille I, Département des Sciences de l'éducation, 1996 (document de formation, non publié).

- la troisième partie donne quelques repères sur le contexte qui a conduit à la création en 1992 d'un diplôme infirmier polyvalent⁶⁴.

1 Autonomie et dépendance du groupe infirmier vis-à-vis du milieu médical

La formation professionnelle des étudiants en soins infirmiers est une formation par alternance ou, tout au moins, considérée comme telle puisqu'elle prévoit actuellement une répartition quasi-équitable entre les enseignements dispensés dans les instituts de formation et les stages cliniques. Ce principe qui associe des temps de formation en stage et en école fonde historiquement l'apprentissage des soins infirmiers, même si la proportion de l'un et de l'autre varie selon les époques et les programmes.

Nous allons maintenant tenter de cerner les moments importants de l'histoire de la formation conduisant au diplôme d'Etat et autant que faire se peut, dégager les premières questions sociologiques qui ont traversé les différentes époques. Pour certaines d'entre elles, nous verrons en quoi elles restent d'actualité et à ce titre, mériteront ultérieurement, des développements particuliers.

11 Du moyen-âge à l'aube du 20^{ème} siècle : primauté du sacerdoce

Nous ne rentrerons pas dans le détail de ces époques anciennes car ce détour éloignerait des questions que nous cherchons à faire émerger. Pour autant, les écrits anciens permettent de relever combien le soin apporté aux pauvres et aux malades était intimement lié à l'autorité religieuse. En effet la formation, pendant plusieurs siècles, consiste d'abord en une éducation religieuse, éducation dont les malades eux-mêmes doivent tirer profit. Par exemple, cet extrait du règlement des filles de la charité de l'hôtel-Dieu d'Angers (Saint

⁶⁴ Diplôme d'Etat infirmier (DEI).

Vincent de Paul⁶⁵, 1641) donne un aperçu des valeurs prônées à l'époque : « *Les filles de la Charité des pauvres malades s'en vont à Angers pour honorer Notre-Seigneur, père des pauvres, et sa sainte Mère, pour assister les pauvres malades de l'Hôtel-Dieu de ladite ville corporellement et spirituellement : corporellement en les servant et leur administrant la nourriture et les médicaments ; et spirituellement, en instruisant les malades des choses nécessaires au salut et procurant qu'ils fassent une confession générale de toute leur vie passée, à ce que, par ce moyen, ceux qui mourront partent de ce monde en bon état, et que ceux qui guériront fassent résolution de ne plus jamais offenser Dieu* ».

Aucunement anecdotique, ce passage renvoie à la genèse des soins infirmiers, qui bien évidemment ne portaient pas ce nom à l'époque. Longtemps associés au culte catholique et, par conséquent, au devoir de charité, les vertus soignantes trouvaient leur source dans la pratique religieuse et le don de soi, lesquels suffisaient à inspirer la pratique des soins aux malades. Certains établissements, essentiellement privés, emploient encore aujourd'hui du personnel soignant religieux et ces cas de figure, de plus en plus rares, sont le témoignage de cette réalité historique.

Deux catégories de personnel assument alors les soins aux malades : les religieuses qui organisent et souvent dirigent les établissements et des servantes aux fonctions essentiellement domestiques. Pour ces dernières, prostituées et/ou miséreuses, le travail à l'hôpital offre un refuge à défaut d'un salaire, une possible rédemption morale grâce au service offert aux malades.

12 Genèse de la formation des infirmières : une initiative médicale

Les médecins ont été les premiers à estimer la nécessité de former les bénévoles de cette époque afin de transformer leur savoir instinctif et/ou expérientiel en un savoir professionnel qui complète et prolonge les gestes médicaux. C'est dans l'esprit des soins médicaux que les médecins dispensent aux premières infirmières une partie de leur savoir. Le docteur Désiré Bourneville

⁶⁵ Cité par Marie-Odile Galant in « Histoire de la formation infirmière », IFCS (Institut de formation des cadres de santé) Nantes, 1999-2000, (document de formation, non publié).

(1840-1909), par ailleurs anticlérical notoire, fut le fondateur des premières écoles d'infirmières à partir de 1878⁶⁶. Elles étaient d'ailleurs à la fois écoles primaires et centre d'enseignement professionnel et ce, bien avant, la première loi sur l'instruction primaire gratuite et obligatoire (Michaud, 1974, p. 17)⁶⁷.

En France, après les initiatives de Bourneville, l'histoire de l'enseignement infirmier prend réellement forme au début du 20^{ème} siècle grâce à la volonté d'une infirmière, Léonie Chaptal (1874–1937) qui fut notamment fondatrice de l'Association Nationale des Infirmières Françaises en 1923. Son rôle de pionnière est également bien décrit par Marie-Françoise Collière (1977, pp. 82-83)⁶⁸ ou encore René Magnon (1991)⁶⁹.

Léonie Chaptal pense que les enseignements proposés jusqu'alors ne sont ni suffisants ni adaptés à la réalité sociale du pays. Pour mieux s'en rendre compte, elle décide de se former aux cours du soir donnés par les médecins de l'Assistance Publique (Collière, 1977, op. cit. 83, Magnon, 1991, op. cit. 42). Elle obtiendra en 1903 ses examens d'infirmière. En 1904, elle publie un réquisitoire sur les conditions de formation, de vie et de travail des infirmières des hôpitaux de Paris (Magnon, 1991, ibid. 42). Léonie Chaptal, considérait que la formation des infirmières dispensée par les médecins, en particulier le Docteur Bourneville à l'Assistance Publique de Paris, ne correspondait pas à ses valeurs chrétiennes et humanistes.

⁶⁶ Pour une approche plus détaillée de l'action du docteur Bourneville concernant la formation des infirmières, ses engagements politiques et les critiques de ses détracteurs, on pourra se référer à : Saliba Jacques., « Histoire d'une vocation », in Saliba Jacques., Bon-Saliba Brigitte., Ouvry-Vial Brigitte., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Editions Syros, Collection « Des gens », Paris, 1993. Voir également Poisson Michel., *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Les éditions hospitalières, Paris, 1998.

⁶⁷ Michaud Françoise, « Histoire du personnel soignant en psychiatrie », Congrès de psychiatrie et de neurologie (actes), AERLIP, Auxerre, 1974.

⁶⁸ Collière Marie-Françoise., « Les débuts de la période moderne de la profession d'infirmière en France (1870-1914) », *Soins T.* 22, N^{os} 1 et 2, 5 et 20 janvier 1977.

⁶⁹ Magnon René., *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Editions Lamarre, Paris, 1991.

En 1905, elle est à l'initiative de la création de la première Maison-Ecole d'infirmières de Paris, située hors des murs de l'hôpital. Elle dirigea cette école de 1907 à 1929 et dispensa elle-même la formation des infirmières, entourée de quelques « amies » et collègues proches. Citons encore sa présidence au conseil international des infirmières de 1929 à 1933 qui confirma son autorité aux yeux de ses pairs de l'époque.

Avec Bourneville et Chaptal, les républicains et les cléricaux s'affrontent sur la formation des infirmières, (Magnon, 1991, op. cit. 42). Ainsi, les premières écoles s'inscrivent dans ces différents choix philosophiques. Il est également important de noter qu'au sein des écoles de cette époque, l'infirmière n'est pas là pour faire part de son expérience ou de son savoir ; elle doit se contenter de prolonger et de diffuser le discours médical. Ce contexte imprègne les rapports sociaux entre infirmières et médecins pendant plusieurs dizaines d'années, officiellement jusqu'en 1978 avec la reconnaissance d'un « rôle propre » qui légalise une certaine autonomie du rôle infirmier⁷⁰. Mais dans les faits, l'investissement par les infirmiers et infirmières du rôle propre s'avère assez hétérogène selon le secteur d'activité, l'établissement d'exercice et bien évidemment les individus en présence.

Retenons que la formation infirmière voit le jour et s'organise à partir d'initiatives médicales. Ce n'est que dans un second temps que le « corps infirmier » trouvera en son sein les ressources pour organiser et peser sur les décisions concernant la formation.

Cette omniprésence médicale dans la formation est à regarder comme la volonté de permettre une rupture avec le religieux en faisant notamment bénéficier des avancées de la recherche scientifique à l'ensemble des personnels assistant le médecin. D'un certain point de vue, les infirmières passent d'une soumission aux valeurs religieuses à un assujettissement au pouvoir médical.

⁷⁰ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, Article premier modifiant l'article L. 473 du code de la santé publique.

13 Les premières écoles d'infirmières : hétérogénéité du dispositif de formation

Les premières écoles assuraient une formation fondée sur trois modèles avec des conceptions différentes. Ces trois modèles « *par leur orientations différentes, [...] produisent – ou révèlent – des clivages sociaux, éthiques, idéologiques, professionnels qui, dans une large mesure, continuent de traverser le milieu infirmier actuel* » (Saliba, 1993, op. cit. 40).

- Le modèle médical, porté par Bourneville, est avant tout républicain. La formation est dispensée par les médecins de l'Assistance Publique. Il s'agit d'instruire les « gardes-malades » qui intervenaient à l'hôpital et en ville. Ces écoles sont municipales et s'adressent à « *un personnel en grande partie illettré* » (Collière, 1977, op. cit. 85),
- Le modèle religieux est dispensé par les sœurs de la charité des hospices civils de Lyon dès 1899. Il s'agit d'une formation d'obédience religieuse fondée sur l'enseignement alterné de stages dans les services de soins et de cours théoriques. Plus généralement, les cours de la Croix-Rouge se sont adressés à des femmes instruites et portaient sur une connaissance médicale restreinte (Collière, 1977, ibid. 85),
- Le modèle théorique, est Anglo-Saxon. Il est introduit en France grâce aux travaux du Docteur Anna Hamilton⁷¹ en 1900 à la maison de santé protestante de Bagatelle à Bordeaux. Il s'agit de conceptualiser les soins infirmiers selon le concept du « *soin moderne* » en référence à la pensée de Florence Nightingale⁷²,

⁷¹ Anna Hamilton publia un rapport dès 1901 qui dénonçait l'inexistence de liens entre le travail infirmier effectué auprès des malades et la formation donnée à l'école (Collière, 1977, op. cit. 82). Auparavant, elle avait soutenu une thèse de médecine « *sur les soins infirmiers donnés aux malades hospitalisés et les conditions de travail des infirmières* » (Collière, 1977, op. cit. 83).

⁷² Florence Nightingale, infirmière militaire anglaise, connue pour avoir transformé l'histoire des soins infirmiers grâce à ses conceptions modernes des soins dans les hôpitaux durant la guerre. En 1860, elle crée la première école d'infirmières en Angleterre.

infirmière anglaise. L'influence de ce dernier courant restera toutefois circonscrite à quelques villes françaises sans réel relais politique (Collière, 1977, op. cit. 85). « *Selon ce modèle, l'infirmière est en quelque sorte l'homologue féminin du médecin dans le domaine des soins et de l'organisation, ce qui revient à dire qu'elle n'est pas subordonnée à ce dernier* » (Carricaburu, Ménoret, 2004, p. 67)⁷³.

Trois modèles pour trois conceptions et il est important de le percevoir car depuis toujours, différents courants générant différentes pratiques cohabitent en France. Marie-Françoise Collière (1977, op. cit. 83-85) distingua un quatrième modèle avec les écoles privées de Paris. Cette autre filière intéresse moins notre objet car elle n'a pas, à proprement parler, influencé le paysage hospitalier français.

Avec Léonie Chaptal, au début du 20^{ème} siècle, émerge un « *compromis à la française* » (Saliba, 1993, op. cit. 40). En effet, « *jeune femme issue de la haute bourgeoisie catholique. Elle dénonce les écoles de l'Assistance publique de Paris dont elle estime le recrutement insuffisant et le niveau d'instruction beaucoup trop faible. S'inspirant du modèle anglais, que cependant elle juge élitiste et peu conforme à la tradition française, elle veut rétablir la filiation avec les anciennes religieuses et va transformer les valeurs religieuses en "morale professionnelle"* » (Carricaburu, Ménoret, 2004, op. cit. 67).

Si les orientations religieuses sont maintenant marginales, nous l'avons dit, il n'en va pas de même pour les pratiques dérivant du modèle médical. De même, les orientations théoriques anglo-saxonnes ont fortement orienté les programmes de formation. Finalement, les soins infirmiers cherchent historiquement leur identité entre des valeurs et des pratiques issues des champs religieux et médicaux. Ensuite, une troisième voie, inspirée pour partie, des théorisations anglo-saxonnes, vise à affirmer un « savoir » infirmier autonome. Et, « *rechercher*

⁷³ Carricaburu Danièle, Ménoret Marie., *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Editions Armand Colin, Collection « U », Paris, 2004.

le "savoir-infirmier" semble être la réponse à la recherche de la spécificité de la prestation infirmière en ce qu'elle a de différent et de complémentaire avec les autres prestations médicales et les travailleurs sociaux » (Walter, 1988, p. 252)⁷⁴.

On le voit, avec l'exemple de Béatrice Walter, qui proposait une première approche conceptuelle du savoir infirmier, les préoccupations professionnalisantes s'ébauchent avec ces tentatives d'élucidation de ce qui pourrait constituer un champ d'action propre, non réductible aux diverses disciplines qui semblent le constituer. Car, en effet, les logiques disciplinaires, qu'elles soient médicales ou psychologiques, imprègnent encore la formation.

14 L'évolution des programmes : des auxiliaires médicaux en quête d'autonomie

Progressivement, on assiste à une complexification des tâches dévolues à l'infirmier. Il faut donc intégrer « des connaissances dont la production, la diffusion et le contrôle impliquent la constitution d'écoles qui à leur tour vont ouvrir la voie à la reconnaissance d'un statut »⁷⁵.

En parcourant l'évolution des programmes sur lesquels repose le dispositif de formation, nous pourrions dégager en quoi le curriculum prescrit s'appuie sur les différents rôles infirmiers attendus et ce, en parallèle avec les conceptions soignantes de l'époque. Ces conceptions du soin, de l'homme, de la santé ou encore de la maladie imprègnent les différents programmes et nous renseignent également sur la nature des rapports sociaux en vigueur entre les partenaires qu'ils soient issus du corps infirmier ou non. Ce détour curriculaire s'impose car toute forme de savoir constitué résulte de rapports de forces entre différents groupes de pression, syndicaux ou associatifs et évolue en fonction des valeurs à l'œuvre pour les époques concernées. Autrement dit, les programmes de formation sont bien une construction sociale.

⁷⁴ Walter Béatrice., *Le savoir infirmier : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*, Editions Lamarre-Poinat, Collection « Recherche Infirmière », France, 1988.

⁷⁵ Marie-Claude Foret in Galant (1999-2000, op. cit.).

- Le programme de 1961

Tout d'abord, l'arrêté du 17 juillet 1961 met fin à l'enseignement commun des infirmières et des assistantes du service social.

Ainsi, les premières formations infirmières se déroulent sur 24 mois. L'enseignement théorique est dispensé en grande partie par les médecins et concerne les grands processus pathologiques, l'anatomie, physiologie, les techniques d'exploration, les traitements, l'éducation sanitaire, etc. L'enseignement pratique, quant à lui, est dispensé par des monitrices dans les écoles sous la rubrique « *rôle de l'infirmier* ». Cet enseignement est présenté aux élèves sur mannequin en démonstration des gestes techniques propres à l'infirmière. On y traite également des conduites à tenir dans les différents actes de soins. L'asepsie, dans ce contexte, constitue la notion phare dont la maîtrise s'avère prioritaire et ce, d'autant plus que la fonction infirmière, dans ce programme de 1961 reste centrée sur des pratiques hospitalières. L'évolution des sciences et des techniques médicales à l'hôpital, notamment le développement du champ thérapeutique et des investigations à visée diagnostique, les réformes des études de médecine ont souvent influencé la pratique de l'infirmière hospitalière.

Les stages en milieu hospitalier forment l'essentiel de l'enseignement pratique basé sur l'imitation, la reproduction des gestes. Leur durée moyenne est d'un mois pour préparer les élèves à l'activité professionnelle. Les élèves sont pris en charge par les infirmiers et des surveillants⁷⁶. L'encadrement des stagiaires est laissé à l'initiative des services, il n'y a pas de critères explicites liés à la formation clinique.

Tous ces facteurs ont conduit l'infirmier à se positionner comme un technicien, en quelque sorte un assistant, un auxiliaire du médecin. Toutefois, selon certains auteurs comme Montésinos (1981, p. 39) « *le programme de 1951 est*

⁷⁶ L'appellation de « surveillant » est désormais obsolète, elle correspond aujourd'hui à celle de « cadre de santé ».

manifestement l'œuvre des médecins, celui de 1961 porte déjà l'empreinte des infirmières »⁷⁷.

- Le programme de 1972

Le programme du 5 septembre 1972 – sur 28 mois – met l'accent sur les notions de « *santé* », « *service infirmier* », « *des méthodes de travail* » et de « *soins infirmiers* ». Pour la première fois le terme d'éducatrice de santé apparaît dans les textes officiels. Les soins infirmiers sont désormais identifiés mais l'exercice professionnel est toujours sous la dépendance exclusive du corps médical.

La formation professionnelle insiste sur la spécificité de l'enseignement des soins infirmiers à dispenser dans les écoles d'infirmières sans préciser les méthodes pédagogiques. Ces enseignements sont toujours largement assurés par le corps médical. L'idée du programme est « *de former des professionnels à l'apprentissage spécifique des soins infirmiers en fonction de la pathologie des différents appareils* ». Cette conception de la formation montre que les infirmières ne peuvent pas encore former des infirmières. Ce qui prévaut malgré tout, c'est un modèle hiérarchique de l'assistant formé par le maître.

Toutefois, dans son esprit, ce programme constitue une rupture avec les textes précédents. L'introduction des sciences humaines, le vocabulaire utilisé (service infirmier, soins infirmiers), davantage sans doute que les pratiques réelles, marquent alors les premières empreintes des vellétés émancipatrices infirmières. Il est à considérer comme un signe avant-coureur de ce qui deviendra, six ans plus tard, en 1978, le rôle propre c'est-à-dire la reconnaissance légale d'un rôle autonome pour les infirmiers.

- Le programme de 1979

En France, déjà dans un contexte d'harmonisation européenne (Magnon, 2001, op. cit. 51-52), le programme de formation de 1979 – sur 33 mois – prendra appui sur la loi du 31 mai 1978 conférant une définition de l'infirmière qui lui attribue une zone d'autonomie à travers son « *rôle propre* », c'est-à-dire un certain

⁷⁷ Montésinos André., *L'infirmière et l'organisation du travail*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1981.

nombre d'initiatives qu'elle peut entreprendre seule notamment dans la relation avec le malade, les soins d'hygiène et de continuité de la vie. Cependant, demeure dans son « rôle prescrit » par le médecin, des actes spécifiques qu'elle doit réaliser sur prescription médicale.

La conception de la formation vise la personne humaine et les groupes de personnes. L'infirmière est ainsi préparée à participer à des actions de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. De nouvelles disciplines sont introduites, de nouvelles méthodes telles que la « démarche de soins infirmiers » sont enseignées. La « théorie des besoins » en référence aux écrits de Virginia Henderson imprègne largement le dispositif de formation.

De même, le concept de « tutorat » va apparaître avec la volonté de sensibiliser à l'encadrement clinique des futurs professionnels. Ce dernier point est important car il permet de reconnaître et d'asseoir les fonctions pédagogiques des soignants.

Durant les années 1980, on assiste à un changement dans l'état d'esprit des professionnels infirmiers. La volonté est d'uniformiser les pratiques de soins infirmiers dans une pensée globale et systémique. Le patient sera au centre de l'activité soignante comme un homme bio-psycho-social, en interaction avec son environnement. Sous cet angle, le programme de 1979 vise une rupture avec une stricte logique d'appareils anatomo-physiologiques.

Enfin, ce programme 1979 propose une première année dite commune mais en fait « identique », et non pas commune (Magnon, 2001, *ibid.* 110) aux deux filières infirmières (psychiatrie et soins somatiques)⁷⁸. Les prémisses de ce qui sera en 1992 le diplôme unique et polyvalent sont posés.

⁷⁸ Le programme de cette première année prévoyait l'étude de l'homme sain. Les deux années suivantes permettaient alors d'aborder les processus pathologiques et thérapeutiques en psychiatrie pour ceux qui préparaient le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Les mêmes processus mais cette fois concernant les troubles considérés comme organiques étaient eux étudiés par ceux qui souhaitaient obtenir le diplôme d'Etat.

142 L'évolution de la définition de l'infirmier

En interaction avec les évolutions des programmes, on assiste à des changements notables en ce qui concerne la définition légale de l'infirmier.

En 1946, le Code de la santé donne la première définition légale et précise que peut être « *considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin* ».

En 1978, le Code de la santé, article 473, précise que peut être « *considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui en fonction des diplômes qui l'y habilitent des soins sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation et d'encadrement* ».

Entre ces deux dates, la définition légale de l'infirmier s'est considérablement élargie puisqu'elle valide la nécessité d'un diplôme pour exercer. Second point, sous l'appellation « rôle propre », l'infirmière peut prendre un certain nombre d'initiatives indépendamment de la prescription médicale. Troisième point, les infirmiers et infirmières se voient reconnaître une capacité à mener des actions de prévention et d'éducation à la santé. Enfin, la formation et l'encadrement font désormais partie du champ d'action des infirmiers.

143 Un élargissement du champ d'action malgré le maintien de la tutelle médicale

Le tableau suivant montre comment, à la lumière des éléments évoqués précédemment, le programme des études change avec l'évolution du rôle infirmier.

Programme 1951 : 24 mois	Programme 1961 : 24 mois	Programme 1972 : 28 mois	Programme 1979 : 33 mois
<p>L'infirmière doit avoir les notions nécessaires pour l'application des soins aux malades, hospitalisés ou non.</p> <p>Elle doit acquérir rigueur et asepsie.</p> <p>Elle est avant tout une auxiliaire du médecin et une exécutante.</p> <p>Les soins sont centrés sur la maladie.</p>	<p>L'infirmière est responsable des soins d'hygiène et du confort.</p> <p>C'est une technicienne qui pratique des soins et des examens complexes.</p> <p>Elle décide et effectue des soins d'urgence avant l'arrivée du médecin.</p> <p>Elle a un rôle technique doublé d'un rôle psychologique.</p> <p>Elle est avant tout une technicienne.</p> <p>La dimension curative est première.</p>	<p>L'infirmière est au service des personnes en matière de santé.</p> <p>Elle contribue à identifier et à répondre aux besoins de santé.</p> <p>Elle doit permettre à la personne soignée de recouvrer le plus vite possible son autonomie.</p> <p>Elle est avant tout éducatrice de santé.</p>	<p>Par rapport à 1972, l'accent est mis sur l'aspect relationnel des soins, la prise en compte de l'environnement des soignés, le rôle de formation et d'encadrement à tenir auprès des étudiants notamment.</p> <p>Apparition d'un rôle propre infirmier.</p> <p>Le programme de la 1^{ère} année est identique aux infirmiers destinés aux soins généraux et à ceux qui s'orientent vers les soins psychiatriques.</p>

Source : document pédagogique (non daté),
Institut de formation en soins infirmiers,
Centre hospitalier de Châteaubriant (44)

Ce tableau récapitulatif montre à la fois comment les conceptions des soins ont évolué et, par conséquent, comment les objectifs de formation ont suivi ces diverses mutations. Aujourd'hui, les infirmiers et infirmières qui exercent en France sont titulaires de l'un ou l'autre de ces différents diplômes. Nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur le lien entre les pratiques actuelles et les

différentes conceptions évoquées dans cette partie. Par exemple, comment cohabitent les unes et les autres au quotidien des unités de soins depuis 1992, date de l'apparition de l'actuel diplôme d'Etat ?

En attendant, nous allons aborder cet autre aspect qui fit l'histoire des soins infirmiers dans notre pays c'est-à-dire la double filière infirmiers de soins généraux et infirmiers de secteur psychiatrique. Bernard Dropsy (1995) écrivait à ce propos qu'entre « *les infirmières DE et les infirmières de secteur psychiatrique, entre la logique de la charité et la logique de l'enfermement, les incompréhensions sont nombreuses : le passé, la culture de soins, les images professionnelles, les projets sont différents* »⁷⁹. De ce passé parfois tumultueux entre les représentants des deux corporations subsiste encore quelques traces, lesquelles permettront de comprendre comment l'encadrement et l'évaluation des stagiaires peuvent être l'enjeu d'une concurrence entre divers secteurs d'activité.

2 Deux filières de formation pour deux métiers différents

21 Deux diplômes d'infirmier en France

Jusqu'en 1992, parallèlement aux diplômés d'Etat, il existe un corps infirmier qui exerce avec un diplôme non reconnu par l'Etat français car la formation a été conçue par les psychiatres au sein des établissements de soins où elle était dispensée. L'exercice infirmier qui découle de cet enseignement était alors strictement limité à la psychiatrie. La formation de ces personnels était alors assurée par des directeurs et moniteurs issus de la filière des soins psychiatriques⁸⁰.

⁷⁹ Dropsy Bernard., « Des élèves-infirmières aux étudiants en soins infirmiers : une identité en mutation », in Obin Jean-Pierre., *La face cachée de la formation professionnelle*, Hachette Education, Collection « Pédagogies pour demain », Paris, 1995.

⁸⁰ Nous ne présenterons pas avec autant de détails l'histoire de la formation des infirmiers de secteur psychiatrique comme nous venons de le faire pour les infirmiers diplômés d'Etat, notamment car cette filière spécifique a été abandonnée en France comme dans de nombreux pays. Par contre, nous présenterons quelques aspects de la cohabitation voire de la concurrence qui caractérise encore l'organisation du travail infirmier selon le lieu d'exercice.

Pendant longtemps, toute l'organisation psychiatrique française favorise l'idée que ce métier d'infirmier exerçant en santé mentale est un métier « à part » pour des malades « à part ». Par exemple, Vinatier (cité par Michaud, 1974, op. cit. 15-16) écrivait que :

- « le malade psychiatrique est un être à part »,
- « l'aliéné est pratiquement incurable »,
- « l'internement est le seul moyen d'assistance »,
- « l'asile est dominé par les soucis de sécurité »,
- « l'asile est un monde isolé ».

Certes, ces propos n'ont sans doute plus qu'une valeur historique mais cette représentation de la maladie mentale a déterminé des dizaines d'années de pratique infirmière. En outre, c'est bien dans ce contexte que s'organisent deux formations professionnelles distinctes qui divisent le corps des infirmiers :

- une formation destinée aux « soins généraux », les infirmiers sont dits « diplômés d'Etat »,
- une formation destinée aux « soins psychiatriques », les infirmiers sont dits « de secteur psychiatrique ».

Les deux voies d'accès au titre d'infirmier seront abolies en 1992 avec la création d'un diplôme unique et polyvalent d'Etat.

22 Deux histoires, deux cultures, deux métiers

Afin de mieux cerner les problématiques sous-tendues par l'organisation de la profession infirmière, nous avons développé l'évolution des grands principes de formation dans les paragraphes précédents. Il faut maintenant envisager comment les transformations du métier ont parallèlement influencé les débats dont certaines questions, on le verra, demeurent d'actualité.

Considérons tout d'abord ce premier tableau que nous empruntons à l'institut de formation des cadres de santé du CHGR de Rennes (document interne de formation) qui permet rapidement de trouver quelques premiers repères⁸¹ :

⁸¹ Le document n'est pas présenté ici dans sa version intégrale, plusieurs éléments jugés non significatifs vis-à-vis de notre objet ont été retirés (symbolisés par [...]).

Evolution de la profession infirmière	Dates	Personnel soignant	Conception des soins
1870-1914 : Début de la période moderne en France 1914-1922 : Première guerre mondiale (influence américaine)	1870 1878 1922	<ul style="list-style-type: none"> • Congréganistes • Servants (tes) • Mercenaires, première notion de soins (cours gratuits) • Professionnelles • Gardes malades 	Epoque charitable, sacrée des soins
1922-1939 : Vers la professionnalisation	1922 1930 1932 1938	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier hospitalier (formation sur 2 ans) • [...] • Diplôme d'Etat pour les infirmiers psy (5 ans en cours d'emploi) • Assistante sociale • Infirmière hospitalière 	Epoque mixte, centrée sur les : <ul style="list-style-type: none"> • soins hospitaliers • soins d'hygiène • soins de santé publique • tuberculose • maladies infantiles • maladies vénériennes • santé mentale • santé sociale (conditions insalubres de logement)
1950-1990 : La profession en quête de sa spécificité et de son identité	1951 1955 1971 1972 1973 1979	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière auxiliaire médicale • [...] Diplôme national de psychiatrie et première école de cadre pour infirmiers diplômés d'état • [...] • Première école de cadre psychiatrique • Infirmière éducatrice de santé (formation sur 28 mois) • Idem pour les infirmiers de secteur psychiatrique • [...] • Formation en 33 mois pour les deux filières • [...] 	<ul style="list-style-type: none"> • Période « technique » liée au développement technologique et industriel de notre société • Début de la période humaniste centrée sur la personnalisation des soins et les problèmes de santé des individus et des groupes, liés aux courants psychologiques-écologiques et à la crise économique post-industrielle des années 1970

Source : document pédagogique (non daté),
Institut de formation des cadres de santé,
Centre Hospitalier Guillaume Rénier, Rennes (35)

Un second tableau extrait cette fois du travail de thèse de L. Meyer (1986) illustre les valeurs ou les représentations en lice au cours de l'histoire du métier d'infirmier en psychiatrie :

Statut	Fonction	Rôle	Formation	Image
1839 : gardien d'asile d'aliénés	Surveillance, exécution des ordres reçus, entretien des locaux, veiller à l'hygiène de vie	Gardiennage, homme à tout faire, auxiliaire de l'aliéniste	1907 : formation locale	« Garde chiourme »
1930 : infirmier d'asile d'aliénés	Surveillance, exécution des ordres reçus, entretien des locaux, hygiène de vie, aide médicale	Gardiennage, homme à tout faire, auxiliaire médical, technicien (piqûres, pansements)	Formation locale (possibilité de diplôme d'état en 5 ans : cf. premier tableau)	« Gardien de fous »
1937 : infirmier psychiatrique (catégorie C)	Soignante (thérapies institutionnelles)	Organisateur d'activités	<ul style="list-style-type: none"> • 1949 : diplôme régional valable en France • 1955 : diplôme d'infirmier psychiatrique (120 heures théoriques) • 1968 : 2 ans (450 heures) • 1973 : diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (28 mois et 3080 heures) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier, musclé avec clés, serpillière, seringue et camisole de force • Infirmier, musclé avec clés, seringue et comprimés
1971 : infirmier de secteur psychiatrique (catégorie B)	Soignante en santé mentale (hôpital et extra-hospitalier), administrative et pédagogique	Auxiliaire médical, exécution des prescriptions au niveau somatique et psychologique, écoute et aide au patient, liaison avec l'administration, enseignement (élèves)		
1979 : infirmier de secteur psychiatrique (catégorie B)	Soignante en santé mentale avec une dimension éducative, préventive, de maintenance, curative et de réhabilitation	Animation, éducation, information, écoute, conseil thérapeutique au plan somatique et psychologique, rôle d'auxiliaire médical	1979 : diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (33 mois et 4640 heures)	Infirmier, avec seringue, comprimés et relation

NB 1 : Les catégories citées dans ce tableau sont celles de la fonction publique que l'on pourrait schématiser par A : personnels de direction, encadrement supérieur, B : personnels d'encadrement et C : personnels d'exécution. Le passage en catégorie B affirme donc la capacité des personnels infirmiers à encadrer (des collègues infirmiers ou aides-soignants, des stagiaires).

NB 2 : L'infirmier psychiatrique de 1937 n'a rejoint la catégorie C qu'après la promulgation des statuts généraux de la fonction publique et de leurs décrets d'application (période 1946-1948).

Les deux tableaux présentés ci-dessus illustrent l'évolution du profil infirmier dans ses deux composantes, soins somatiques et soins psychiatriques. Petit à petit, émergent des exigences quant au niveau de formation requis en même temps que des missions nouvelles. Le passage d'une approche organiciste – c'est-à-dire considérant l'homme organe par organe sans faire émerger leur interdépendance – à une approche holistique ainsi que le passage du curatif au préventif semblent en illustrer l'essentiel. Par ailleurs, l'évolution des découvertes scientifiques depuis Pasteur rythme les exigences en terme de formation. Enfin, au fil des années, dans un souci de personnalisation des soins, le concept qui définit l'homme comme un être *bio-psycho-social* s'impose, autrement dit, la reconnaissance de l'individu malade dans toute sa singularité et non pas réductible aux symptômes qui sont les siens. Plus spécifiquement au secteur psychiatrique, les approches des différents courants psychothérapeutiques invitent les infirmiers à s'inscrire pleinement dans le travail thérapeutique à part entière.

Cette évolution est importante car l'infirmier travaillant en psychiatrie, historiquement, est d'abord un gardien⁸². Ce passé « *difficile* » est bien décrit par Claudie Beauvue-Fougeyrollas (1991, p. 68) qui note que « *les grands promoteurs du traitement psychiatrique des aliénés, comme Pinel et Esquirol, dénoncent la*

⁸² Pour une synthèse de l'histoire du personnel soignant en psychiatrie, voir Michaud (1974, op. cit.).

brutalité des gardiens, se plaindront de leur bas niveau intellectuel et moral et chercherons à les remplacer par des auxiliaires qualifiés. [...] À partir de la création des asiles, les gardiens ne seront plus recrutés parmi les anciens aliénés. Ce seront, le plus fréquemment, des hommes et des femmes issus de la paysannerie pauvre et contraints de chercher du travail en dehors des exploitations rurales»⁸³. Puis, son rôle de gardien évoluera vers une participation à part entière au projet thérapeutique. L'essentiel de l'activité soignante est donc d'ordre relationnel.

La coexistence de ces deux diplômes et la spécificité du champ d'exercice impliquent pendant longtemps, et peut-être encore aujourd'hui, un rapport au soin différent de part et d'autre comme Claudie Beauvue-Fougeyrollas (1991, *ibid.* 61) l'a montré : « *une comparaison s'impose entre, d'une part, les personnels des asiles et, d'autre part, ceux des hôpitaux généraux. Alors que ces derniers ont conscience de participer à des actions curatives efficaces et au sauvetage de vies humaines, les premiers éprouvent un sentiment de doute, voire d'impuissance, quant aux possibilités de restaurer l'intégrité personnelle des individus qui leur sont confiés* ». Cette remarque semble bien refléter la place occupée par les uns ou les autres dans l'institution hospitalière. Elle illustre également le contexte dans lequel se construit l'identité professionnelle des infirmiers. Le point commun essentiel est peut-être qu'aujourd'hui, du fait du diplôme unique entre autres, le rôle infirmier dans une politique de santé publique est de plus en plus investi et ce, dans toutes les spécialités. Autrement dit, le rôle infirmier se déplace, nous l'avons dit, du curatif vers le préventif et conséquemment de l'intérieur vers l'extérieur de l'hôpital⁸⁴.

Quel que soit le secteur d'activité, ces deux composantes du métier (niveau de formation et évolution des missions) permettent d'envisager pourquoi et comment les valeurs mises en exergue évoluent en fonction des époques. Nous

⁸³ Beauvue-Fougeyrollas Claudie., *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Editions Lamarre, Collection « Infirmière, société et avenir », Paris, 1991.

⁸⁴ Pour illustrer ces orientations, on peut se référer par exemple au contenu des différents textes législatifs qui organisent la politique de santé nationale et régionale, au programme des études d'infirmier ou encore constater le développement des alternatives à l'hospitalisation.

comprendrons ainsi peut-être mieux pourquoi certaines restent encore d'actualité.

En considérant l'histoire du métier d'infirmier diplômé d'Etat, nous avons fait remarquer que le soin était associé à la morale, religieuse essentiellement. En effet, les premiers personnels hospitaliers étaient religieux, congréganistes avant d'être soignants. Pour autant, hormis les religieuses, des personnels laïcs interviennent à l'hôpital dont les valeurs morales sont évaluées et font débat. Feroni (1994, p. 10) note, par exemple que « *le personnel laïc est réputé pour ses mœurs "dépravées", son alcoolisme et ses conduites indisciplinées (vols, bagarres)* »⁸⁵. Dans le même ordre d'idée, Collière (1977, op. cit. 80) fait référence à des hommes « *sans instruction, communs, vulgaires et grossiers* ». De ce point de vue, la psychiatrie rencontre les mêmes difficultés avec « *un ramassis de vagabonds et d'ivrognes, de naufragés de la société, qui, poussés par la faim, acceptaient ces fonctions pour hiverner* » (Michaud, 1974, op. cit. 16). L'exemple le plus explicite sans doute concerne les repenties, « *femmes de mauvaise vie* » qui venaient, au service des malades, expier en quelque sorte, les fautes du passé. Pour être plus précis, le métier d'infirmier est bien une activité historiquement fondée sur la notion d'engagement moral et non sur la reconnaissance du lien salarial qui les unissait à l'hôpital (D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doare, D. Senotier., 1992)⁸⁶.

Ces premiers repères étant posés, l'ensemble des ouvrages et articles qui traitent de l'histoire du métier permet de dégager un certain nombre de constantes sociales qui viennent compléter les tableaux précédents. Nous allons maintenant envisager les grandes lignes et affiner ainsi notre approche de ce groupe professionnel.

⁸⁵ Feroni Isabelle., « Les infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel », Thèse de Sociologie, Université de Nice, 1994.

⁸⁶ Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doare Hélène, Senotier Danièle., *Les infirmières et leur coordination : 1988-1989*, Editions Lamarre, Paris, 1992.

De manière parallèle, les infirmiers diplômés d'Etat et ceux de secteur psychiatrique amorcent leur professionnalisation. De main d'oeuvre peu qualifiée, ces deux groupes professionnels cherchent à faire reconnaître et développer leurs compétences. Feroni, (1994, op. cit. 445-448) distingue trois époques dans l'évolution de la constitution du corps des infirmières⁸⁷.

Tout d'abord, la genèse où « à la fin du XIX^{ème} siècle les infirmières constituent une main d'œuvre féminine, peu qualifiée et faiblement distinguée de la domesticité des hôpitaux. [...] Trois types d'infirmières coexistent au cours de cette période : les infirmières laïques des hôpitaux publics, issues de milieux modestes, les infirmières gardes-malades formées dans des écoles privées et recrutées dans les familles de la bourgeoisie, et les religieuses. [...] L'identité de métier est organisée autour de l'idée de vocation ». Cette dernière notion, la vocation, est sans doute la plus caractéristique de cette première époque. Pour donner le ton, Geneviève Charles (1979, p. 69) notait notamment que « malgré les tentatives de laïcisation des hôpitaux et du personnel soignant, l'idée est demeurée ancrée dans les mentalités que l'on ne peut pas être un bon soignant ou une bonne soignante, si l'on n'appartient pas à quelque société religieuse, ou si l'on est pas lié par des vœux perpétuels ou temporaires »⁸⁸. Elle rejoint en cela l'idéologie du don de soi que Marie-Françoise Collière (1982, p. 67) évoque quand elle rappelle que pendant longtemps soigner réclamait « d'abord de faire abstraction de soi, de n'être rien soi-même »⁸⁹. Dans le même ordre d'idée, Marie-Claude Foret (in Galant, 1999-2000, op. cit.) précise que « jusqu'au 20^{ème} siècle, sœur ou laïque, elle est toute entière au service de la mission qu'elle s'est donnée auprès des pauvres, déshérités

⁸⁷ Précisons que Feroni a exclu de son étude les infirmiers de secteur psychiatrique, ce qui nous amènera à compléter ses remarques par d'autres sources afin de bien montrer les points communs mais aussi les décalages entre ces deux groupes professionnels.

⁸⁸ Charles Geneviève., *L'infirmière en France : d'hier à aujourd'hui*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1979.

⁸⁹ Collière Marie-Françoise., *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1982.

ou malades. Elle a souvent fait officiellement ou officieusement promesse d'obéissance, de pauvreté et de chasteté. [...] Mais le travail hospitalier de l'époque n'est guère compatible avec une vie d'épouse et encore moins avec une vie de mère. Jusqu'aux années 1960, une infirmière de l'hôpital Edouard Herriot ne bénéficie que d'un dimanche toutes les sept semaines. En conséquence, seules restent à l'hôpital, les infirmières qui acceptent de renoncer à une vie privée, tandis que les autres fuient. La durée moyenne de la vie professionnelle d'une infirmière n'excède pas six ans à cette époque ». Son propos résume ce qui fut la place des infirmières et plus largement des femmes dans les organisations hospitalières de l'époque⁹⁰.

Pour ce qui concerne ceux que l'on appelle les gardiens des asiles, trois grands principes gouvernent alors leur action : « le gardien est l'exécutant des ordres médicaux, le gardien doit éviter tout incident ou accident, le gardien doit participer à la "bonne marche" de l'asile ». En outre, il n'a bien sûr, « aucun pouvoir d'initiative » (Michaud, 1974, op. cit. 18). Dans les deux cas de figure, un seul objectif est affiché, celui d'avoir un personnel soumis et parfait exécutant des consignes médicales⁹¹. La notion de vocation, par contre, paraît spécifique du secteur des soins généraux.

Seconde époque, « les années soixante constituent la deuxième étape marquante de la structuration de la profession. [...] La morphologie du groupe se transforme du fait de l'explosion de ses effectifs et de la diversification du recrutement social. [...] La composante la plus domestique du travail est progressivement déléguée aux aides-soignantes, nouvelles auxiliaires des

⁹⁰ Sur ces questions relatives au don de soi et à la prégnance des valeurs religieuses y compris concernant le personnel laïc, voir Petitat André., « La profession infirmière, un siècle de mutations », in Aiach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994.

⁹¹ Concernant l'évolution plus spécifique du personnel exerçant en secteur psychiatrique, voir Jaeger Marcel., « L'infirmier en santé mentale : un professionnel ? », in Aiach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994.

infirmières. Le travail se diversifie en étroite relation avec les environnements médicaux où il s'accomplit. [...] Une relative autonomie professionnelle s'appliquant aux actes de surveillance, aux soins infirmiers non invasifs et aux soins de nursing est reconnue en 1978. A la même époque la profession commence à se segmenter avec la création d'un échelon d'encadrement supérieur » (Feroni, 1994, op. cit.). Cette notion de segmentation développée par Bucher et Strauss ([1961], 1992, op. cit.) peut-être prolongée depuis le travail d'Isabelle Feroni. En effet, il est aisément vérifiable que le groupe infirmier n'est pas homogène comme nous l'avons rappelé au cours de notre introduction générale. Deux évènements peuvent à notre sens éclairer ce constat. En 1988, l'ensemble des composantes de la profession se rassemblait dans la rue pour réclamer des avancées statutaires alors qu'à partir des années 2000, les différents mouvements de contestation se sont organisés secteur par secteur (public ou privé, psychiatrie ou soins généraux) voire par spécialité (bloc opératoire par exemple) ou encore par position hiérarchique (cadres ou non cadres).

Cette seconde époque est donc clairement associée à ce que l'on appelle désormais le *rôle propre* qui constitue un pas important vers une reconnaissance d'un rôle autonome. De ce point de vue, l'année 1978 un tournant dans l'histoire de la profession. Geneviève Charles (1981, p. 141) avait noté notamment que « *ce texte, pour la première fois, présente le diplôme comme l'une des conditions nécessaires à l'entrée dans la profession. Le législateur ne l'avait jamais formulé auparavant d'une manière aussi explicite, bien que le brevet de capacité professionnel existât depuis 1922* »⁹². Le GRIPI (1986, p. 25) rajoutait, toujours à propos de la loi du 31 mai 1978 que « *cette nouvelle conception entraîne un élargissement des soins infirmiers, ceux-ci n'étant plus uniquement sous la dépendance du secteur médical* »⁹³. Deux points extrêmement importants donc

⁹² Charles Geneviève., *Quel avenir pour l'infirmière française ?*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1981.

⁹³ GRIPI (Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière)., *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Editions Le Centurion, Collection Infirmière d'Aujourd'hui, Paris, 1986.

avec la reconnaissance statutaire de la nécessité du diplôme pour exercer et la reconnaissance d'un rôle propre, porte ouverte à l'affranchissement vis-à-vis de la tutelle médicale.

En psychiatrie, les infirmiers bénéficient des mêmes avancées statutaires. Ce mouvement s'était amorcé dès 1955, année qui a vu apparaître un programme et un diplôme nationaux (Michaud, 1974, op. cit. 21-22). Les gardiens sont devenus des infirmiers puisqu'ils disposent désormais d'un statut, d'un diplôme, d'une formation. Ainsi les infirmiers, quel que soit leur secteur d'exercice, vivent des évolutions semblables en de nombreux points même si le contenu des formations et les pratiques professionnelles restent résolument étanches entre infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique.

Enfin, troisième époque « à partir des années quatre-vingt les infirmières se caractérisent par une longévité professionnelle plus importante suivant en cela l'évolution de l'ensemble de la population active féminine. Parallèlement s'amorce un déclin de la position sociale du groupe, marquée par le moindre prestige des titres scolaires détenus par les entrants et la chute du niveau social de recrutement ». Cette dernière remarque d'Isabelle Feroni (1994, op. cit.) peut être illustrée de la manière suivante : au fil des années, le recrutement massif des bacheliers issus des séries scientifiques (C, D puis S) a cédé le pas à une représentation plus large des filières et notamment, les séries technologiques (SMS et à un degré moindre STT)⁹⁴. De la même manière, nombreux sont désormais les candidats qui sont issus des catégories socioprofessionnelles peu ou moyennement favorisées (enfants d'ouvriers, d'employés ou de professions intermédiaires). D'un certain point de vue, les infirmiers diplômés d'Etat et ceux de secteur psychiatrique continuent de se rapprocher puisque l'accès à la formation en secteur psychiatrique n'est pas conditionné par l'obtention du baccalauréat. L'origine sociale et scolaire entre les deux métiers tend à s'homogénéiser.

Socialement, une des premières grandes caractéristiques à repérer au sein du corps infirmier est que les infirmières en soins généraux sont des femmes à 85-

⁹⁴ Pour plus de détails, voir le chapitre 3.

90%. A contrario, les infirmiers de secteur psychiatrique sont majoritairement des hommes⁹⁵. Ce phénomène s'observe historiquement en lien avec la constitution du corps et notamment des valeurs (ou des caractéristiques) que l'on attribuait plutôt à l'un ou l'autre sexe. En bref, les femmes et la docilité vers les soins généraux et les hommes aux qualités physiques vers les aliénés (Feroni, 1994, *ibid.* 23). Par conséquent, « *la morale de la nouvelle infirmière laïque va être modelée par ses instigateurs sur le modèle des religieuses (vocation, cohésion nationale, dévouement, désintéressement, honnêteté, absence de vices...)* », (Feroni, 1994, *ibid.* 25).

Ces éléments sont bien évidemment à pondérer aujourd'hui, ces valeurs morales n'étant plus véhiculées à ce jour, tout au moins explicitement. En effet, Feroni (1994, *ibid.* 292-298) associe aux événements de 1988 (mouvements de grève nationaux avec pour leitmotiv le slogan désormais célèbre : « *ni bonnes, ni nonnes, ni connes !* ») une crise des représentations traditionnelles dont l'une des conséquences serait la fin de la vocation comme valeur de la profession⁹⁶. Malgré tout, on peut raisonnablement penser que, dans une certaine mesure, ces valeurs restent toujours premières pour une partie des infirmières en activité⁹⁷.

⁹⁵ En psychiatrie, depuis, entre autres, la mise en place d'un diplôme polyvalent en 1992, on assiste également à une féminisation des effectifs tandis que dans les soins généraux la présence masculine reste faible (environ 15%).

⁹⁶ En outre, l'évolution des valeurs infirmières est probablement à replacer dans un contexte anthropologique plus large comme Lipovetsky a eu l'occasion de le montrer. Voir pour cela : Lipovetsky Gilles., *Le crépuscule du devoir, l'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Editions Gallimard, Paris, 1992 ; « L'ère de l'après-devoir », in *La société en quête de valeurs, pour sortir de l'alternative entre scepticisme et dogmatisme* (collectif), Maxima Laurent du Mesnil Editeur, Collection « Institut du management d'EDF et de GDF », Paris, 1996.

⁹⁷ Pour un balayage historique qui montre bien l'implantation de ces valeurs morales en France, voir par exemple l'ouvrage coordonné par Yvonne Knibiehler : *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Editions Hachette, France, 1984.

3 Un diplôme unique et polyvalent depuis 1992

31 Les grands principes

La formation professionnelle telle qu'elle est dispensée jusque là divise la profession. D'un côté, il existe une formation pour les infirmiers en soins généraux et d'un autre côté, une formation destinée aux infirmiers de secteur psychiatrique. Les premiers semblent cantonnés aux soins du corps (pathologies organiques et fonctionnelles) pendant que les seconds s'attachent à ceux de l'esprit (pathologies mentales et troubles psychiques).

Cette dichotomie dans la formation et l'exercice professionnel, dont nous venons de relever quelques aspects, a duré près de quarante ans, jusqu'à la création du diplôme d'Etat polyvalent en 1992.

Malgré les polémiques et les logiques corporatistes qui avaient pu émerger à l'époque, nombre de professionnels de santé avaient compris que l'homme qu'ils soignent est le même, que cet homme est indivisible et que la formation devait pouvoir former des infirmiers capables de prendre en charge à la fois l'aspect somatique et psychologique de la personne soignée. Cependant, le challenge est difficile car ce nouveau programme doit prendre en compte la diversité des devenir possibles des étudiants en lien avec la grande variété des exercices possibles (Dropsy, 1995, op. cit).

Par conséquent, le nouveau programme d'enseignement du 23 mars 1992 va regrouper les deux secteurs de soins. Cette évolution est significative du progrès accompli au niveau des pratiques infirmières et de la conception du soin infirmier. La restructuration a entraîné la fermeture des centres de formation en psychiatrie et des écoles d'infirmières. Les nouveaux étudiants sont alors formés dans des instituts de formation en soins infirmiers.

Cette évolution des pratiques soignantes s'est prolongée par une évolution du registre symbolique et sémantique dans le programme des études. Par exemple, l'apparition de nouvelles appellations : les élèves-infirmiers sont devenus des étudiants en soins infirmiers ; la monitrice et l'enseignante sont devenues formatrice en soins infirmiers, acteur responsable de la formation initiale et continue des infirmiers.

Le programme actuel date de 1992 et s'inscrit dans une logique d'harmonisation européenne. Ce nouveau diplôme vise à favoriser la libre circulation des infirmiers et infirmières sur le territoire de l'union européenne. Il répond ainsi à des raisons pratiques de gestion de la main d'œuvre en instaurant davantage de mobilité au sein du territoire national et européen. Le diplôme unique permet désormais de postuler sur n'importe quel poste vacant, ce qui n'était pas le cas précédemment avec les mesures limitant l'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.

Il s'agit avant tout de former un infirmier polyvalent notamment en mettant fin à la double filière en usage jusqu'alors (psychiatrie et soins généraux). Le nouveau texte met également l'accent sur le travail d'élaboration du projet professionnel et intègre la notion de « savoir infirmier ». Autrement dit, on constate dans les textes l'apparition de la démarche diagnostique infirmière c'est-à-dire la capacité à identifier des problèmes de santé dans le cadre du rôle propre infirmier. Le registre de l'autonomie professionnelle est ainsi affirmé avec force, tout au moins dans les textes qui organisent la formation.

Le chapitre 4 permettra de décrire avec plus de détails ce programme de 1992, actuellement en vigueur.

32 Les perspectives

Les élèves-infirmiers sont devenus étudiants en soins infirmiers, les écoles d'infirmières sont devenues instituts de formation en soins infirmiers aussi, dans ce prolongement, un projet retient actuellement particulièrement l'attention du milieu infirmier. Il s'agit de la mise en place de l'ensemble des formations paramédicales à l'université. Ainsi, les départements de médecine pourraient accueillir à plus ou moins long terme, outre leurs propres étudiants, les candidats aux diverses formations paramédicales ; les sages-femmes ont déjà franchi cette étape depuis peu. On peut voir dans ce projet plusieurs objectifs de niveaux différents :

- une dynamique de professionnalisation et par conséquent, de reconnaissance sociale, déjà engagée qui passe par l'« universitarisation »⁹⁸ des formations à plus ou moins long terme. Pour ne prendre qu'un seul exemple, les infirmiers actuels n'ont obtenu qu'une reconnaissance à Bac +2 malgré leurs 37 mois de formation. Il s'agit là d'une situation maintes fois dénoncée par les représentants de la profession. L'accès à l'université pourrait clarifier ce point particulier,
- l'acquisition d'une culture commune entre les différents professionnels de santé qui doivent coopérer pour le bénéfice des malades,
- une poursuite de la logique d'harmonisation européenne puisque la France reste l'un des rares pays où la formation infirmière n'est pas encore intégrée à l'université,
- une réorientation possible pour ceux que l'on appelle les reçus/collés, étudiants en première année de médecine ayant validé leur cursus mais n'étant pas admis en seconde année à cause du *numerus clausus*.

Ceci étant, rien ne permet actuellement de savoir quelle sera la nature du projet universitaire retenu. Parmi les questions qui font débat : faut-il rejoindre les sciences médicales ou plutôt les sciences humaines ? La première hypothèse renforcerait selon les uns la dépendance médicale et constituerait un retour en arrière. Pour d'autres, il s'agit de la filiation la plus légitime tant la profession infirmière paraît liée à la discipline médicale. La seconde hypothèse semble pour les uns l'occasion d'une émancipation autour du rôle propre et de savoirs spécifiques. Pour les autres, cette seconde hypothèse n'est même pas envisageable tant les sciences humaines paraissent secondaires dans l'exercice professionnel. Une troisième voie tente alors de percer, bien timidement si l'on

⁹⁸ Nous reprenons ce néologisme à notre compte car la presse professionnelle en fait usage depuis maintenant quelques années.

en juge par la presse professionnelle, celle qui conduirait à la création de départements universitaires en soins infirmiers voire en sciences de la santé comme ils peuvent exister, au Canada notamment.

Synthèse

Plusieurs éléments importants méritent d'être retenus à la fin de ce second chapitre. En premier lieu, le corps infirmier, en accédant à la fois à la formation et au salariat, a rompu avec l'image et les valeurs des « sœurs hospitalières ». La laïcité et la reconnaissance statutaire ont permis de s'affranchir de cette culture sacerdotale. Toutefois, les premières initiatives concernant la formation infirmière furent l'apanage des médecins qui y virent une occasion de former des auxiliaires de qualité. Les valeurs morales et religieuses d'abnégation, de disponibilité continuaient malgré tout à être prônées. Formés par les médecins, ces auxiliaires devaient intégrer dans leurs pratiques, les évolutions scientifiques afin de prolonger de manière adéquate le geste médical. Les rapports sociaux générés par cet état de fait, s'inscrivent dans une logique de soumission des infirmiers vis-à-vis du monde médical. D'ailleurs, les textes réglementaires qui régissent la profession ont envisagé le travail infirmier uniquement comme exécution de la prescription médicale et ce, jusqu'en 1978. Ce n'est qu'à partir de cette époque que la reconnaissance statutaire d'un « rôle propre » autorise une pratique soignante autonome et cherche à affirmer pour les infirmiers une place de collaborateur plutôt que d'exécutant. Montésinos, dans un texte relativement ancien (1977, p. 19) donc antérieur à la définition légale du rôle propre, résume la problématique sociale présentée par le groupe infirmier. De ce point de vue, son propos reste d'actualité quand il déclare que « *les infirmières tentent de rejeter la quadruple sujétion de la déesse science, des robots machines, des médecins féodaux et de la bureaucratie administrative* »⁹⁹.

Les différents programmes de formation ont accompagné ces évolutions du métier qui tiennent compte à la fois des progrès des connaissances scientifiques,

⁹⁹ Montésinos André., *Formation des infirmières à l'organisation du travail*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmières d'aujourd'hui », Paris, 1977.

mais également des rapports sociaux entretenus dans l'univers hospitalier. Ainsi, le niveau d'autonomie des personnels infirmiers doit autant aux velléités émancipatrices de ses membres qu'aux négociations plus ou moins explicites entretenues avec le corps médical. Ce mécanisme est maintenant bien connu et le concept de négociation tel qu'il est développé par Anselm Strauss (1992, op. cit.) s'avère alors particulièrement éclairant afin de comprendre comment les choix des acteurs en situation interagissent avec les contextes structurels (politique de santé, organisation du travail) qui les déterminent en partie et en partie seulement. En effet, bien que les fonctions des divers professionnels de santé soient définies et encadrées par la réglementation, les négociations quotidiennes au sein des services de soins modifient à terme le champ d'exercice (chacun cherchant, selon Strauss, à contrôler ses conditions de travail). A titre d'exemple, Bernard Dropsy écrivait en 1995 que « *de nouveaux territoires [...] sont concédés, grignotés sur les professions voisines, et surtout sur les médecins [...]. Des gains symboliques viennent également modifier l'image sociale de l'infirmière : des rôles d'information, d'éducation, de formation s'ajoutent aux soins proprement dits...* ».

Nous pouvons retenir au final que les infirmiers et infirmières françaises doivent composer avec un héritage culturel empreint de références religieuses et de soumission au corps médical¹⁰⁰. Aujourd'hui, le corps infirmier cherche à montrer ce qui fait la spécificité de son travail dans une perspective de professionnalisation dont la reconnaissance sociale serait une des dimensions. Pour cela, il s'agit de développer une pensée autonome – que d'aucuns appellent « savoir infirmier » – qui, à ce jour, reste tributaire de savoirs empruntés à d'autres disciplines¹⁰¹. L'intitulé du récent – et premier – congrès national

¹⁰⁰ Pour aller plus loin sur ce passage de la femme consacrée à la femme auxiliaire du médecin, l'ouvrage de Marie-Françoise Collière (1982, op. cit.) reste une référence, notamment les chapitres 2, 3 et 4.

¹⁰¹ Une large revue de la littérature professionnelle montre que de nombreux auteurs, pour la plupart anglo-saxons, ont proposé des approches théoriques des soins infirmiers. Elles restent confidentielles pour ne pas dire ignorées d'une majeure partie des infirmiers et infirmières en activité. Pour une synthèse de ces différents courants, voir Rosette Poletti (Les soins infirmiers :

infirmier, ainsi que l'intervention inaugurale de la présidente du conseil scientifique sont autant d'exemples qui font état de ce processus de professionnalisation¹⁰². Les questions relatives à la formation et à l'évaluation des étudiants doivent par conséquent être considérées dans ce contexte particulier.

théories et concepts, Editions Le centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1978) ou Magnon (2001, op. cit. 95-100).

¹⁰² Jovic Ljiljana., Les questions posées et les objectifs du congrès in Congrès national infirmier, La réponse infirmière aux besoins de santé en France, l'affirmation d'une discipline, Nantes, 22-24 mars 2006.

CHAPITRE 3 : Contexte sociodémographique de la formation infirmière

Introduction

Ce chapitre vise à fournir un certain nombre de repères sociodémographiques concernant les étudiants en soins infirmiers. Nous observerons combien leur nombre a augmenté ces dernières années pour faire face à la pénurie de personnel dont les divers établissements de santé sont victimes. Le conseil économique et social souligne par exemple que « 40% des postes de soignants seront libérés dans les prochaines années par leurs titulaires qui partiront à la retraite » (Guérel, 2004a)¹⁰³. Plus précisément, 30% des postes d'infirmières et d'aides soignantes seront bientôt vacants en lien avec « le départ à la retraite des professionnels issus du baby-boom » (Guérel, 2004b)¹⁰⁴. En outre, on considère qu'il manque entre 15 000 et 60 000 infirmières en France selon les sources et que, par conséquent, le rythme des étudiants entrant en formation est insuffisant. Parmi les facteurs explicatifs, le conseil économique et social précise que 50 000 infirmières diplômées n'exercent pas (Pinaud, 2004, op. cit. I-31). Ensuite, la carrière moyenne est courte et semble se stabiliser autour de 12 ans, ce qui reste problématique (Guérel, 2004b, op. cit.).

Les données montrent également que l'augmentation des quotas d'étudiants autorisés à entrer en formation va de pair avec la progression du nombre des arrêts de formation et des échecs aux épreuves finales du diplôme

¹⁰³ Guérel Marie-France., « Formation : tous concernés », *Revue de l'infirmière*, Hors-Série, août 2004a.

¹⁰⁴ Guérel Marie-France., « La formation, une arme contre la pénurie », *Revue de l'infirmière*, Hors-Série, août 2004b.

d'Etat (Galaup, Garrachon, 2004, Dion, 2004)¹⁰⁵. En d'autres termes, nous aurons l'occasion de le développer, le ratio « étudiants admis en formation/étudiants diplômés » est plus faible depuis l'augmentation massive des quotas par le ministère. Ce constat inquiète les tutelles tant nationales que régionales. Il vient en même temps interroger les pratiques pédagogiques, du recrutement des candidats aux différentes étapes de validation des compétences des étudiants. Un état des lieux s'impose afin de prendre la mesure du contexte dans lequel la formation se déroule, ce contexte imprègne nécessairement les pratiques des professionnels qui participent à l'encadrement et l'évaluation des stagiaires.

1 Les infirmiers et les autres professions de santé

11 Une situation démographique critique

L'ensemble des étudiants en formation aux professions de la santé représentait 116 940 personnes en 2004 (87 047 pour l'année 2000 soit une augmentation de 34,34% en 5 ans) dont 112 031 en formation initiale (83 072 en 2000 soit une augmentation de 34,86% toujours concernant la même période). Ces chiffres globaux regroupent les formations d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, de techniciens en analyse biomédicales, de manipulateurs d'électro-radiologie, de pédicures-podologues, d'ergothérapeutes, de masseurs-kinésithérapeutes, de psychomotriciens, de sages-femmes, d'infirmiers. Ils prennent également en compte les formations cadres ainsi que les spécialisations infirmières (anesthésie, bloc opératoire ou puériculture sont actuellement en France les trois spécialités possibles après le diplôme d'Etat), lesquelles ne sont pas considérées comme des formations initiales.

¹⁰⁵ Galaup Annie, Garrachon Philippe., « Rentrée 2004, et si... on reparlait des quotas », *Info CEFIEC* n°4, septembre 2004 ; Dion Jean-Emmanuel., « Et si la licence était le remède à la crise que traverse la profession d'infirmier », *Soins Cadres* n° 51, août 2004.

Pour accueillir ces futurs professionnels, 1 047 établissements dispensaient les différentes formations en 2000 et en 2004, on en dénombre désormais 1 111 de statut public ou privé¹⁰⁶.

Le ministère a lancé une étude prospective concernant la démographie des professions de santé exerçant dans la fonction publique. Ce recensement, dont les résultats sont disponibles depuis mai 2003 permet de prendre la mesure des difficultés à attendre d'ici à l'horizon 2015¹⁰⁷.

La fonction publique hospitalière emploie 782 649 personnes dont près de 70% sont soignants ou rééducateurs soit 462 546 agents. On note également que 84% des personnels soignants sont des femmes. Le ministère a effectué la projection suivante concernant l'ensemble des effectifs : « *sur une population de 702 032 titulaires en 1999, 383 106 départs vont intervenir jusqu'en 2015 soit 55% de l'effectif. Le pic se situe en 2012 avec près de 30 000 départs sur un an* ». La filière soins est concernée quant à elle à hauteur de 56% soit sensiblement dans les mêmes proportions que l'effectif total ce qui est logique au vu de sa représentativité. A titre d'idée, le volume des départs dans la filière soins devrait doubler entre 2001 (10 794) et 2012 (20 940) toujours selon les estimations du ministère. Plus précisément, la filière infirmière et ce, toutes spécialités confondues, verra partir en retraite un agent sur deux d'ici à 2015. On le voit,

¹⁰⁶ Les données citées en référence dans ce chapitre sont extraites ou ont été calculées à partir de :

- Delaporte François., *La formation aux professions de la santé en 2000-2001*, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°37, juin 2002
- Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005.

¹⁰⁷ L'ensemble des données ainsi que les méthodes utilisées pour cette enquête sont disponibles avec la référence suivante : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Fonction publique hospitalière, Données démographiques, Horizon 2015, mai 2003 (consultable sur www.sante.gouv.fr).

cette proportion d'environ 50% de départs à l'horizon 2015 semble, à quelques nuances près, la référence à prendre en compte pour les années à venir.

Concernant la filière soins, la situation particulière des personnels d'encadrement est à relever car elle se distingue des chiffres précédents. Cette catégorie des personnels d'encadrement comporte des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé ainsi que des directeurs de soins. Une partie de ces cadres travaille sur des missions pédagogiques au sein des instituts de formation en soins infirmiers ou des instituts de formation des cadres de santé. Pour les autres, ils occupent des fonctions d'encadrement au sein des établissements de santé. Les données disponibles sont en effet plus alarmistes. Par exemple, le corps des cadres de santé devrait être renouvelé à 85% alors que celui des directeurs de soins le sera à 92% d'ici à 2015 (95% pour les cadres supérieurs).

Au total, comme le démontre l'étude conduite par le ministère, le volume croissant de départs à la retraite concernera « *toutes les filières sans exception, à législation constante, notamment pour les corps d'encadrement* ».

12 Les infirmiers, profession de santé la plus représentée

Les infirmiers représentent en nombre la population la plus importante des professions de santé. A partir des données extraites de STATISS 2004, nous pouvons élaborer le tableau suivant pour la France métropolitaine :

Médecins	201 398
Chirurgiens-dentistes	40 648
Sages-femmes	15 684
Infirmiers DE	377 802
Infirmiers de secteur psychiatrique	50 351
Masseurs kinésithérapeutes	56 924
Orthophonistes	14 836
Orthoptistes	2 405
Pédicure-podologues	9 859
Ergothérapeutes	4 683
Psychomotriciens	5 325
Pharmaciens	63 909

Source : Statistiques et indicateurs de la santé et du social, STATISS 2004, Les régions françaises, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2004.

Au total, ce sont donc 843 824 professionnels de santé qui exercent en France à titre libéral ou salarié au 1^{er} janvier 2003. Les infirmiers représentent alors 50,74% de cet effectif, proportion croissante d'ailleurs si l'on compare avec les chiffres donnés par STATISS 2003 (50,07%)¹⁰⁸.

D'autres sources, par exemple celle du Conseil économique et social (Pinaud, 2004, op. cit. II-26-27) considère que la notion même de professionnels de santé englobe un nombre plus large de professions. Le rapporteur Pinaud argumente que *« les professions de santé comprennent les professions réglementées et d'autres professions non-réglementées. La définition des professions de santé réglementées s'appuie sur leur conception juridique [...]. C'est le Code de la santé publique qui réglemente ces différentes professions médicales et auxiliaires médicaux et de pharmacie. Quatorze professions y sont recensées. D'autres professions de santé interviennent dans la production de service de santé, sans pour autant être réglementées par le Code de santé publique : aide soignant, ambulancier, agent hospitalier notamment. Il existe ainsi un vide juridique concernant l'exercice de ces professions, qui d'un point de vue légal n'apparaissent pas comme professions de santé, mais y sont apparentées »*. Dès lors, avec la référence retenue par le rapporteur Pinaud on peut estimer à 1 700 000 le nombre de professionnels de la santé en France en 2003, professions réglementées et non-réglementées comprises. *« Les infirmiers avec plus de 430 000 individus constituent la première profession de santé (25% des effectifs). Viennent ensuite les aides soignants (23%), les agents de services hospitaliers (14%) et les médecins (12%) »*.

On le voit, la notion même de profession de santé pose un problème de définition. Retenons toutefois que les infirmiers, quel que soit le mode de calcul, représentent la plus importante cohorte de professionnels de santé.

¹⁰⁸ Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers de secteur psychiatrique.

2 Une augmentation du quota d'étudiants en soins infirmiers

21 Des options politiques contradictoires

Les études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier concernent 77 259 personnes (France non métropolitaine comprise) en 2004, soit 66,07% du nombre total d'inscrits dans une école de la santé (55 639 en 2000 soit 63,92% du nombre total d'inscrits dans une école de la santé). Le nombre total d'étudiants en soins infirmiers est en hausse depuis 2001 comme l'ont souhaité les pouvoirs publics. Leur proportion au sein des autres étudiants inscrits dans une école de la santé est également croissante.

Les instituts de formation se partagent entre 265 établissements publics, 63 de statut privé à but non lucratif et 2 sous la tutelle de l'éducation nationale (Rapport ONDPS 2004)¹⁰⁹. Une autre source évoque 332 instituts de formation en soins infirmiers (Marquier, 2006)¹¹⁰. Ces instituts sont de taille variable. En Île-de-France par exemple, un institut accueille en 2004, 32 étudiants par promotion tandis qu'un autre en accueille 411 (Marquier, 2006, op. cit.).

Les étudiants sont répartis sur trois années, c'est-à-dire 28 548 en première année en 2004 (22 797 en 2000), 25 008 en seconde année (17 033 en 2000) et 22 570 en troisième (15 809 en 2000) pour la France métropolitaine.

En 2000, 14 593 candidats ont été présentés aux épreuves du diplôme d'Etat et 13 815 les ont passés avec succès. Cela représente un taux de réussite de 94,67%. Ce sont donc un peu moins de 14 000 infirmiers qui ont rejoint le marché du travail cette même année, nombre en baisse sensible par rapport aux années précédentes comme l'avait souhaité le gouvernement Juppé à partir de 1996. En effet, jusqu'alors, le nombre d'infirmiers diplômés chaque année était le suivant :

¹⁰⁹ Rapport annuel de l'ONDPS (Observatoire national des professions de santé), Tome 3, Analyse de trois professions, La profession infirmière, 2004.

¹¹⁰ Marquier Rémy., *Les étudiants en soins infirmiers en 2004*, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats, n°458, janvier 2006.

Année de diplôme	Nombre de diplômes délivrés
1996	15 173
1997	15 742
1998	14 596
1999	14 787
2000	13 815
2001	13 935
2002	15 262
2003	17 243
2004	19 571

Source : Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005.

Ce choix politique, qui depuis a montré ses limites, s'est inversé puisque dès la rentrée 2001 (diplôme 2004), le ministère décida une augmentation des quotas d'entrée en formation pour faire face à la pénurie de personnel infirmier en France. Ainsi, d'environ 22 000 étudiants de première année en 2000, le gouvernement propose d'en former 26 000 à partir de 2001 puis 30 000 dès les rentrées de septembre 2003 et février 2004.

En 2004, concernant la France métropolitaine, 20 447 candidats ont été présentés aux épreuves du diplôme d'Etat et 19 346 les ont passées avec succès ce qui représente un taux de réussite de 94,62%. Il est à l'évidence trop tôt pour conclure que le taux d'échec aux épreuves finales du diplôme d'Etat progresse comme certains observateurs ont pu le laisser penser puisque les chiffres de l'année 2004 rejoignent ceux observés en 2000.

En revanche, avec un quota prévu de 26 000 étudiants de première année et 19 346 diplômés, les tutelles regrettent que seuls un peu moins de 75% des étudiants sélectionnés deviendront infirmiers et rejoindront le marché du travail au terme des 37 mois de formation.

D'ailleurs, le Conseil économique et social a eu l'occasion de le rappeler par l'intermédiaire de Michel Pinaud qui, dans l'introduction de son rapport (2004, op. cit. 5) note que « *la situation actuelle de la pénurie générale d'infirmiers et/ou celui des grandes difficultés à trouver des personnels éducatifs diplômés en Ile-de-France illustrent les conséquences de la politique de réduction drastique des quotas d'élèves. Fait malheureux pour notre collectivité, on constate maintenant que nous manquons sensiblement de professionnels, au point de courir le risque de peiner à maîtriser les crises sanitaires qui pourraient survenir* ». En guise d'illustration à cette préoccupante situation, plusieurs établissements de santé sur le territoire national ont alors choisi de procéder au recrutement d'infirmières « non-françaises », espagnoles en particulier.

Le tableau suivant permet de visualiser l'évolution des flux d'entrée en première année :

Année de rentrée	Nombre d'étudiants
1996	17 330
1997	15 981
1998	16 543
1999	18 183
2000	22 029
2001	24 498
2002	25 499
2003	27 276
2004	27 504
2005	30 000 ?

Source : Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005.

Les derniers chiffres officiels connus concernent l'année 2004 ; celui concernant l'année 2005 représente un quota souhaité par le ministère. En terme d'estimation, on peut rajouter qu'environ 10% des places offertes au concours ne sont pas pourvues mais avec des disparités régionales désormais habituelles (Dion, 2004, op. cit. 76). Les chiffres les plus récents, correspondant aux rentrées de septembre 2003 et février 2004, évoquent 28 120 places occupées pour un

quota de 30 000 soit 6,27% de déficit (Galaup, Garrachon, 2004, op. cit. 4). Concernant l'année scolaire 2003-2004, en Île-de-France, 21,9% des places n'ont pas été pourvues ainsi que 11,5% en Nord/Pas-de-Calais (Marquier, 2006, op. cit.). D'autres régions ne semblent pas connaître de difficultés pour atteindre leurs quotas. Cependant, il est encore trop tôt pour en conclure quoique ce soit concernant une évolution structurelle du volume de places vacantes à la hausse ou à la baisse.

Au total, et selon les estimations, entre 25 et 33% des places en formation prévues par les quotas ne déboucheront pas sur un diplôme d'Etat au bout des 37 mois. Ce constat d'une progression des échecs en formation préoccupe les divers représentants de la profession puisque l'on estime que le nombre d'étudiants quittant la formation est en augmentation de 150% depuis 2000 (Galaup, Garrachon, 2004, op. cit. 4).

22 Les échecs en formation : quelle réalité statistique ?

Selon des chiffres antérieurs à 2004, il faut noter qu'environ 15% des étudiants vont soit quitter la formation avant le diplôme d'Etat (départs volontaires ou exclusions), soit bénéficier d'un redoublement (Pinaud, 2004, op. cit. I-22). Le ratio étudiants diplômés/étudiants entrés en formation, consultable plus loin, permet de mesurer cette évolution.

Selon certaines estimations régionales plus récentes (Basse-Normandie par exemple), le nombre d'étudiants qui abandonnent la formation ou redoublent augmente. Désormais, on considère qu'environ 23% des étudiants admis en IFSI seront concernés (Dion, 2004, op. cit. 76). Au niveau national, un « taux de fuite » est calculé qui est estimé autour de 20% en 2004. Ce « taux de fuite » inclut les étudiants ayant redoublé au moins une année, ceux ayant dû interrompre momentanément leur formation (maladie, congé maternité), et les abandons en

cours d'études (DRASS Pays de la Loire, 2006)¹¹¹. Le tableau suivant nous en présente la synthèse.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taux de fuite national	22%	19%	20%	18%	17%	18%	19%	24%	20%

Source : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), service statistique, *Les étudiants en instituts de formation en soins infirmiers*, Echo des stat. n°33, Pays de la Loire, février 2006.

De manière complémentaire, le tableau suivant montre comment le ratio (Etudiants admis en première année de formation/Etudiants diplômés) a pu se modifier depuis une vingtaine d'années.

¹¹¹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), service statistique, *Les étudiants en instituts de formation en soins infirmiers*, Echo des stat. n°33, Pays de la Loire, février 2006.

Année d'entrée en formation	Etudiants admis en première année de formation	Etudiants diplômés	Ratio Etudiants admis en première année de formation/Etudiants diplômés
1985	13 053	11 553	88,51%
1986	13 152	11 460	87,14%
1987	13 779	11 819	85,78%
1988	13 646	10 651	78,05%
1989	12 437	11 553	92,89%
1990	13 859	12 074	87,12%
1991	14 650	13 368	91,25%
1992	17 998	13 457	74,77%
1993	18 376	15 173	82,57%
1994	18 272	15 742	86,15%
1995	17 601	14 596	82,93%
1996	17 330	14 787	85,33%
1997	15 981	13 815	86,45%
1998	16 543	13 935	84,24%
1999	18 183	15 262	83,94%
2000	22 029	17 243	78,27%
2001	24 498	19 571	79,89%

Source : Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005.

Ces chiffres appellent plusieurs commentaires.

En premier lieu, on peut constater qu'en effet depuis la cohorte recrutée en 1997, le ratio « Etudiants admis en première année de formation/Etudiants diplômés » tend à diminuer. De 86,45% en 1997, nous en sommes à 79,89% en 2001. L'augmentation des quotas d'entrée en première année semble effectivement pour l'instant aller de pair avec un nombre croissant d'échecs en formation.

Ensuite, depuis deux années consécutives (cohortes recrutées en 2000 et 2001) le ratio « Etudiants admis en première année de formation/Etudiants diplômés » est inférieur à 80% ce qui n'était pas encore arrivé. Pour autant, par le passé, de tels chiffres ont été ponctuellement remarqués (à deux reprises) notamment concernant la cohorte recrutée en 1992 (74,77%). Notons que cette année 1992 correspondait à la fois à la mise en place du diplôme polyvalent ainsi qu'à une augmentation de quota au regard des besoins envisagés par le ministère. Ces deux facteurs peuvent raisonnablement constituer un élément d'explication plausible vis-à-vis du chiffre de 74,77% constaté. Hormis ce taux ponctuel inférieur à 80%, le ratio « Etudiants admis en première année de formation/Etudiants diplômés » se trouve généralement au-delà de 82 à 85%.

Enfin, ces chiffres restent malgré tout trop récents pour que l'on puisse y voir une profonde modification structurelle du devenir en formation des étudiants. Les années qui viendront permettront d'affiner ces premiers éléments.

Un autre élément majeur doit être noté. Il concerne l'évolution du nombre de redoublements. En 2004, on constate que 3,4% des étudiants inscrits ont redoublé. Ils n'étaient que 2,8% en 2000, ce chiffre augmente donc de manière constante depuis (Marquier, 2006, op. cit.). Autre caractéristique, les filles (3,3%) redoublent moins que les garçons (4,4%) (ibid.).

23 Une profession qui reste majoritairement féminine

La population reste essentiellement féminine ; les étudiantes sont 66 758 soit 87,69% (48 366 soit 86,93% en 2000) de l'effectif total. La proportion d'hommes semble se maintenir entre 10 et 15% puisqu'en 2004, les femmes représentaient 86,88% (87,63% en 2000) des étudiants de première année. En outre, le taux de femmes diplômées est stable autour de 88% et ce, depuis 3

années (88% en 2002, 88,5% en 2003 et 88,3% en 2004). Autrement dit, comme nous le remarquons ci-dessus, les échecs des hommes en formation sont proportionnellement plus nombreux que ceux des femmes.

En formation cadre, nous observons entre 79 et 82% de femmes diplômées sur la période 1998-2004. Ainsi, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à entreprendre une formation cadre.

Concernant les spécialisations, la situation diffère selon le type de formation engagé. Les infirmiers anesthésistes comptent 63,1% de femmes diplômées en 2004. Sur la période 1998-2004, ce taux évolue entre 63 et 73%. Les infirmiers de bloc opératoire comptent quant à eux 84,7% de femmes diplômées en 2004. Sur la période 1998-2004, ce taux évolue entre 84 et 88%. En puériculture enfin, et toujours concernant l'année 2004, on note 98,6% de femmes diplômées. Sur la période 1998-2004, ce taux évolue entre 98 et 99%.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à engager une formation post-diplôme d'Etat. D'une manière générale, le nombre d'hommes en formation infirmière est plus important aujourd'hui qu'il ne l'était à la fin des années 80 ; les femmes représentant à l'époque plus de 90% de l'effectif total. En 1970, à titre de comparaison, plus de 95% des diplômés sont des femmes¹¹².

Au total, et même si la proportion d'hommes qui s'engagent en formation puis dans la profession infirmière a augmenté depuis une vingtaine d'années, les femmes y restent très largement majoritaires exception faite des professionnels exerçant en secteur psychiatrique.

3 Hétérogénéité des voies d'accès en formation infirmière

Les filières d'accès aux études infirmières sont diverses. Deux variables sont mobilisables pour permettre d'apprécier cette diversité. Tout d'abord, la formation scolaire initiale et en particulier la série du baccalauréat suivie avant

¹¹² Il faut cependant noter un cas particulier avec celui des infirmiers de secteur psychiatrique qui, lorsque le diplôme existait encore, comptaient une proportion de femmes d'environ 65 à 70%.

l'entrée en formation constituent une première série d'indicateurs. Ensuite, la catégorie socioprofessionnelle d'origine à savoir celle des parents des étudiants est également révélatrice.

31 Diversité des filières scolaires

Premièrement, tous les étudiants ne sont pas titulaires du baccalauréat car plusieurs possibilités d'accès au concours existent¹¹³. Par exemple, il est possible de se présenter au concours après avoir défendu un dossier de validation des acquis de l'expérience. Ensuite, des places sont réservées aux aides-soignants, aux auxiliaires de puériculture ainsi qu'aux aides médico-psychologiques pour leur faciliter l'accès à la formation infirmière. Les titulaires de ces diplômes professionnels sont parfois détenteurs du baccalauréat.

En 2000, on pouvait repérer que les titulaires d'un diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat représentaient 21 069 des 22 202 étudiants de première année (97,33%). Ce taux est de 94,47% en 2004, il est probablement inférieur à la réalité puisque pour presque 2,5% des étudiants, les instituts de formation n'ont pas renseigné cet item lors de la dernière enquête commanditée par le ministère (Marquier, 2005, op. cit.).

En second lieu, et contrairement à d'autres formations du même type, on n'observe pas de prédominance des bacheliers de la série scientifique. Les trajets des candidats s'avèrent de plus en plus variés. Les épreuves du concours d'entrée sont un des facteurs principaux d'explication car elles ne portent plus, comme c'est encore le cas pour la plupart des professions paramédicales, sur des disciplines phares de la série scientifique. La sélection débute en effet par deux épreuves dites d'admissibilité comprenant « *une épreuve de culture générale portant prioritairement sur le domaine sanitaire et social* » et sur « *une épreuve de tests psychotechniques* »¹¹⁴. Ensuite, une ultime épreuve orale – dite d'admission –

¹¹³ Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, articles 3 à 9.

¹¹⁴ Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, article 12.

permet de clore la sélection. Cette épreuve consiste en un entretien, « *relatif à un thème sanitaire et social, [...] destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel* »¹¹⁵.

Le tableau suivant permet d'observer cette hétérogénéité des origines scolaires telle qu'elle se présentait en 2000 et 2004 pour les nouveaux inscrits :

¹¹⁵ Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, article 13.

Baccalauréat	Nouveaux inscrits en 2000	Nouveaux inscrits en 2004
Série L ou A	2 160	2 051
Série ES ou B	2 972	3 819
Série S ou C, D, D', E	5 896	5 516
Série STI ou F1A ou E, F2, F3, F4, F9, F10A ou B	137	191
Série STL ou F5, F6, F7, F7'	359	415
Série STT ou G, H	1 342	1 938
Série STPA, STAE	80	111
Série SMS ou F8	6 803	6 570
Série Hôtellerie	4	29
Série F11, F11', F12	9	9
Baccalauréat professionnel	296	549
Non réponse	169	64
Total	20 227	21 262

Source : Delaporte François., *La formation aux professions de la santé en 2000-2001*, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°37, juin 2002.

Source : Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005.

La série S représente donc 5 896 candidats reçus en cette année 2000 soit 29,15% ; la série SMS, quant à elle, concerne 6 803 candidats reçus soit 33,63%. Elles sont donc actuellement les deux filières scolaires les plus représentées

parmi les étudiants réussissant au concours d'entrée. Notons également 6,63% de postulants issus de la série STT, 10,68% de la série L et 14,69% de la série ES.

En 2004, ces chiffres semblent avoir évolué. La série S représente donc 5 516 candidats reçus soit 25,94% ; la série SMS, quant à elle, concerne 6 570 candidats reçus soit 30,9%. Elles restent donc actuellement les deux filières scolaires les plus représentées parmi les étudiants réussissant au concours d'entrée. Notons également 9,11% de postulants issus de la série STT, 9,65% de la série L et 17,96% de la série ES¹¹⁶. Cette situation constitue l'originalité de la population des étudiants en soins infirmiers en regard des autres professions de santé (à Bac+2 et plus) pour lesquelles la série S s'avère prédominante, pour ne pas dire quasi-exclusive. En effet, en 2004, on trouve de 68,6% de bacheliers S en formation de technicien en analyse biomédicale à 97,7% en formation de masseur-kinésithérapeute pour ne citer que les deux extrêmes (Marquier, 2006, op. cit.). A contrario, la série SMS est plus représentée en formation infirmière qu'elle ne l'est dans les autres formations paramédicales de niveau équivalent.

Par ailleurs, selon que l'on se réfère aux données disponibles en 2000 ou 2004, entre 1/4 et 1/3 des étudiants sont des bacheliers de l'année du concours d'entrée ce qui signifie qu'un certain nombre de candidats ont commencé d'autres études ou travaillé après le baccalauréat. L'exemple le plus classique semble être l'inscription en faculté de médecine puis l'abandon ou l'échec au

¹¹⁶ Comme l'auteur de ce rapport le précise (Marquier, 2005, p. 9) : « *Le niveau d'études antérieures des nouveaux inscrits en 2004 est analysé par série de bac pour les bacheliers non titulaires d'un diplôme universitaire. La collecte de données individuelles mise en place en 2003 a permis de remédier au problème de cohérence rencontré jusque là, entre le tableau recensant les nouveaux inscrits ventilés par niveau d'études et le tableau des séries du baccalauréat qui ne devaient être comptabilisées que pour les étudiants dont le plus haut diplôme était le bac...* ». Autrement dit, les modalités de saisie, différentes entre 2000 et 2004 ne nous autorisent pas à comparer les données de ces deux années. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure que les étudiants en soins infirmiers viennent moins de la série S en 2004 qu'en 2000 car les titulaires d'un diplôme universitaire entrant en formation et éventuellement en possession d'un baccalauréat scientifique n'apparaissent pas dans ces chiffres. Or, à la rentrée 2004, 10,64% des étudiants en première année étaient titulaires d'un diplôme universitaire et 5,43% en possession d'un autre diplôme sanitaire et social.

concours d'accès en seconde année qui conduit certains étudiants à une « solution de repli », les formations paramédicales et notamment infirmières. En d'autres termes, le projet de devenir infirmier correspond pour une partie des étudiants à un projet par défaut¹¹⁷. Pour d'autres, au contraire, le passage par d'autres expériences qui conduit à l'entrée plus tardive en formation, est vécu comme une source de maturation voire d'affirmation du projet. Parmi les indicateurs de ce phénomène, on peut noter que la majorité des nouveaux étudiants entrant en première année ont plus de 20 ans. En moyenne, l'âge des nouveaux inscrits est de 23,4 ans alors qu'il se situe entre 20 et 22 ans pour les autres professions de niveau équivalent (Marquier, 2006, op. cit.).

Ainsi, concrètement, les promotions d'étudiants en soins infirmiers rassemblent des individus d'âges, de niveaux scolaires, de motivations et parcours divers, ce qui les distingue vis-à-vis d'autres professions paramédicales. L'origine sociale des étudiants en soins infirmiers constitue un autre facteur de distinction.

32 Une origine sociale diversifiée

Il existe peu de données concernant l'origine sociale des étudiants ce qui en rend difficile l'analyse notamment d'un point de vue historique. Les services statistiques du ministère ont ainsi demandé aux instituts de formation, à partir de l'année 2003, un certain nombre de renseignements complémentaires, lesquels visent à mieux connaître le public accueilli. Dorénavant, il devient possible d'accéder à des données et de mettre en lumière ce qui caractérise la population des étudiants en soins infirmiers (Marquier, 2006, op. cit.).

¹¹⁷ Ce qui n'est pas nouveau en soit car comme Brigitte Bon-Saliba le soulignait en 1993 « pour 46% des bacheliers littéraires et 43% des bacheliers scientifiques, la formation en soins infirmiers correspond ainsi à un second choix, effectué après avoir envisagé d'autres études ». En outre, les étudiants titulaires d'un baccalauréat scientifique représentaient 45% des nouveaux inscrits en 1980. De ce point de vue, le public accueilli en formation infirmière s'est effectivement diversifié depuis. Voir Bon-Saliba Brigitte., « Le temps de la reconnaissance », in Saliba Jacques., Bon-Saliba Brigitte., Ouvry-Vial Brigitte., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Editions Syros, Paris, 1993, pp. 104-105.

L'enquête menée par la DREES révèle que la proportion d'enfants d'ouvriers (23,1%) ou d'employés (25,6%) est supérieure à celle observée dans la plupart des autres formations paramédicales. Corrélativement, les enfants de cadres sont moins nombreux en proportion que dans les autres formations paramédicales, exception faite des techniciens en analyse biomédicale et des manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les enfants d'agriculteurs, quant à eux, représentent 4% ceux d'artisans commerçants 10,2%.

Une autre particularité concerne la situation des étudiants l'année précédant l'entrée en formation. Si 60,3% d'entre eux viennent des études secondaires ou supérieures, 26,9% d'entre eux exerçaient une activité salariée à l'intérieur ou non du secteur hospitalier. Cette situation ne concerne qu'environ 7% des étudiants des autres formations paramédicales de même niveau (Marquier, 2006, *ibid.*).

Cette particularité, ajoutée à celle qui concerne la catégorie socioprofessionnelle d'origine a pour conséquence que les étudiants en soins infirmiers bénéficient de diverses aides financières pour la moitié d'entre eux (Marquier, 2006, *ibid.*). De ce fait, il s'agit d'une population qui présente un risque de précarité matérielle qui rend parfois difficile l'engagement en formation¹¹⁸. Ce risque est accentué par le fait que 17% des étudiants quittent leur région pour entreprendre leurs études (Marquier, 2006, *ibid.*). Pour ces derniers, les questions relatives au logement et aux déplacements s'avèrent cruciales.

Bien que les sources soient peu nombreuses ou non comparables terme à terme, notamment en raison d'un changement de définition des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE après 1982, les données disponibles montrent que l'origine sociale des infirmières évolue (Acker, 2003, p. 289)¹¹⁹.

¹¹⁸ Le financement des frais engagés par la formation est en lui-même problématique pour un certain nombre d'étudiants. Des répercussions sont par conséquent à noter sur leurs conditions de vie et leur santé. Voir à ce sujet : Boulet Nelly, Joutard Thierry., « Santé et perception de l'état de santé des étudiants en soins infirmiers », *Soins Cadres* n°55, août 2005.

¹¹⁹ Acker Françoise., « Les infirmières : une profession en crise ? » in De Kervasdoué Jean., *La crise des professions de santé*, Editions Dunod, Paris, 2003.

Le recrutement social est notamment moins divers qu'il ne le fut en particulier concernant les enfants des professions aisées qui sont moins nombreux à s'orienter vers ce métier (Feroni, 1994, op. cit.). On peut observer une prédominance pour l'année 2001 du recrutement parmi les catégories ouvrières (hommes : 31,7%, femmes : 26,4%), les employés (hommes : 22,4%, femmes : 16,3%) et les professions intermédiaires (hommes : 15,4%, femmes : 20%) ce qui, en soit, est comparable à l'évolution de la population active (Acker, 2003, op. cit.). En conséquence, « *l'accès au métier infirmière s'inscrit pour une partie non négligeable d'entre elles dans une trajectoire sociale ascendante* » (Acker, 2003, ibid. p. 290).

4 Augmentation des quotas : la difficile réorganisation des instituts

Sous l'action conjointe de départs massifs à la retraite, d'une politique de réduction des coûts de la santé imposée par le gouvernement Juppé mais également après la difficile mise en place des 35 heures prônée cette fois par le gouvernement Jospin, les établissements de santé français sont confrontés à une crise du recrutement en personnel infirmier sans précédent. D'autres professions de santé sont concernées, notamment les médecins, mais le volume important d'infirmiers et d'infirmières génère une situation assez singulière quant aux nécessaires mesures correctives à apporter quant au traitement de cette crise. Ainsi, nous l'avons vu plus haut, le choix d'une augmentation importante des quotas d'entrée en formation infirmière a été fait.

L'ensemble des instituts de formation de France a dû se réorganiser en quelques mois pour intégrer ces nouveaux étudiants. Certains instituts ont du doubler leur capacité d'accueil ce qui, en premier lieu, a nécessité des aménagements architecturaux. En second lieu, le recrutement de nombreux formateurs s'est engagé afin d'assurer le maintien du niveau d'encadrement des étudiants – un formateur pour 15 à 20 étudiants en moyenne. Ce chiffre est donné à titre indicatif car il existe des variations inter-établissements difficiles à cerner, d'autant que le taux d'encadrement réel est en général sensiblement différent de celui qui devrait exister en théorie. Concrètement, le nombre de formateurs est souvent plus faible que ce qu'il devrait être, en lien notamment avec une pénurie

qui touche également les cadres de santé. Autrement dit, tous les postes budgétés ne sont pas occupés.

Deux phénomènes sont alors à noter. Tout d'abord, les équipes pédagogiques ont été majoritairement renouvelées par cet afflux de formateurs. Certaines d'entre elles voyaient leur nouvel effectif constitué pour plus de la moitié par des débutants en pédagogie. Ensuite, la difficulté pour recruter des formateurs avec un statut et une formation cadre, a conduit à des embauches d'infirmiers et d'infirmières sur des postes de cadres¹²⁰. Ceux que l'on appelle dans l'univers hospitalier, les « faisant fonction » se sont généralisés à l'image de ce que l'on observe depuis quelques années dans l'encadrement en général (Pinaud, 2004, op. cit. 9). Donc, outre ces formateurs au statut incertain, les équipes pédagogiques composent avec la nécessité de rendre opérationnels leurs nouveaux collègues au plus vite pour « absorber » au mieux ces contingents importants d'étudiants.

Enfin, un autre obstacle est souvent cité parmi les difficultés rencontrées au quotidien, celui de la saturation des terrains de stage (Galaup, Garrachon, 2004, op. cit. 5). Beaucoup de services hospitaliers ont été fermés ou restructurés dans le cadre des différentes politiques de maîtrise des dépenses de santé et cela aura eu notamment pour effet de réduire la capacité générale des établissements à accueillir des stagiaires. Très concrètement, certains services ferment ou réduisent leur activité pendant que les quotas d'étudiants augmentent. Les terrains de stage reçoivent désormais des stagiaires toute l'année, d'autres en accueillent plusieurs en même temps et de professions différentes, le tout étant vécu généralement comme alourdissant la charge de travail des tuteurs de stage. Dans certaines régions, les étudiants doivent quant à eux, beaucoup se déplacer face à une offre de terrains de stage qui se réduit. En effet, « *certaines instituts de formation, essentiellement en secteur rural, contraignent les étudiants à une grande*

¹²⁰ Le statut cadre pour exercer en institut de formation est prévu par l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, article 5.

mobilité géographique en lien avec l'éloignement des terrains de stage (parfois distants de plus de 100 km vis-à-vis de l'institut) » (Boulet, Joutard, 2005, op. cit.).

Depuis les années 2000-2001, la formation des étudiants en soins infirmiers se déroule dans ce contexte particulier. Il n'est pas sans incidence sur les pratiques quotidiennes d'évaluation et ce d'autant que les textes réglementaires qui régissent la formation et l'évaluation des stagiaires évoluent. Le chapitre suivant permettra entre autres d'élucider ce dernier point.

CHAPITRE 4 : L'évaluation des étudiants en soins infirmiers au cours de leur formation

Introduction

Le second chapitre avait pour objet une description des grands principes historiquement organisateurs de la formation. Nous nous sommes particulièrement attachés à retracer l'évolution des textes réglementaires qui la fondent. Nous avons vu également combien les mutations liées à l'exercice du métier étaient en corrélation avec la nature des rapports sociaux entretenus avec le corps médical dont le discours s'avère prédominant. La formation tente aujourd'hui de s'en dégager pour tendre vers une parole autonome autour de la notion de « rôle propre ». Il faut y voir la trace d'un souci de professionnalisation du groupe infirmier (Carricaburu, Ménoret, 2004, op. cit. 68).

Le troisième chapitre a cherché à donner au lecteur quelques repères démographiques, lesquels permettent de situer la profession et la formation infirmière vis-à-vis des autres professions de santé. L'augmentation massive des quotas d'entrée en formation, afin de faire face à la pénurie de personnel soignant, constitue l'évènement marquant de ces dernières années. Les instituts de formation ont dû se réorganiser en lien avec un renouvellement massif des équipes de formateurs.

Pour commencer ce nouveau chapitre, nous devons évoquer le programme de formation actuel afin d'en préciser les principales orientations. En effet, les formateurs doivent au quotidien traduire des prescriptions réglementaires en actions et séquences pédagogiques. Ces différentes orientations sont données par le programme officiel mais également par des documents internes aux institutions. Par exemple, les instituts de formation travaillent et rédigent leur projet pédagogique (ou projet de formation selon les cas). Ce projet consiste en général à affirmer « localement » les différents choix pédagogiques et conséquemment organisationnels que les équipes en charge de la formation veulent concrétiser. Par ailleurs, certains services hospitaliers élaborent des

projets d'encadrement concernant les stagiaires. Parfois, ces projets ne dépassent pas la simple procédure d'accueil ; parfois, ils s'avèrent beaucoup plus ambitieux. En tout état de cause, les différents partenaires affichent généralement les options qu'ils souhaitent défendre mais comment s'organisent-ils pour les mettre en oeuvre ?

Au cours de cette recherche, nous essaierons d'éclairer cette question qui suppose d'analyser les pratiques pédagogiques et en particulier les pratiques d'évaluation. Par conséquent, nous porterons notre attention sur cette articulation, la traduction du « global » (le programme et les divers textes réglementaires, les projets) en activités (les pratiques réelles en situation).

1 Les grandes lignes du programme

11 Les missions des instituts de formation en soins infirmiers

L'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers en son article premier précise que :

« Les missions des instituts de formation en soins infirmiers sont les suivantes :

- formation initiale des infirmiers et des aides-soignants ;*
- formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers ;*
- formation continue incluant la formation d'adaptation à l'emploi ;*
- documentation et recherche en soins infirmiers ».*

En réalité, les instituts de formation ont pour activité essentielle la formation initiale et en général, de manière plus accessoire, la préparation aux concours ainsi que la formation continue à destination des personnels de santé. La recherche, quant à elle, peut être considérée comme marginale, à l'image de la

place qu'elle occupe au sein du milieu infirmier, tout au moins pour ce qui concerne notre pays¹²¹.

12 Le programme des études conduisant au diplôme d'Etat

Nous pouvons relever quelques extraits particulièrement significatifs parmi les textes réglementaires sur lesquels repose le dispositif de formation. Ils permettent de repérer les orientations fixées par le programme en vigueur en France depuis 1992.

La principale référence est l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifié, modifiée par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001 (Bulletin Officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 2001-40 du 1^{er} octobre 2001). Il y est précisé que :

« Le programme des études d'infirmier a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques seront les suivantes :

- *un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ;*
- *un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité ;*
- *un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.*

Principes pédagogiques :

¹²¹ En effet, à notre connaissance, une seule association (Association de recherche en soins infirmiers : ARSI) relaie à ce jour les travaux de recherche conduits par les infirmiers. Cette association publie une revue intitulée *Recherche en soins infirmiers*, organise un colloque annuel et anime un site internet (www.arsi.asso.fr).

- *Développement de la créativité et de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé.*
- *Importance accordée à la responsabilisation de l'étudiant pour lui permettre, tout au long du cursus des études, d'élaborer son projet professionnel.*
- *Renforcement des sciences humaines dans la formation des infirmiers en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné.*
- *Articulation de la formation autour des connaissances professionnelles, des aptitudes, des attitudes personnelles de l'étudiant et de son projet professionnel.*
- *Cohérence entre les objectifs de la formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles.*
- *Suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci.*
- *Dynamisme du projet de formation fondé sur la progression et le renforcement des connaissances régulièrement réactualisées.*
- *Accent mis sur une pédagogie active basée tant sur le questionnement que sur le contenu.*
- *Actualisation régulière du programme de formation au terme d'un délai de quatre ans pour la première promotion, puis tous les trois ans en fonction de l'évolution des sciences et des techniques et de celle de la pédagogie et de la pratique professionnelle.*
- *Utilisation des compétences des conseillères techniques régionales en soins infirmiers et des conseillères pédagogiques pour soutenir et accompagner les équipes pédagogiques et les responsables des structures d'accueil de l'étudiant, dans leur pratique et leur recherche. »*

Les principes généraux du programme de 1992 reposent sur l'idée de polyvalence, mettant ainsi fin à la scission corps/esprit jusqu'alors en vigueur en

France (cf. chapitre 2). De ce point de vue, et le programme va dans ce sens, l'infirmier doit devenir plus généraliste que spécialiste afin de répondre aux divers besoins de santé des populations ; cette évolution doit également favoriser la mobilité entre les services, les établissements voire les pays. En effet, ce programme est aussi l'aboutissement d'une volonté politique d'harmonisation des diplômes européens à laquelle les formations aux professions de santé ne font pas exception.

Concrètement, quelques observations sont à apporter par rapport aux précédents textes régissant le diplôme d'Etat (cf. chapitre 2). Il s'agit en effet de proposer un programme qui permette la polyvalence souhaitée entre les différents champs possibles pour l'exercice professionnel. Pour cela, le volume horaire accordé à l'enseignement des pathologies dites somatiques diminue par rapport à l'ancien programme conduisant au diplôme d'Etat. *A contrario*, celui prévu pour les pathologies dites psychiatriques augmente dans un souci de rééquilibrage en lien avec la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Enfin, le programme de 1992 prévoit le développement des sciences humaines dans une formation dominée jusqu'alors par les disciplines issues des sciences médicales. Potentiellement, le champ d'exercice de l'ensemble des infirmiers s'en trouve alors considérablement élargi.

2 La collaboration entre les terrains de stage et les instituts de formation

Cette recherche a pour objet une analyse des pratiques d'évaluation des stagiaires par les formateurs dans le cadre de la formation par alternance. Ce principe fondateur de la formation infirmière pose en lui-même une série d'enjeux autour de la collaboration des acteurs qui interviennent dans le dispositif. Il semble nécessaire de les évoquer tant ils constituent des pistes possibles pour engager l'analyse des pratiques d'évaluation.

21 Une collaboration prévue par les textes

A la demande du ministère de tutelle, des rapports ont fait état de la nécessité de prévoir instamment la collaboration entre les instituts de formation et les terrains de stage. Dans l'un d'entre eux, on peut lire que « *la formation des*

étudiants est basée sur le principe de l’alternance entre les instituts de formation et les terrains de stage. La durée des stages cliniques est sensiblement identique à la durée de l’enseignement théorique ; il apparaît donc nécessaire qu’une étroite collaboration existe entre ces deux temps de la formation... »¹²².

Dans les textes officiels, le souci de collaboration existe sans toutefois que des modalités pratiques précises soient dégagées. Nous pouvons alors raisonnablement nous demander en quoi cette collaboration est opérante ? Comment est-elle vécue par les différents partenaires ? Comment est-elle perçue par les étudiants ? En tout état de cause, comme de nombreux auteurs l’ont fait remarquer dans des champs différents, à commencer par celui de l’industrie, les dispositifs de formation par alternance engagent nécessairement l’entreprise en modifiant les rapports entretenus traditionnellement avec le monde de l’école (Doray, Maroy, 2001a,b)¹²³.

Les infirmiers diplômés, responsables de l’encadrement des étudiants dans les unités de soins, sont parfois appelés référents et cet aspect de l’encadrement est régulièrement rappelé comme le montre l’extrait suivant : *« C’est également au cours du stage que l’étudiant aura la possibilité de relier la théorie à la pratique à*

¹²² La formation professionnelle de l’étudiant en soins infirmiers par l’action pédagogique du stage. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Sous-direction : Fonction publique hospitalière, Bureau infirmier, octobre 1994, p. 44.

¹²³ Outre une modification des rapports entretenus entre ces deux mondes, pour reprendre les termes utilisés par les auteurs *« le fait de réaliser une part de la formation en milieu de travail permettrait aux élèves de mieux connaître la “réalité” du métier. La formation serait ainsi mieux ajustée au travail. L’alternance présenterait aussi des vertus sur le plan de l’insertion professionnelle des élèves »*. Généralement, les objectifs affichés relèvent en effet de ces deux plans, celui de la connaissance du métier et à plus ou moins long terme, de la socialisation et de l’insertion professionnelle.

Voir Doray Pierre, Maroy Christian., *« La construction des relations écoles/entreprises, le cas de la formation en alternance en Communauté Française de Belgique et au Québec »*, Cahier de recherche du GIRSEF n°11, Université de Louvain, mai-juin 2001a ; Doray Pierre, Maroy Christian., *La construction sociale des relations entre éducation et économie, le cas des formations en alternance en Wallonie et au Québec*, De Boeck Université, Collection « Economie, Société, Région », Bruxelles, 2001b.

*condition que l'infirmière – tuteur, référente, maître de stage – l'accompagne dans ce cheminement »*¹²⁴.

L'ensemble des services de soins, qu'ils soient hospitaliers ou non, publics ou privés, par les stages offerts, est considéré comme espace de formation. En ce sens, il ne s'agit plus, selon des schémas désormais anciens, de réserver le monopole de la formation aux instituts, les services devant alors demeurer une zone d'expérimentation et d'application des enseignements reçus. Toutefois, malgré les intentions de reconnaître une fonction de formateur aux infirmiers qui exercent dans les services de soins, qu'en est-il réellement du partage du « pouvoir de former » (Clénet, Gérard, 1994, p. 145) ?¹²⁵

Car, de ce point de vue, « penser l'alternance, c'est donc reconnaître, à côté de l'école, le rôle formateur de l'entreprise (hospitalière ou autre) au sens même où Paul Bachelard (1994, p. 176)¹²⁶ confirme que ce rôle est maintenant reconnu même s'il est souvent accepté sous conditions, notamment en matière de fonction tutorale où l'enjeu des tuteurs est considérable car il nécessite une réflexion sur l'organisation interne de l'entreprise ». Pierre Peyré (1997, p. 41) évoque deux dimensions inhérentes à toute pratique d'alternance¹²⁷. En effet, si pour un infirmier, accepter une fonction tutorale relève de ses missions, il est également logique pour lui d'en définir *a priori* un certain nombre de limites ; lesquelles sont souvent à mettre en lien d'ailleurs avec sa fonction première, c'est-à-dire apporter des soins aux malades. Autrement dit, si la fonction soignante des

¹²⁴ La formation professionnelle de l'étudiant en soins infirmiers par l'action pédagogique du stage. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Sous-direction : Fonction publique hospitalière, Bureau infirmier, octobre 1994, p. 85.

¹²⁵ Clénet Jean, Gérard Christian., *Partenariat et alternance en éducation*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », Paris, 1994.

¹²⁶ Bachelard Paul., *Apprentissage et pratiques d'alternance*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », 1994.

¹²⁷ Peyré Pierre., « La formation en soins infirmiers », *Soins Formation Pédagogie Encadrement* n°24, 1997 ; Voir également Peyré Pierre., *Projet professionnel, formation et alternance : essai de sociopédagogie appliquée en milieu sanitaire et social*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », Paris, 1995, p. 33.

infirmiers semble aller de soi, doit-on considérer qu'il en aille de même pour les fonctions pédagogiques ? Quelle place occupent-elles à côté de la mission principale qui consiste à prodiguer des soins aux malades ?

Tous les textes qui régissent la fonction infirmière insistent sur cet aspect pédagogique inhérent à la fonction. Relevons-en quelques exemples :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de formation ou d'encadrement »¹²⁸.

« La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion »¹²⁹.

« Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- *formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;*
- *encadrement des stagiaires en formation... »¹³⁰.*

¹²⁸ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, Article premier modifiant l'article L. 473 du code de la santé publique.

¹²⁹ Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier, Article premier.

¹³⁰ Code de la santé publique (intégrant le Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), 4^{ème} partie, Livre 3, Titre 1, Chapitre 1, Article R4311-15.

Cette série d'extraits confirme que tout infirmier doit considérer une dimension pédagogique dans sa fonction, il ne peut donc, du strict point de vue de la loi, se réfugier derrière des attributions exclusivement soignantes. Nous n'avons cependant pas ici d'éléments qui nous permettent d'affirmer comment, de manière pragmatique, cet encadrement peut s'effectuer. Il faut orienter la recherche vers des textes plus spécifiques. Les circulaires sont d'ordinaire plus explicites.

L'une d'entre elles, régulièrement citée en référence par les instituts de formation rappelle que « *la désignation d'un infirmier chargé d'assurer un tutorat auprès de l'étudiant [...] paraît tout à fait souhaitable chaque fois qu'elle est possible* »¹³¹. Le propos reste au final relativement évasif en la matière.

Le programme des études est également peu directif :

« *L'enseignement clinique doit être assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement les étudiants aux responsabilités qu'impliquent les soins infirmiers* »¹³².

On perçoit bien ici que, si effectivement les infirmiers doivent prendre en charge la formation des étudiants, les textes législatifs restent assez laconiques sur la forme que cet encadrement doit prendre. En fait, est considéré comme allant de soi le rôle pédagogique que doivent tenir les infirmiers ; de même, il n'est pas fait allusion à des compétences particulières afin de mener à bien cet encadrement.

22 Des clivages anciens ?

On peut considérer que le tutorat marque la frontière entre deux paradigmes, celui des praticiens et celui des théoriciens, celui des « *formateurs du centre et des formateurs du terrain* », ligne de partage désormais classique

¹³¹ Circulaire DGS/SDO n°5-92 du 9 décembre 1992 relative à la formation des étudiants infirmiers.

¹³² Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession, Berger-Levrault, non daté, p. 33.

selon Perrenoud (1998)¹³³. Les premiers détenant les savoirs d'action, expérientiels et les seconds les savoirs livresques. Pour Bouvier et Obin (1998, p. 6), la connaissance des premiers se veut « *empirique, pratique, concrète, de proximité* » alors que les seconds ont « *cartographié, "référentialisé" le terrain* »¹³⁴.

Ainsi, nous aurions d'un côté les infirmiers, formateurs-soignants, directement impliqués dans le soin et, de l'autre, les formateurs permanents des instituts de formation, infirmiers également de formation initiale, mais qui n'exercent pas de fonction soignante. Le plus souvent, ce sont les infirmiers qui encadrent les stagiaires dans les services de soins sous la responsabilité des cadres alors qu'au sein des instituts de formation, les formateurs permanents disposent d'un statut cadre. Les formateurs exerçant en institut sont donc potentiellement les supérieurs de ceux qui accueillent quotidiennement les étudiants en stage. Cette dichotomie voire ces oppositions entre école et stage sont désormais bien connues comme le souligne Alain Bouvier (1998, p. 194)¹³⁵ ou encore Michel Fabre (1994, pp. 89-90) pour qui « *former, dans l'alternance, c'est donc mettre en place un dispositif d'intégration temporelle : du passé du savoir bien maîtrisé au futur de la recherche à travers l'actualité de la technique et l'urgence de la production. Intégration et non pas juxtaposition ! La juxtaposition est l'éclectisme dans le temps. On en connaît bien les effets : ignorance réciproque de l'école et du monde du travail, dévalorisation de l'un par l'autre, va et vient de points de vue sans synthèse possible* »¹³⁶. Dans le même ouvrage, Fabre (1994, ibid. 89-90) en référence à Georges Lerbet en évoque deux manifestations possibles :

¹³³ Perrenoud Philippe., « La division du travail entre les formateurs d'enseignants : quelques enjeux émergents », Contribution au symposium « Quelle professionnalisation des formateurs d'enseignants ? », Réseau Education-Formation (REF), Toulouse, 26-27 octobre 1998.

¹³⁴ Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998.

¹³⁵ Bouvier Alain., « Le rapport au terrain » in Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998.

¹³⁶ Fabre Michel., *Penser la formation*, PUF, Collection « L'éducateur », Paris, 1994. Voir également à ce sujet Marie-Laure Chaix (1993, op. cit.).

« l'alternance application où le stage est sensé constituer la mise en pratique d'une théorie enseignée préalablement de manière abstraite, et l'alternance rupture où aucun lien n'est créé entre ce qui s'effectue dans les différents temps ou lieux de formation ».

Pour Philippe Royer-Rastoll (1993, p. 5), dans le milieu infirmier, les relations terrain/école sont conflictuelles et cette dérive se traduit selon lui de la manière suivante : « Pour le terrain : l'école [institut de formation] n'est pas habilitée à donner son point de vue sur la nature de la pratique professionnelle : le discours théorique des formateurs nuit à l'apprentissage des étudiants ; les formateurs sont des professionnels incompetents qui se sont réfugiés à l'école. Pour l'école : les gens de terrain sont hermétiques à l'analyse ; ils ne lisent pas, voire ne savent pas lire ; la théorie leur fait peur parce qu'elle met en lumière leur incompetence »¹³⁷. Cet article, extrait d'une revue professionnelle, dresse l'état des lieux d'une alternance vécue par les différents acteurs d'une manière chaotique où les différents acteurs se comportent en rivaux davantage qu'en collaborateurs.

Dans l'éditorial de cette même revue (1993, op. cit. 3), on peut lire que pour certains la formation par alternance creuse le fossé entre savoir et pratique, qu'elle confronte des univers décalés voire adversaires. Ces phénomènes où l'on se soupçonne réciproquement d'incompétence, sont également observables dans le cadre de la formation des enseignants comme Alain Bouvier et Jean-Pierre Obin ont pu l'évoquer (1998, op. cit. 9). Ils semblent assurément classiques des formations alternantes.

Ces positions très « tranchées » marquent tout autant l'ignorance des milieux et contextes de chacun, le tout agrémenté d'une dimension projective et fantasmatique sans réelle tentative de comprendre l'autre et de reconnaître ces deux pôles de la formation. Les traces de ce clivage apparaissent encore dans le langage ordinaire utilisé parfois par les uns ou les autres. Il est désormais fréquent en effet, d'entendre les infirmiers distinguer la formation, qualifiée de théorique – celle dispensée au sein des instituts de formation – de la « réalité du

¹³⁷ Royer-Rastoll Philippe., « Pour une nouvelle formation par alternance », *Soins Formation Pédagogie Encadrement* n°6, 1993.

terrain » – les services de soins – ces deux univers semblant résolument étanches l'un pour l'autre.

23 Des évaluations institutionnelles contradictoires

Le tutorat d'étudiant est-il une fonction reconnue, institutionnalisée et suffisamment définie au-delà de son existence de plus en plus généralisée ? Des enquêtes institutionnelles montrent que 59% des établissements accueillant des stagiaires déclarent mettre en œuvre un tutorat¹³⁸. En même temps les responsables de stage évoquent leurs difficultés :

« 64% des responsables de stages interrogés estiment manquer de moyens pour encadrer les stagiaires.

Principaux éléments d'argumentation :

- un problème prioritaire de disponibilité, manque de temps, personnel insuffisant au regard du nombre d'étudiants, charge de travail trop élevée pour les infirmiers ;

- un manque de moyens en terme de formation (évaluation, pédagogie), outils pédagogiques ;

- un manque de collaboration avec les instituts de formation. »¹³⁹

D'autres enquêtes nous apportent des éléments qui peuvent apparaître contradictoires puisqu'à 86%, les équipes pédagogiques estiment leur collaboration positive avec les accueillants sur les terrains de stage.¹⁴⁰

Il s'agit ici d'enquêtes par questionnaire et sans doute faut-il être prudent quant aux conclusions qu'il convient d'en tirer. En effet, les modalités de recueil

¹³⁸ Direction des hôpitaux, Synthèse de l'étude d'évaluation de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, Responsables de stage, septembre 1997, p. 11.

¹³⁹ Direction des hôpitaux, Synthèse de l'étude d'évaluation de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, Responsables de stage, septembre 1997, p. 19.

¹⁴⁰ Direction générale de la santé, Synthèse de l'étude d'évaluation de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, Infirmiers diplômés – Instituts de formation, juin 1997, p. 27.

des données n'étant pas précisées, nous ne savons pas si cette apparente discordance est significative. Le fait significatif à repérer porte essentiellement sur la discordance entre les évaluations institutionnelles, lesquelles apportent peu de réponses au final quant au niveau réel de collaboration entre terrains de stage et instituts de formation.

24 L'évolution de la formation cadre

Un autre élément de contexte mérite de retenir notre attention. Les cadres de santé, responsables des unités de soins ou formateurs au sein des instituts de formation, sont formés dans des instituts de formation des cadres de santé (IFCS). Il est intéressant de noter qu'au sein des IFCS, se dégagent depuis 1995, trois options possibles au cours de l'année de formation. Ces options ou modules d'approfondissement concernent la santé publique, la pédagogie ou l'encadrement¹⁴¹.

Ainsi, les futurs cadres infirmiers, au travers du choix de ce module d'approfondissement affirment clairement leur souhait d'orientation professionnelle. Cependant, même si un étudiant-cadre souhaite se perfectionner sur le module encadrement, il participe à un tronc commun avec l'ensemble de ses collègues. Ce tronc commun regroupe 5 modules sur 6, le dernier étant le module d'approfondissement au choix¹⁴². Cette organisation rapproche les futurs cadres de santé puisque désormais l'univers de la pédagogie et celui du soin ne sont plus disjoints au niveau de la formation des cadres. Cette évolution est importante car précédemment, il existait une formation et un diplôme pour les « managers » ainsi qu'une autre formation assortie d'un autre diplôme pour les « pédagogues »¹⁴³. Ces deux filières sont longtemps restées imperméables l'une à

¹⁴¹ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

¹⁴² Les 6 modules sont : Initiation à la fonction cadre, Santé publique, Analyse des pratiques et initiation à la recherche, Fonction d'encadrement, Fonction de formation, Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels.

¹⁴³ « Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant » et « Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ». Ces deux certificats seront remplacés par le « Certificat de cadre

l'autre même si les dispositions réglementaires avaient aboli ces distinctions en 1975.

Pratiquement, le dispositif de 1995 facilite la mobilité des cadres, qui peuvent désormais alterner des missions d'encadrement dans les unités de soins avec des missions de formation au sein des instituts de formation. Un certain nombre d'entre eux d'ailleurs, utilise cette possibilité pendant que les autres semblent, au contraire, privilégier l'un ou l'autre des deux champs d'exercice.

Au total, les cadres de santé bénéficient d'une formation polyvalente qui leur permet d'exercer leur activité professionnelle au sein des services de soins ou en formation initiale. Le dispositif de formation dans lequel ils évoluent favorise cette mobilité entre le management et la formation professionnelle¹⁴⁴.

3 Les points névralgiques du dispositif d'évaluation

Nous pouvons désormais porter notre attention sur le dispositif d'évaluation des stagiaires où interviennent à la fois des représentants des instituts de formation mais également des représentants des terrains de stage.

Les formations dites par alternance ont la particularité, selon Marie-Laure Chaix (1993, op. cit. 11-12), de proposer « *deux temps et deux lieux de formation, [...] deux formes du savoir, la "théorie" et la "pratique", [...] deux types de représentants du savoir, l'enseignant et le maître de stage dénommé aussi quelquefois "tuteur". Le seul qui ait l'expérience de l'un et l'autre lieu, de l'un et l'autre temps, de l'une et l'autre forme de savoir, de l'un et l'autre représentant du savoir, c'est l'élève-stagiaire* ». La formation infirmière présente un dispositif tout à

infirmier », commun aux deux fonctions puis par le « Diplôme de cadre de santé » en 1995. En vigueur actuellement, ce diplôme est commun à 14 professions de santé ce qui en constitue la principale évolution vis-à-vis de l'organisation précédente. Chaque profession formait ses propres cadres jusqu'alors.

¹⁴⁴ Pour un plus large détour sur les cadres de santé, leurs fonctions et l'évolution de leur formation, on pourra se référer au travail doctoral de Paule Bourret (2005). Au cours de sa thèse, l'auteure cherche à répondre à la question qui lui sert de fil conducteur, c'est-à-dire « *qu'est ce que l'on fait en faisant son métier de cadre ?* » (p. 142).

fait semblable, le stage et son exploitation cristallisent les questions, les tensions entre ces deux pôles de la formation.

Parmi les observateurs de la formation infirmière, citons Bernard Dropsy (1995, op. cit.) pour qui « *le stage est le point de convergence des logiques scolaires et des logiques professionnelles, il est le lieu de cristallisation des tensions entre institut de formation et institution hospitalière, car la majorité des stages se déroule dans un système d'hospitalisation, public ou privé. L'exercice de la fonction pédagogique, même chez des professionnelles, amène progressivement des décalages entre le dire et le faire, entre l'évolution de la pensée de l'enseignante et celle de la praticienne. La nécessaire abstraction pédagogique décale des réalités professionnelles* ». Les points de tensions ainsi relevés par Dropsy rejoignent les analyses de Chaix (1993, op. cit.) sur les formations agricoles ou encore celles de Perrenoud (1998, op. cit.) relatives aux enseignants.

Deux arguments sont relevés par Marie-Laure Chaix (1993, op. cit. 26) :

- en premier lieu, celui de la légitimité de l'espace de formation. Qui, de l'école ou de l'entreprise, est reconnu comme formateur et légitimé comme tel ?
- en second lieu, quelle validité sociale peut-on accorder à l'entreprise qui se trouve à la fois, espace d'exercice de la profession – et par conséquent, de transmission des savoirs – et concurrente potentielle de l'école ?

Marie-Laure Chaix poursuit lors de cette recherche l'hypothèse que les rapports entre les deux temps et les deux espaces sont concurrentiels autour de la maîtrise de la pratique. Le stagiaire devient alors « *l'analyste de cette concurrence* » (Chaix, 1993, op. cit. 27).

Afin de circonscrire l'objet de recherche, nous proposons de porter l'accent sur deux points névralgiques du dispositif d'évaluation. Ils cristallisent en effet, les tensions, les doutes voire la suspicion entre les acteurs. Ces deux axes sont :

- l'encadrement et l'évaluation des étudiants en stage,
- la mise en situation professionnelle.

31 L'encadrement et l'évaluation des étudiants en stage

311 Cadre réglementaire

Au cours de sa formation, pendant un peu plus de trois années, l'étudiant en soins infirmiers effectue des stages en milieu hospitalier ou extra-hospitalier. Chacun de ces stages d'une durée de trois à cinq semaines en moyenne se termine par une évaluation prévue par les textes réglementaires. Nous allons en décrire les éléments principaux afin de comprendre ce que la réglementation prévoit mais également ce qu'elle ne prévoit pas.

L'arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière dans son article 6, cité ici *in extenso*, pose le cadre général¹⁴⁵ :

« A l'issue de chacun des stages effectués tout au long de la scolarité, une évaluation est réalisée, en collaboration avec l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement de l'étudiant, par la personne du service responsable du stage.

Chacun des stages est noté sur vingt points.

Les notes sont étayées par une appréciation précise et motivée.

La personne responsable de la notation communique la note et l'appréciation qui l'accompagne à l'étudiant au cours d'un entretien ».

La moyenne des notes de stage est prise en compte pour le passage en année supérieure, mais également pour être admis à se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat. Elle doit donc être au moins égale à 10/20 (articles 7, 8 et 9). L'étudiant doit en outre ne pas avoir obtenu plus de deux notes inférieures à 8 sur 20 en stage (article 7).

Un autre texte doit être cité. Il s'agit de la circulaire DGS/SDO n° 5-92 du 9 décembre 1992 relative à la formation des étudiants en soins infirmiers. Elle

¹⁴⁵ Texte en vigueur au moment de la recherche, modifié depuis par l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (voir annexe 6).

préconise en effet, la désignation d'un infirmier référent, chargé d'assurer un tutorat auprès de l'étudiant et ce, chaque fois que possible. Autrement dit, la direction générale de la santé (DGS), à la suite d'accidents mettant en cause des étudiants en stage, propose des mesures évitant, autant que faire se peut, la dilution des responsabilités en matière d'encadrement des stagiaires. Plusieurs étudiants en stage ainsi que des infirmières en service au moment des faits ont en effet été condamnés à la suite d'erreurs de traitement, notamment de dosage, celles-ci ayant entraîné le décès du patient. Outre la responsabilité directe du stagiaire, la justice a alors reproché aux services concernés des carences en terme d'encadrement et donc retenu plusieurs niveaux de responsabilité.

312 La faible influence des notes de stage sur la carrière des étudiants

Beaucoup de sociologues ont montré que l'ambition sociologique ne peut pas se contenter d'une présentation d'un ou des cadres réglementaires (dont personne ne nie l'influence bien évidemment) mais qu'il s'agit plutôt d'essayer de comprendre comment les différents acteurs peuvent bien interpréter et s'approprier la réglementation (e. g. Merle, 1998, p. 47).

Chaque stage effectué par un étudiant en soins infirmiers se termine toujours par une évaluation formalisée et un document standard recueille la note et l'appréciation accordées par les équipes soignantes en position d'évaluateurs (cf. annexe 1). Ce document est joint au dossier de l'étudiant. Comme le texte l'a prévu, les étudiants peuvent théoriquement obtenir des notes inférieures à 8 en stage, lesquelles peuvent invalider leur passage en année supérieure. Pour autant, comme le font remarquer tous nos interlocuteurs, les notes inférieures à 10 restent rares et celles inférieures à 8 exceptionnelles. Autrement dit, les notes de stage participent peu à la sélection des étudiants en formation¹⁴⁶. Nous verrons qu'il en va tout autrement avec les mises en situation professionnelles.

¹⁴⁶ Ce que nous avons développé en DEA, car même s'il existait des disparités selon le terrain de stage, notre échantillon, recueilli de manière aléatoire en troisième année n'avait révélé aucune note inférieure à 12 (Joutard, 2001). D'autres travaux, notamment à l'occasion de mémoires professionnels, notent également le caractère exceptionnel de notes de stages inférieures à la moyenne.

Quels critères les équipes soignantes vont-elles retenir pour étayer leurs décisions ? Comment gèrent-elles les situations problématiques et au nom de quels principes ? En bref, comment se positionnent-elles et pourquoi lorsqu'elles doivent participer à cette séquence d'évaluation ? En effet, il n'y a rien d'anodin dans l'acte d'évaluation ; chacun, en fonction de la place qu'il occupe, développe un argumentaire particulier. Comment est donc prise en compte la diversité des points de vue concernant un stagiaire ?

Chacun est interrogé dans son identité professionnelle, empreinte de paradoxes puisque, reconnaissant voire revendiquant d'une part cette dimension formatrice nécessaire à une professionnalisation par l'alternance et, d'autre part, éludant ou encore refusant certaines obligations inhérentes à la fonction. Par exemple, l'évaluation des étudiants en stage est-elle considérée comme un outil d'accompagnement du processus d'apprentissage ou seulement comme une formalité à laquelle il faut se soumettre ?

Les notes de stage ont, d'un point de vue statistique, une faible influence sur le risque d'échec en formation. Ceci étant, le stage représentant la moitié de la formation, il importe de tenter d'en analyser les éventuelles répercussions sur les étudiants, répercussions qui dépassent sans doute le fait de recevoir une note. Et ce d'autant qu'une épreuve est organisée lors des différents stages, la mise en situation professionnelle.

32 La mise en situation professionnelle

321 Qu'est-ce que la « mise en situation professionnelle » ?

Il s'agit d'une épreuve à laquelle sont soumis tous les étudiants en soins infirmiers et ce, deux fois par an. Elle est bien évidemment notée et prise en compte pour le passage en année supérieure. Cette épreuve constitue également

la partie « pratique » ou « clinique » de l'examen final conduisant au diplôme d'Etat¹⁴⁷.

Elle se déroule au sein d'un service hospitalier ou extra-hospitalier où l'étudiant présente une situation de soins appelée : « *démarche de soins* ». Le candidat peut également présenter une « *démarche de santé publique* ». Il devra également présenter au jury des soins effectués auprès d'une ou plusieurs personnes hospitalisées ou encore une action de santé publique. Le tout est noté sur 20 points par un jury de deux personnes : un formateur de l'institut de formation¹⁴⁸ et un formateur-soignant¹⁴⁹ du service accueillant le stagiaire. A propos de la constitution du jury, le texte référencé ci-dessus évoque « *un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant et [...] la personne responsable de l'étudiant en stage* ».

L'arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière dans son article 7 prévoit que l'étudiant doit obtenir au moins 10/20 pour passer en année supérieure ou être présenté aux épreuves du diplôme d'Etat. En outre, il ne pas avoir obtenu de note inférieure à 8 sur 20 à une mise en situation professionnelle.

Quatre personnes participent donc à la situation à des degrés divers et c'est ce qui en fait à la fois l'originalité et l'intérêt sociologique : le formateur de l'institut de formation, le formateur-soignant, l'étudiant et le malade. Chacun, de

¹⁴⁷ Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, articles 1 à 14.

¹⁴⁸ Ce formateur est en général un cadre-infirmier, c'est-à-dire qu'il a suivi une formation de 10 mois orientée notamment vers le management, la recherche et la pédagogie. Pour certains d'entre eux, et de plus en plus souvent, cette année de formation a été l'occasion de préparer une licence universitaire en partenariat avec un département de sciences de l'éducation ou d'un autre champ des sciences sociales (cf. supra).

¹⁴⁹ Infirmier ou cadre. S'il s'agit du cadre, il a bénéficié de la même formation, évoquée ci-dessus, que son collègue formateur.

façon très différente, peut donc intervenir sur le résultat final à savoir la note reçue par le candidat même s'il n'y a finalement que deux membres du jury.

322 La mise en situation professionnelle, une épreuve décisive

Cette épreuve soulève bon nombre d'interrogations et notamment concernant la place que chacun peut y tenir.

- En premier lieu, l'étudiant, ici candidat à une épreuve, connaît avec plus ou moins de précision les membres du jury. Le formateur en tant que permanent de l'institution est assez bien repéré car il est aussi celui qui dispense des cours, qui est responsable d'une promotion, interlocuteur clé concernant toutes les difficultés des étudiants en formation. Ensuite, l'autre membre du jury, le formateur-soignant partage le quotidien du stagiaire depuis deux à trois semaines, et éventuellement l'encadre. Bref, quels effets peuvent bien avoir pour le candidat cette connaissance *a priori* des membres du jury ?
- En second lieu, le soignant sait, dès qu'un stagiaire arrive dans le service, si une mise en situation professionnelle aura lieu. Auquel cas, il ne peut plus s'agir uniquement d'aider à « apprendre le métier » mais de juger et de noter des apprentissages. La position du tuteur n'est alors plus tout à fait la même et les enjeux non plus. Parfois, le formateur-soignant connaît également le formateur de l'institut qui vient évaluer avec lui (ancien collègue du service, de promotion, etc.). Comment peut-il, à son tour, s'organiser dans ce jeu d'alliances et garder toute sa loyauté vis-à-vis des uns et des autres ? Et finalement, le peut-il ?
- Ensuite, le formateur, représentant officiel de l'institut de formation connaît en général assez bien le candidat. Il dispose en effet, de nombreuses informations sur les autres évaluations du candidat, sur son comportement en formation, son implication, etc. Il dispose également d'un certain nombre de repères sur le service où va se dérouler l'épreuve. Par exemple, il y est déjà

venu pour un autre candidat, les évaluations précédentes se sont plus ou moins bien passées... Il est sans doute celui qui possède le plus d'informations sur les autres ! Que peut-il bien faire alors de toutes ces informations ? Quelles sont les informations prioritaires et pourquoi ?

- Enfin, le malade a donné son accord au candidat pour être « sujet d'examen » en quelque sorte. Il peut, en exprimant ou non sa satisfaction, contribuer à l'évaluation du candidat. Il ne faut donc pas sous-estimer sa participation.

Au total, chaque acteur connaît au moins une autre personne de l'action qui va se dérouler, la dimension stratégique peut donc apparaître au regard de ce que chacun croit savoir de l'autre. Le jeu peut s'exprimer, les logiques éventuellement s'opposent voire s'affrontent, mais au bout du compte, il faudra décider et trancher. Sur quelles bases la décision sera-t-elle prise ?

Comment s'organise alors la prise de décision dans une situation qui rassemble des acteurs comme ceux que nous venons de décrire ? Comment justifie-t-on sa note ? Quels sont les arguments convoqués ? Ces arguments ont-ils toujours à voir avec la situation à évaluer ? Quels sont les enjeux pour les uns et les autres ?

La mise en situation professionnelle est sans doute l'épreuve qui provoque le plus de remous. Au sein des instituts et lors de nos entretiens, les étudiants estiment de manière quasi unanime que l'épreuve est trop « *artificielle, qu'elle ne reflète pas ce qui se passe réellement dans une journée de soins* ». En outre, la note posée est trop sujette à caution. De leur point de vue en effet, les disparités entre les différents formateurs sont patentées, le niveau d'exigence entre les uns et les autres est très hétérogène¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Pour Merle, dans le champ scolaire, des élèves ne croient ni à l'indépendance du jugement professoral ni à la stabilité des décisions, ils se distinguent de ceux qui, sereins face aux épreuves, font confiance aux évaluateurs pour reconnaître leurs compétences. Nous avons davantage rencontré lors des entretiens les tenants de la première opinion, ceux qui selon Merle, contestent la compétence évaluative des professeurs. Voir Merle Pierre., « Equité et notation :

Au-delà des ressentis, la mise en situation professionnelle est l'épreuve éliminatoire par excellence. A titre d'exemple, en 2004, pour la région Pays de la Loire, les étudiants qui ont échoué lors des épreuves terminales du diplôme d'Etat ont été éliminés pour la majorité d'entre eux (7/10) à la suite de la mise en situation professionnelle (DRASS Pays de la Loire, 2006, op. cit.). En effet, elle valide ou invalide la pratique infirmière et, à ce titre, revêt une connotation dramatique particulière¹⁵¹. C'est probablement la raison pour laquelle l'organisation de cette épreuve nourrit tant de débats dans le milieu de la formation infirmière.

Synthèse

Le processus d'évaluation des stagiaires que nous cherchons à analyser s'inscrit dans un cadre pédagogique particulier, celui de l'alternance. Ce contexte s'avère capital pour qui veut saisir les enjeux spécifiques que la situation d'évaluation peut activer ou réactiver. Perrenoud (1998, op. cit.), en soulignant un certain nombre de lignes de partage dans le champ de la formation, évoquait combien elles peuvent être « *en permanence, interrogées ou jugées évidentes, contestées ou justifiées, affirmées et déniées, sous-estimées ou dramatisées. Elles nourrissent des classifications et même des classements* ». Les stagiaires doivent en effet composer avec deux temps, deux espaces de formation, autant de représentants du savoir. Les questions concernant la légitimité des uns et des autres viennent logiquement interroger le dispositif même de formation.

Aussi, comme nous venons de le voir, l'analyse du processus d'évaluation des stagiaires ne saurait être effectuée sans prendre en compte les questions de collaboration « institut de formation/terrains de stage ». Elles constituent un arrière-plan incontournable dans la compréhension des décisions qui seront

l'expérience subjective des lycéens », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999.

¹⁵¹ Une étude récente menée en région PACA permet le même constat puisqu'on y évoque que « *plus de 65% des échecs étaient dus à une note éliminatoire à la MSP* » (Ceccaldi, 2006, op. cit.).

prises et qui vont pour partie influencer la carrière des étudiants en soins infirmiers.

Lors des stages, les étudiants sont évalués à deux reprises. Le stage, en tant que tel, fait l'objet d'une appréciation et d'une note de la part des formateurs-soignants. Cette première épreuve a peu d'influence sur le devenir des étudiants tant les notes accordées sont en général élevées. Il n'en va pas de même pour la seconde épreuve dite de « mise en situation professionnelle » où un jury composé d'un formateur de l'institut et d'un formateur-soignant évalue et note les prestations fournies par les stagiaires. La mise en situation professionnelle constitue en effet l'épreuve sélective par excellence.

Deuxième partie

Evaluer les stagiaires : l'hétérogénéité des pratiques et ses effets sur la carrière des étudiants

Au cours de cette deuxième partie, nous mettrons en évidence en quoi les situations qui consistent à évaluer les étudiants en stage subissent l'interférence de facteurs n'ayant parfois que peu de lien à proprement parler avec les finalités formelles de l'épreuve. L'acte d'évaluation ne saurait en effet être réduit à son instrumentation. Il engage pleinement les sujets (évalués et évaluateurs), leurs représentations du monde ainsi que leurs investissements symboliques (Vial, 2001, op. cit. 103). Ainsi, évaluer peut être considéré comme la résultante d'un processus inter-subjectif dans lequel les acteurs en présence agissent. Corrélativement, évaluer ne peut pas être exclusivement envisagé comme mesure des écarts face à une norme, ce serait en nier la dimension irrémédiablement sociale.

Le principe d'alternance favorise l'expression d'enjeux spécifiques. Par exemple, il ne va pas de soi que les formateurs de l'institut et les formateurs-soignants aient un désir véritable de collaboration. Sous cet angle, l'évaluation des stagiaires vient mettre en tension l'apparente loyauté entre école et terrain de stage (chapitre 5). De même, tout étudiant en stage peut de manière stratégique tenter d'influencer le cours des épreuves qu'il doit subir. Pour cela, il peut bénéficier de la plus ou moins grande complaisance de l'équipe soignante, de son institut de formation (chapitre 6) voire des malades. Ces derniers, loin d'être passifs contribuent à leur manière à l'évaluation des stagiaires en donnant leur avis sur les soins dispensés (chapitre 9). Dans le même ordre d'idée, ceux qui ne collaborent pas directement aux jurys des différentes épreuves – responsables hiérarchiques ou simples collègues des membres du jury – peuvent manifestement indirectement user de leur influence et infléchir certaines décisions (chapitre 8). Les pratiques des formateurs en situation d'évaluation des stagiaires en formation par alternance sont manifestement disparates. L'objet ainsi que les fonctions même de l'évaluation reste ambigu (chapitre 7), ce qui concourt à poser l'hypothèse d'un effet évaluateur voire d'un effet établissement, lesquels orientent pour partie le maintien ou l'exclusion des stagiaires (chapitres 10 et 11).

Les chapitres qui vont suivre ont pour objectif de mettre en évidence quelques facteurs non exhaustifs qui permettent de comprendre combien les

étudiants doivent apprendre à composer avec l'hétérogénéité des pratiques d'évaluation. On peut y voir, outre une contribution à une sociologie de l'évaluation en formation par alternance, une tentative d'élucidation des processus décisionnels en pédagogie dont l'identification participe au développement de la compétence étudiante.

CHAPITRE 5 : L'ambiguïté de la fonction tutorale et ses répercussions sur l'activité d'évaluation

Introduction

L'alternance, dans toute formation, suppose des écarts entre les pratiques professionnelles et les pratiques d'école. Du fait de ces écarts, les étudiants évoquent des difficultés à se repérer entre le discours, les préconisations de l'institut de formation et les pratiques et logiques propres aux infirmiers et infirmières des équipes de soins. Cette situation paraît caractéristique des formations alternantes où l'apprentissage nécessite en effet pour les stagiaires d'apprendre à travailler dans des espaces aux exigences parfois contradictoires. La fonction de formateur suppose alors d'intégrer l'analyse de ces décalages pour permettre les acquisitions de l'apprenant (Malglaive, 1981¹⁵² ; Allouche-Bénayoun et Pariat, 1993¹⁵³ ; Fabre, 1994, op. cit.).

Ces décalages constituent une réalité sociale singulière peu étudiée où les jeux d'acteurs s'exercent. Les acteurs en présence sont les membres de l'équipe qui accueille l'étudiant en stage (les formateurs-soignants), ceux qui représentent l'institut de formation (les formateurs de l'institut) et bien entendu, les étudiants. Nous retiendrons cette appellation de formateur-soignant car nous la considérons moins ambiguë que celle généralement admise de « formateur de terrain ». D'une part, elle met en évidence la double fonction (soigner des malades, former des stagiaires) que doivent remplir les infirmiers et cadres au sein des services de soins. D'autre part, comme le soulignent Alain Bouvier et Jean-Pierre Obin (1998, op. cit. 5) « pourquoi parle-t-on tantôt de "formateurs" (tout court, si l'on ose dire) et tantôt de "formateurs de terrain" ? Cette expression souligne-t-elle la maîtrise de

¹⁵² Malglaive Gérard., *Politique et pédagogie en formation d'adultes*, Edilig, 1981.

¹⁵³ Allouche-Bénayoun Joëlle, Pariat Marcel., *La fonction formateur : analyse identitaire d'un groupe professionnel*, Editions Privat Dunod, Série « Formation et travail social », Paris, 1993.

compétences spécifiques, et alors quelles sont-elles ? Ou bien renvoie-t-elle de façon quelque peu hypocrite à une hiérarchie implicite opposant “aristocrates” et “roturiers” de la formation ? ».

Concernant les formateurs-soignants, la typologie présentée recense trois cas de figure. Ils correspondent à trois discours particuliers de la part des formateurs-soignants, trois types d'encadrement des stagiaires.

Ces discours sont à considérer comme des « *idéal-types* » au sens de Max Weber (1995, op. cit. 31), c'est-à-dire des constructions sociologiques permettant de décrire la réalité. On pourra considérer l'idéal-type comme une élaboration théorique qui met en évidence des éléments caractéristiques d'un phénomène, ces éléments étant considérés comme les plus typiques ou les plus significatifs. Cependant, chaque formateur-soignant ne peut être totalement associé à l'une ou l'autre de ces constructions. Les positionnements professionnels sont plus contrastés que toute tentative de modélisation ne pourrait le laisser supposer.

Les formateurs-soignants oscillent donc entre trois types de discours :

- Un premier groupe d'infirmiers, formateurs-soignants, au discours loyal vis-à-vis de l'institut de formation. La recherche de cohérence entre l'institut et le terrain de stage semble première. Pour ce premier groupe, le savoir véhiculé à l'institut de formation est légitime,
- Un second groupe où les formateurs-soignants se posent en contradicteurs du discours et des pratiques de l'école. Pour cela, ils mettent en avant l'inadéquation de la formation aux réalités des pratiques de soin quotidiennes. Pour ce second groupe, le savoir véhiculé à l'institut de formation n'est pas légitime,
- Un troisième groupe de formateurs-soignants assume plus ou moins son ambivalence et ses conseils paradoxaux. Il occupe une position médiane vis-à-vis des deux premiers groupes. Les formateurs-soignants sont animés par un conflit de loyauté vis-à-vis des formateurs de l'institut de formation et tentent, par des

arrangements locaux, d'accommoder au mieux les logiques en présence.

Le concept de loyauté est au centre de cette première analyse. Il s'avère pertinent en ce sens qu'il permet d'apprécier le degré de cohésion sociale au sein d'un groupe dont les membres sont censés collaborer (Boudon, Bourricaud, [1982], 2000, p. 14)¹⁵⁴. Ainsi, le niveau de confiance que les partenaires s'accordent mutuellement est à analyser depuis les groupes d'appartenance auxquels les acteurs estiment être affiliés et il ne va pas de soi qu'une communauté de vues puisse exister sur ce point. La loyauté renvoie à un ensemble de devoirs plus ou moins contraignants qui semblent lier les sujets. Elle semble inexorablement liée au conflit car renvoyant aux attachements multiples des individus, lesquels sont parfois difficilement compatibles comme la typologie suivante va le montrer.

Ce chapitre a également pour objet de mettre en évidence, outre la typologie précédemment citée, les répercussions possibles sur l'activité d'évaluation des stagiaires conduite par les formateurs (soignants ou de l'institut). Ces répercussions concernent l'évaluation des mises en situation professionnelles où un jury bipartite est constitué mais également celle des stages dont la responsabilité incombe cette fois pleinement aux formateurs-soignants.

1 Les formateurs-soignants et l'institut de formation : quelle cohérence ?

La nature du partenariat entre les formateurs de l'institut de formation et les formateurs-soignants ne saurait être sans conséquences sur la manière dont sont évalués les stagiaires. Certains évoquent « *une volonté de plus en plus grande, en tout cas de la part des cadres et pas forcément des infirmiers d'avoir une politique de partenariat* » (CAD IFSI 2) mais comme le précise immédiatement cette interlocutrice à propos de la collaboration avec les terrains de stage, « *il y a de tout* » entre la volonté ou le refus manifeste de participer à l'encadrement des

¹⁵⁴ Boudon Raymond, Bourricaud François., *Dictionnaire critique de la sociologie*, PUF, Quadrige, Paris, [1982], 2000.

stagiaires¹⁵⁵. Une des questions posées par Bouvier et Obin (1998, op. cit. 11) reste entière, les formateurs de terrain se sentent-ils plus « *de terrain* » ou davantage « *formateurs* » ?

11 Les discours loyaux vis-à-vis de l'institut de formation

Dans ce groupe, les formateurs-soignants, reconnaissent d'emblée la légitimité de l'institut de formation. Deux cas de figure peuvent être identifiés. Le premier propose un modèle où les pratiques rencontrées en stage alimentent les échanges avec l'institut. Le second considère, au contraire, que le stage doit être un terrain d'application des enseignements reçus.

Face aux diverses situations d'encadrement des stagiaires, les formateurs-soignants au discours loyal cherchent avant tout à connaître et à respecter le point de vue de l'institut de formation. Celui-ci est la référence à suivre, le souci de cohérence prédomine. Non seulement, les partenaires au discours loyal respectent les préconisations de l'institut, mais ils sont capables également d'anticiper en ce sens. Concrètement, ils peuvent, sur un point précis, téléphoner à un formateur afin d'échanger sur une question posée par le stagiaire. L'objectif recherché est un ajustement entre les deux espaces de formation et la réduction des écarts participe à la réalisation de cet objectif.

Parmi les exemples fréquemment cités lors des entretiens, un concerne le port des gants dans les services de soins. Une infirmière qui encadre un stagiaire fait remarquer que dans le service où elle travaille, elle a bien conscience que le port ou l'absence de port des gants à usage unique est inadéquat au regard de ce que seraient des « bonnes » pratiques. Elle conseille donc à celui qu'elle contribue à former de respecter les consignes données lors des cours à l'institut. Ce qui revient concrètement à dire que les gants sont dans le cas présent peu ou pas portés alors qu'un consensus scientifique préconise de le faire (lors d'un

¹⁵⁵ Comme nous avons eu l'occasion de le signaler (cf. chapitre 4), l'évolution de la formation des cadres est probablement un des facteurs de transformation dans la prise en compte des stagiaires. Historiquement étanches l'une à l'autre, la formation des cadres de santé est désormais commune et ce, que l'on se destine au management ou à la pédagogie.

prélèvement sanguin par exemple). Ils peuvent également être trop portés alors que pour la même raison, leur usage est inutile (pour assister un malade lors de sa toilette du visage ou effectuer une prévention d'escarres). Ainsi, le port des gants à l'hôpital offre l'occasion au formateur-soignant de se positionner vis-à-vis des recommandations officielles dont l'institut de formation est un des vecteurs.

Un autre exemple concerne l'application des protocoles de soins. Une étudiante l'indique lors d'un entretien (ESI 2) : *« A l'hôpital de C. ils ont un protocole pour les toilettes. Ils doivent obligatoirement mettre une surblouse pour les toilettes parce qu'ils veulent éviter que les mêmes vêtements soient utilisés pour les repas, je crois. Mais à l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers], personne ne nous a jamais parlé de ça ! Sur mon précédent stage non plus ! »*. Lorsque nous avons cherché à comprendre comment cette stagiaire avait clarifié ce point qui semblait la préoccuper, elle nous a fait la réponse suivante : *« un formateur [de l'institut de formation] est venu m'encadrer en stage et mon référent [formateur-soignant] en a profité pour lui en parler. Et si j'ai bien compris, ils se sont mis d'accord, même si ça n'a pas été vu comme ça à l'IFSI, le protocole du service a été validé donc moi je l'applique »*. Le référent de stage, nous dit cette stagiaire, a souhaité rencontrer son collègue de l'institut de formation afin de clarifier ce qui semble être une pratique locale, l'usage de la surblouse lors des toilettes dispensées aux malades. Il a tenu à l'informer de cette pratique, de sa validation et, ensemble, ils ont cherché une position commune qui permette à la stagiaire de se repérer et d'être rassurée quant à la pertinence de sa pratique.

Le formateur-soignant dont le discours est loyal est informé et se tient informé des évolutions de la formation comme par exemple une modification du programme ou des règles concernant tel ou tel dispositif d'évaluation. Il fait souvent partie du réseau actif de l'institut et, à ce titre, accède à divers niveaux d'information, niveaux plus ou moins formels d'ailleurs. Nous appelons réseau actif, les infirmiers ou cadres qui participent à des temps de formation formalisés à la demande ou en présence des formateurs de l'institut. Il s'agit, par exemple, d'interventions ponctuelles au sein de l'institut de formation pour y faire des cours ou encore, de soignants qui acceptent régulièrement d'être membre d'un jury pour des épreuves intermédiaires ou finales de la formation conduisant au

diplôme d'Etat (lors du travail de fin d'études par exemple). Perrenoud (1998, op. cit.) a relevé ce même profil dans le milieu enseignant, c'est-à-dire un formateur de terrain qui « *devient membre d'un réseau dont les responsables l'informent, cadrent son travail, l'invitent à des séances d'information et de régulation* ».

Au sein des instituts de formation, on évoque « *les soignants qu'on connaît* » ou encore ceux « *avec qui on a eu l'occasion de travailler* » (CAD IFSI 2). La confiance semble alors de rigueur. Une infirmière (IDE SS 2), dans le même ordre d'idée précise que « *moi, j'ai toujours été volontaire pour faire des cours à l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers] de temps en temps, ça m'oblige à interroger ma pratique, à remettre à jour mes connaissances et puis on reste au contact de la formation, c'est bien !* ». Un cadre (CAD SS 1) ayant déjà travaillé dans un institut de formation fait remarquer que « *j'ai été formatrice en IFSI et j'en connais les difficultés alors que tant que tu l'as pas fait, tu sais pas, tu crois que c'est des planqués dans les IFSI, c'est ce qu'on entend parfois dans les services. Comme j'ai fait les deux, ça me permet de remettre les pendules à l'heure et puis des fois je suis comme un intermédiaire entre les infirmiers et l'IFSI puisque je connais bien cette réalité là aussi* ».

D'ordinaire, ces formateurs-soignants, au discours loyal, sont repérés au sein des unités de soins – par les cadres ou leurs collègues infirmiers entre autres – comme très investis dans la formation des stagiaires. En général, ils se portent de bon gré volontaires afin d'être tuteur de stage et regrettent parfois de ne pas pouvoir y consacrer davantage de temps¹⁵⁶. Dominique Millet (1998, p. 81), avec le cas des enseignants spécialisés, note combien certains formateurs de terrain sont considérés comme « *formateurs à part entière* » par leurs collègues formateurs institutionnels pour reprendre les termes employés par l'auteur. La proximité géographique – qui favorise les rencontres entre les partenaires – et le

¹⁵⁶ Ce que confirment les différentes enquêtes institutionnelles, l'encadrement des stagiaires n'étant que rarement intégré à la charge de travail (cf. chapitre 4). A ce sujet, voir également Pinaud, (2004, op. cit. I-27).

fait d'être ponctuellement « *chargé de cours* » - ou invités à participer à des jurys à l'institut – sont des critères qui semblent favoriser ce type de considération¹⁵⁷.

Du point de vue des formateurs de l'institut, la parole ou la décision prise par ces formateurs-soignants est considérée comme fiable. La note donnée et les appréciations ne disposent pas d'une valeur intrinsèque. Au contraire, telle note ou telle appréciation accordée prend parfois sens aux yeux des formateurs de l'institut parce que tel ou tel formateur-soignant est impliqué. Par exemple, lorsqu'un stagiaire est sanctionné lors de son stage par un formateur-soignant au discours considéré comme loyal, le jugement rendu est tout de suite pris en compte et sa pertinence n'est en général pas contestable. Lorsque les notes sont accordées par d'autres formateurs-soignants, identifiés moins positivement au sein de l'institut, ce n'est alors pas toujours le cas. Au décours des observations nous avons relevé quelques exemples qui vont dans ce sens.

Lors d'une réunion pédagogique, une situation d'étudiant en difficulté est rapportée. L'interaction suivante a lieu entre plusieurs formateurs au sein d'un institut de formation :

- *le service de rééducation fonctionnelle a fait un rapport de dangerosité concernant Lucie A.*
- *quelle rééducation fonctionnelle ?*
- *celle de l'hôpital de B.*
- *c'est le service de Marie-Paule C. ça, non ?*
- *oui.*
- *c'est qui Marie-Paule C. ?*
- *l'infirmière qui intervient dans le module traumato.*
- *on peut leur faire confiance, ils sont capables de se positionner.*
- *oui, c'est sûr !*

¹⁵⁷ Millet Dominique., « La formation des enseignants spécialisés », in Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998.

- *et, qu'est-ce qu'on lui reproche ?*

Manifestement, la décision de l'équipe soignante (rapport de dangerosité) est regardée et appréciée au sein de l'institut de formation en lien avec la présence dans cette équipe d'un interlocuteur considéré comme fiable. Il existe un véritable processus d'identification et de légitimation de l'infirmière concernée et, par voie de conséquence, de l'équipe à laquelle elle appartient.

Le contre-exemple est fourni par une seconde interaction, relevée cette fois au cours d'une pause-café où des formateurs d'un institut de formation évoquent entre eux une feuille d'appréciation de stage ramenée par un étudiant :

- *Ludovic G. a eu 7 en stage, il est venu me voir pour m'en parler, il était très affecté,*
- *dans quel service ?*
- *en gastro au CHU.*
- *encore ?*
- *pourquoi tu dis ça ?*
- *tu n'as pas remarqué ? Ce n'est pas le premier cette année. Avec eux, c'est comme si tous les stagiaires étaient mauvais.*

De ce point de vue, on peut remarquer que le jugement rendu par l'équipe qui a accueilli le stagiaire est parfois regardé par les formateurs de l'institut en fonction de l'image que renvoie le service. Ainsi, le 7/20 obtenu par Ludovic aurait vraisemblablement eu une autre portée institutionnelle si le stage s'était déroulé dans le service où travaille Marie-Paule C., collaboratrice ponctuelle des formateurs de l'institut.

Parfois, en situation extrême, la loyauté peut devenir zèle, c'est-à-dire observation au sens le plus strict des préconisations de l'institut de formation. Dans un tel cas, le formateur-soignant cherche, autant que faire se peut, à réduire toute forme de décalage entre les deux temps de la formation. L'argumentation s'appuie en général sur une référence applicationniste de l'alternance où la théorie précède la pratique, où l'unité de soins devient le champ d'exercice des

techniques et savoirs reçus préalablement à l'école¹⁵⁸. Ce type de positionnement se rencontre parfois et tend à laisser au stagiaire peu de capacité à expérimenter. Il ne reconnaît en général pas non plus la capacité au service à développer des accompagnements pédagogiques spécifiques. Dans ce modèle, précise Perrenoud (2001a), « *les étudiants sont nantis d'une doxa et de théories censées guider leur action "sur le terrain". La doxa est forgée par des praticiens expérimentés, qui deviennent formateurs, et transmettent le message suivant : "Faites comme nous !", ou "Faites comme nous faisons !"* »¹⁵⁹.

Une stagiaire (ESI 3), étudiante en première année, livre le témoignage suivant : « *je n'ai pas pu faire de prise de sang lors de ce stage, pourtant, il y en avait mais le cadre ne voulait pas parce qu'on les avait pas vues à l'école* ».

Une autre (ESI 4), toujours en première année, tient un discours comparable : « *j'ai pas fait de soins techniques¹⁶⁰, j'ai fait que des toilettes puisque pour eux la première année, c'est l'hygiène donc les toilettes avec les aides-soignantes, et puis c'est principalement les TP [travaux pratiques] de première année* ». Cette étudiante met en avant un phénomène classique rencontré par les stagiaires. Certains formateurs-soignants considèrent que la première année doit porter sur l'apprentissage des soins d'hygiène c'est-à-dire ce qui constitue l'activité principale des aides-soignants. Ce modèle a longtemps prévalu dans la formation infirmière (cf. chapitre 2), il est encore appliqué par de nombreux

¹⁵⁸ Sur ces questions, voir Fabre (1994, op. cit. 89-90).

¹⁵⁹ Perrenoud Philippe., « Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance » in Lhez Pierrette, Millet Dominique, Séguier Bernard (direction)., *Alternance et complexité en formation. Éducation, Santé, Travail social*, Paris, Editions Seli Arslan, 2001a.

¹⁶⁰ Les stagiaires opposent souvent, de manière impropre d'ailleurs, les soins d'hygiène et de confort, activité principale des aides-soignants, aux soins « techniques » des infirmiers. Les premiers relèvent du rôle propre infirmier et les seconds du rôle sur prescription. Les premiers sont partagés avec les aides-soignants tandis que les seconds sont spécifiques.

instituts de formation. Pour les formateurs-soignants, il est donc cohérent d'y faire référence dans leur souci de collaboration avec les instituts¹⁶¹.

Outre les conceptions applicationnistes auxquelles certains formateurs-soignants semblent se référer, les programmes de formation qui ont précédé celui de 1992 ont permis ce type de lecture du dispositif de formation. En effet, historiquement, le programme de 1979 (cf. chapitre 2) a proposé une organisation qui favorisait l'étude de « l'homme sain » avant celui de « l'homme malade », les soins d'hygiène avant les soins dits techniques (relevant du rôle prescrit), l'anatomie et la physiologie avant les processus pathologiques, etc. De même, les soins devaient être enseignés dans les salles de travaux pratiques avant de pouvoir être pratiqués en stage. De nombreux tuteurs de stage ont été formés selon cette logique, certains instituts de formation y font encore référence. Les formateurs-soignants ont parfois pour repère leur propre formation et son organisation, ils préconisent donc ce qui leur semble être juste.

Un cadre (CAD SS 2), quant à lui, déclare que : « *En pédopsy, on ne prend que des étudiants de deuxième ou troisième année sinon ils n'ont rien fait à l'école pour profiter de leur stage. Après la première année, ils ont fait au moins un module de psy sinon c'est pas possible, déjà que le programme n'est pas lourd en pédopsy !* ». Pour ce cadre, le stage de pédopsychiatrie devrait coïncider avec les enseignements correspondants. Il n'envisage pas que le terrain de stage puisse accueillir un étudiant sans apport théorique préalable et, par conséquent, que les formateurs-soignants puissent en partie le dispenser. Le clivage théorie/pratique semble ici opérant.

Le discours loyal et le zèle sont deux variantes du même type. Leur point commun réside dans le fait de rechercher la référence commune entre les deux espaces de formation. Le savoir véhiculé par l'institut de formation, en conformité aux textes réglementaires est reconnu comme légitime, rejoignant en cela le mode de domination rationnel-légal proposé par Max Weber ([1922], 1995, op. cit. 289). Car en effet, ce qui est mis en avant relève du droit voire plus largement

¹⁶¹ D'autres modèles de formation existent où l'apprentissage des soins, dans toute leur diversité, débute en première année et s'effectue tout au long de la formation.

de la réglementation et non pas de la personne qui le représente (le directeur par exemple). La recherche de conformité au programme de formation véhiculé par les instituts règle de façon prédominante les rapports sociaux entre les partenaires. Selon Marie-Laure Chaix, lors de ses analyses concernant la formation agricole (1993, op. cit. 75-96), les soignants de ce groupe fonctionnent sur la base d'un « *modèle d'échange symbolique* » qui correspond pour eux à la fois à l'acceptation d'une fonction de représentant du savoir mais également à une reconnaissance de leur compétence particulière. Le stagiaire permet un élargissement de leur horizon relationnel et est perçu comme une source d'enrichissement professionnel. Les formateurs-soignants l'expriment en général avec des formulations du type : « *c'est bien d'avoir des stagiaires, ça nous remet en cause, ça interroge nos pratiques de soins* ».

Ce modèle de loyauté vis-à-vis de l'institut de formation est en concurrence avec d'autres. Pour certains infirmiers, la légitimité de l'institut de formation et du savoir qui y est véhiculé est relativisée, mise en doute, voire contestée.

12 Les discours critiques vis-à-vis de l'institut de formation

Dans ce groupe, les formateurs-soignants, ne reconnaissent pas d'emblée la légitimité de l'institut de formation bien que des propos hétérogènes soient repérables en la matière. Deux cas de figure parmi les discours critiques peuvent être identifiés. Le premier porte sur l'éloignement des formateurs de l'institut vis-à-vis des pratiques dites de terrain. Le second conteste l'idée même de collaboration et argumente le fait que les soignants sont d'abord là pour soigner et que la formation des stagiaires relève essentiellement des instituts.

En situation d'encadrement, certains infirmiers prennent le contre-pied des formateurs de l'institut de formation en disant aux étudiants que la réalité du terrain leur est méconnue voire inconnue et que, par conséquent, les savoirs véhiculés à l'institut ne sont pas adéquats. La compétence des formateurs de l'institut à permettre l'apprentissage du métier est ainsi régulièrement mise en cause.

Certaines directrices d'institut de formation indiquent l'existence de pressions de la part des directions de centres hospitaliers afin que des cadres en difficulté dans leur fonction managériale au sein des unités de soins (par conséquent identifiés comme incompetents) puissent être affectés en institut de formation. Ces pressions se concrétisent parfois par des mutations de service de cadres vers les instituts de formation, ce qui alimente l'idée selon laquelle les formateurs exerçant en institut de formation ne connaissent pas le « terrain » qu'ils ont dû fuir ou dont ils se sont par trop éloignés. Brigitte Bon-Saliba (1993, op. cit. 115), au cours de ses entretiens, avait collecté des propos similaires tenus par des infirmières pour qui « *les bonnes cadres vont en service, les autres vont en école* ».

Pour ces formateurs-soignants, la formation devrait adhérer au plus près au « réel » de l'exercice, c'est-à-dire prenant notamment mieux en compte les contraintes vécues par les soignants au sein des unités dans leur pratique quotidienne. Par exemple, un cadre (CAD SS 3) pense que « *la maîtrise gestuelle, la dextérité ne sont pas assez travaillées. En chirurgie, une infirmière, elle fait énormément de gestes techniques, les nouvelles diplômées, elles ne savent plus piquer ! Je suis obligée de les mettre en doublette pendant huit jours* ». Dans le même ordre d'idée, un autre cadre (CAD SS 2) regrette que « *la relation d'aide, dans certains IFSI, c'est un CM [cours magistral] de 3 heures et basta ! Les nouveaux diplômés, t'as l'impression qu'ils fuient les malades* ».

Par ailleurs, les références aux expériences passées alimentent un discours nostalgique sur l'évolution de la formation. Ainsi, la formation est devenue « *trop relationnelle ou pas assez* », « *trop ou pas assez technique* », « *trop théorique* », etc., selon le point de vue d'où l'on parle. Ces procès sont somme toute relativement classiques dans les formations alternantes. Concernant les enseignants, si l'on suit Perrenoud (1998, op. cit.), le reproche concerne une formation qui « *devient trop académique, que les nouveaux enseignants sont érudits, mais manchots dans une classe et qu'il faut redresser la barre* ».

De même, les stagiaires apparaissent « *moins motivés* » qu'avant, moins « *autonomes* » également. Ce reproche serait sans doute à étudier également sous l'angle des évolutions sociétales et en particulier celles qui concernent le rapport

au travail des jeunes qui entrent actuellement en formation et dans le marché de l'emploi. Olivier Galland ([1997], 2004, p. 204) fait par exemple observer que « *les jeunes attachent ainsi plus d'importance que les plus âgés aux aspects non directement professionnels du travail : ils valorisent particulièrement l'aspect relationnel de l'activité professionnelle et sont particulièrement sensibles au fait que le travail n'empiète pas trop sur la vie personnelle* ». L'évolution de ce champ de valeurs n'est sans doute pas sans conséquences sur la perception négative d'un certain nombre de professionnels vis-à-vis de la « nouvelle » génération¹⁶².

Ce qui est légitime alors pour reprendre la terminaison de Max Weber ([1922], 1995, op. cit. 289), relève de la tradition, c'est-à-dire le mode d'exercice en vigueur jusque là. Sous cet angle en effet, les générations et pratiques actuelles ne permettent pas de garantir une qualité suffisante de travail. Les formateurs de l'institut participent à l'éloignement entre les stagiaires et la réalité du métier. Les formateurs-soignants, dans ce modèle, ont le sentiment d'être les vecteurs d'une pratique plus conforme aux attentes des malades.

Le propos d'un cadre (CAD SS 4) exemplifie cette analyse : « *La violence en psychiatrie, il y en a toujours eu mais n'empêche que dans mon équipe, je n'ai que des jeunes, plus un seul ISP [infirmier de secteur psychiatrique], ils sont tous en extra-hospitalier. Les jeunes diplômés, ils ne savent pas faire. Avec l'ancien diplômé, tu vivais au quotidien avec les schizophrènes et les vieux infirmiers pouvaient transmettre leur expérience. Les stages en psychiatrie étaient bien plus longs* ». Une autre conception de la formation apparaît, elle repose notamment sur une immersion en stage et la séparation historique des formations infirmières entre les soins généraux et la psychiatrie (cf. chapitre 2). Pour ce cadre, la formation

¹⁶² Galland Olivier., *Sociologie de la jeunesse*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, [1997], 2004, 3^{ème} édition ; Galland Olivier, « La jeunesse n'est plus ce qu'elle était... », *Soins Cadres* n°53, février 2005. Sur ces questions et plus spécifiquement au milieu infirmier, voir le compte-rendu du congrès CEFIEC Pays de la Loire du 30 septembre 2004 à Nantes in Joutard Thierry, « Jeunes professionnels et organisations de santé, une rencontre à construire », *Soins Cadres* n°53, février 2005.

spécifique en psychiatrie est regrettée, le dispositif actuel ne pouvant pas répondre aux besoins spécifiques du secteur psychiatrique.

Dans le même ordre d'idée, une infirmière (IDE SS 3), proche de la retraite signale que : *« A mon époque, on faisait de la technique, de la technique. J'ai l'impression qu'on faisait que ça, les règles d'asepsie à la fin, tu les maîtrises mais maintenant, il faudrait que les jeunes soient performants partout, en chirurgie, en psychiatrie, aux urgences, partout quoi. C'est pas possible »*. Une autre cadre (CAD SS 5), responsable du service d'infirmier dans une clinique privée à vocation chirurgicale indiquait que selon elle, *« les nouvelles diplômées ne sont pas opérationnelles à la sortie du diplôme, elles doivent encore être encadrées, certaines ne savent même pas piquer »*. Plus loin, lors du même entretien, elle précise que *« plutôt que de faire des sciences humaines, la formation ferait bien de faire plus de travaux pratiques »*. Si certains représentants du secteur psychiatrique regrettent les dispositifs de formation antérieurs à 1992, il en va de même pour ce cadre exerçant en chirurgie. Elle considère que la formation actuelle n'insiste pas assez sur les aspects gestuels du métier, aspects qui dominaient dans les modèles précédents.

Ce type d'arguments, loin d'être isolé, est repris par certains directeurs d'instituts de formation voire parfois par les représentants des tutelles (DRASS), lesquels préconisent un dispositif de formation plus à l'écoute des *« préoccupations du terrain »*. De ce point de vue, le programme et les orientations mises en place en 1992 sont contestés. Du côté des services psychiatriques, on considère que la formation actuelle ne répond plus aux besoins du milieu¹⁶³. Du côté des services à vocation somatique, le même type de reproches existe de manière quasiment symétrique.

Ces formateurs-soignants participent, bon gré mal gré, à la formation des stagiaires mais leur mode d'encadrement consiste à faire explicitement état de

¹⁶³ La presse professionnelle, depuis 1992, regorge d'exemples dans ce sens, lesquels ont amené le ministère à diligenter une enquête (travaux en cours) sur la place accordée à la psychiatrie dans la formation infirmière.

leur désaccord vis-à-vis des orientations officielles. Ce type de positionnement est en général mal vécu par les étudiants surtout en début de formation. Plus tard, vers la fin de la première année, parfois au cours de la seconde, ils semblent avoir repéré les différents profils d'encadrants susceptibles d'être rencontrés dans les services. Nous reviendrons plus loin sur leurs facultés d'adaptation face à ces discours critiques vis-à-vis de l'institut de formation.

Certains infirmiers tiennent un discours plus radical et parfois même refusent de participer à l'encadrement des stagiaires. Ils sont ceux qui, selon Marie-Laure Chaix (1993, p. 78) récusent « *une fonction de représentant du savoir* ». De manière plus ou moins explicite, ils cherchent à éviter les étudiants.

Il s'agit parfois de soignants peu confiants vis-à-vis de leur propre pratique et qui, de ce fait, ne pensent pas pouvoir servir d'exemples. A l'extrême, le stagiaire peut être vécu comme dangereux car pouvant justement interpellier les pratiques. La position de repli est alors privilégiée. Dans les services, ces soignants semblent garder une position d'infériorité vis-à-vis d'un ou plusieurs autres collègues, lesquels sont annoncés comme d'emblée plus compétents qu'eux-mêmes. Lors d'une séquence pédagogique avec des étudiants, l'un d'entre eux (ESI 5) en fournit un exemple : « *l'infirmière m'a dit qu'elle était proche de la retraite, que la formation tout ça, c'était loin pour elle, que les nouvelles techniques tout ça, elle préférerait que j'en accompagne une autre, une collègue plus jeune qui travaillerait le lendemain...* ». Pour une infirmière, effectivement « *il y a des collègues, on a l'impression qu'ils manquent de reconnaissance de leurs capacités, et tant qu'il y a cela, il ne vont pas se permettre d'être infirmier-référent* » (IDE SS 12). Ces soignants ne semblent pas directement concernés par la formation et bien qu'ils ne fassent pas explicitement cas de leur désaccord vis-à-vis de l'institut de formation, ils choisissent cependant de ne pas collaborer en privilégiant le retrait.

Dans un autre cas de figure, des soignants qui considèrent comme ne faisant pas partie de leurs attributions le fait d'encadrer les stagiaires et qui l'expriment sans ambages. Bernard Dropsy (1995, op. cit.) évoque en effet la lassitude de certaines tutrices qui estiment « *ne pas être payées pour ça* ». Il ajoute

dans le même article que « *les symptômes de désintérêt se manifestent, le nom des stagiaires n'est pas connu, et la dépersonnalisation apparaît : le vocable de la petite stagiaire (et de ses variantes dues à l'uniforme : petite bleue, etc.) est particulièrement mal perçu par les étudiantes, d'autant qu'il est accompagné d'un abandon plus ou moins manifeste de la fonction de tutorat* ». Ces positions se sont parfois radicalisées dans un contexte d'augmentation des quotas d'étudiants et donc, d'afflux des stagiaires (cf. chapitre 3).

L'argumentation fait alors référence à la dissociation du temps école et du temps stage. Cette vision dichotomique de la formation – où les formateurs forment et les soignants soignent – est alimentée par une représentation utilitariste du stagiaire que Marie-Laure Chaix (1993, op. cit. 78-96) a bien montré dans le cas de l'enseignement agricole. Considéré comme une main d'œuvre ponctuelle, le stagiaire est d'abord jugé vis-à-vis de son immédiate opérationnalité au sein de l'unité de soins. Ce modèle, qualifié « *d'échange de services* » n'est pas générateur des mêmes positions car on attend « *un service du stagiaire qui soit un service pour l'entreprise* » et alors « *le maître de stage ne considère pas qu'il ait un rôle spécifique à jouer à l'occasion du stage. L'acceptation du stagiaire dans l'entreprise et sa confrontation directe au travail de l'exploitation sont, pour lui, des conditions suffisantes de formation* » (ibid. 96).

Ce modèle « *d'échange de services* » est bien connu des équipes pédagogiques et des étudiants qui ont parfois le sentiment d'être davantage personnel de remplacement que stagiaire. La conjoncture actuelle tend vraisemblablement à en accentuer les effets dans les secteurs les plus touchés par la pénurie d'infirmiers (cf. chapitre 3). Le stage devient alors selon Bernard Dropsy (1995, op. cit.) « *une possibilité de pallier des difficultés de personnel et non [...] une expérience à réelle visée pédagogique* ».

Ces premières analyses rejoignent la typologie proposée par Hirschman ([1970], 1995)¹⁶⁴. Dans une organisation, face à une situation d'inconfort ou de

¹⁶⁴ Hirschman Albert O., *Défection et prise de parole*, Paris, Editions Fayard, Collection « L'espace du politique », [1970], 1995. La typologie proposée par Hirschman, et notamment le

frustration (ici, les décalages entre les enseignements reçus à l'institut de formation et les pratiques de terrain), l'individu peut adopter trois attitudes :

- rester loyal (*loyalty*), ce qui semble correspondre au premier groupe d'infirmiers, lesquels adoptent pour repères les références portées par l'institut de formation,
- protester en prenant la parole (*voice*) avec pour objectif de faire évoluer les choses dans le sens de la revendication. Une partie du second groupe d'infirmiers semble fonctionner ainsi en affirmant la primauté des savoirs du « terrain »,
- refuser de participer (*exit*), adopter une position de retrait comme peut agir une autre partie du second groupe d'infirmiers qui ne s'engage pas dans l'encadrement des stagiaires.

Entre loyauté et discours critiques, les positions tenues sont généralement plus ambiguës et surtout plus labiles que cette modélisation ne pourrait le laisser penser. Un troisième type d'encadrement peut alors être identifié.

13 Les discours ambivalents vis-à-vis de l'institut de formation

La position la plus répandue semble marquée par un conflit entre les pratiques quotidiennes des unités de soins et les recommandations des formateurs représentant l'institut de formation. Les étudiants repèrent très tôt ces paradoxes avec lesquels ils devront apprendre à travailler. Une étudiante (ESI 1), à ce sujet, rapporte les propos maintes fois entendus en stage : « *on sait très bien que c'est comme ça la technique mais sur le terrain tu sais bien que c'est pas comme ça. Il y a ce discours qui est latent chez presque tous les infirmiers que j'ai rencontré*

concept de loyauté, ont fait l'objet de critiques. Guy Bajoit, par exemple, a soulevé le fait que, derrière l'apparente loyauté des acteurs, il fallait y voir parfois de l'apathie en lien avec des choix personnels refoulés ou non exprimés. Il s'agit, selon Bajoit, d'une des limites du modèle proposé par Hirschman car l'apathique ne participe pas à faire progresser le système dans lequel il est inscrit. Voir Bajoit Guy., « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, XXIX, 1988, pp. 325-345.

sur les terrains de stage ». Un discours ambivalent illustre cette difficulté qu'éprouvent les formateurs-soignants à composer entre deux logiques vécues de manière antagonistes.

Les entretiens avec les étudiants sont à ce sujet très explicites car ils évoquent d'emblée les positions les plus paradoxales. Certains infirmiers leur conseillent en effet de faire ce qu'il faut pour « *plaire au formateur* » (ESI 3) et ce, jusqu'à modifier l'organisation habituelle des soins. Par exemple, cette étudiante qui parle de ses rapports avec les tuteurs de stage : « *il y en a qui savent quand même nous dire : il faut que tu prennes ton temps en prenant moins de patients, fais comme tu devrais faire et comme on t'apprend à faire, tu fais dans les règles de l'art et voilà* » (ESI 1). Une autre étudiante, en exposant son projet de travail de fin d'études à des formateurs, propose le titre suivant : « *fais comme on t'a appris, pas comme je fais* ».

Pour les formateurs-soignants de ce groupe, il faut distinguer les pratiques du « terrain », les pratiques quotidiennes et celles qui doivent être validées par le formateur de l'institut.

Il est dès lors possible de repérer deux temps : le temps de préparation à l'épreuve pratique où l'on tolère voire conseille au stagiaire une pratique au plus près des préconisations de l'institut de formation et le temps du stage en tant que tel, au plus près des pratiques du service concerné. Une étudiante (ESI 6) évoque une situation vécue en stage : « *dans le service où j'étais, elles [les infirmières] rentraient dans toutes les chambres avec le même chariot alors qu'à l'école, on nous avait bien dit que le chariot devait rester à l'extérieur de la chambre et qu'on ne devait prendre que le matériel dont on avait besoin pour les soins. Alors, comme j'avais ma MSP [mise en situation professionnelle], elles m'ont récupéré un autre chariot et un plateau à la réserve pour que je prépare ma MSP, [...], elles ont même mis une étiquette dessus avec écrit : réservé stagiaire* ». Au cours du même entretien, l'étudiante revient sur le déroulement du stage : « *le reste du temps, on essaye de jongler entre les habitudes du service et ce qu'on devrait faire mais après la MSP, c'est vrai qu'on a tendance à être plus laxiste* ». Les étudiants le confirment en général, deux types de pratiques se superposent et varient en fonction du destinataire, qu'il soit formateur-soignant ou formateur de l'institut.

Défenseurs des stagiaires, ces formateurs-soignants ne « trahissent » cependant pas leurs collègues formateurs permanents. Ils ont le sentiment au contraire, de tenter d'accommoder deux logiques parfois contradictoires. La recherche du compromis permet alors à l'action de se réaliser pour reprendre la terminologie de Boltanski et Thévenot (1989, 1991, op. cit.).

Une infirmière (IDE SS 4) rappelle à ce sujet que : « *on sait bien qu'avec le temps, les pratiques sont moins rigoureuses, que l'école et les services, c'est un peu loin des fois, alors quand les stagiaires ont un examen, on s'arrange pour ne pas les mettre en difficulté devant l'examineur, c'est pas méchant* ». Dans le service de psychiatrie où travaille cette infirmière, le choix des malades qui participeront à l'épreuve est par exemple très orienté : « *moi, je travaille dans un pavillon de chroniques [malades, psychotiques le plus souvent, et hospitalisés au long cours], eh bien il y a un ou deux malades qui sont "spécialistes" des stagiaires, très coopérants et tout, en plus ils sont plutôt contents de faire ça* ». Dans ce modèle, le formateur de l'institut est annoncé comme l'examineur ce que souligne cette infirmière et le formateur-soignant a alors pour tâche de permettre au stagiaire de passer l'épreuve dans les meilleures conditions. Quant au formateur-soignant, il ne se considère pas comme un évaluateur mais plutôt comme un facilitateur.

Les médecins peuvent également être partie prenante d'arrangements jugés nécessaires depuis les « coulisses » de l'épreuve (Goffman, 1973)¹⁶⁵. Un étudiant (ESI 7) évoque une situation de stage de ce type : « *j'avais aucun soin technique pour ma MSP [mise en situation professionnelle], il y avait peu de malades dans le service, je voyais pas bien ce que j'allais pouvoir présenter. Mon référent a dit qu'il allait voir avec l'interne si on ne pouvait pas bidouiller quelque chose. Et l'interne a pétié [prescrit] une glycémie de contrôle à un monsieur diabétique et une lithiémie pour une dame* ». Ce dernier exemple montre que les médecins peuvent également participer, via les prescriptions, à l'organisation de l'épreuve. Les internes, eux-mêmes stagiaires, sont particulièrement acteurs de ces pratiques dans une certaine complicité avec les étudiants en soins infirmiers.

¹⁶⁵ Goffman Erving., *La mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1973.

Pour poursuivre dans la même logique, les infirmiers, formateurs-soignants, lorsqu'ils travaillent, déclarent aux étudiants (ESI 1) qui les observent : « *ne fais pas comme moi* » ou encore « *je sais que ce n'est pas comme ça qu'il faudrait faire mais je n'ai pas le temps de faire en technique [comme il faudrait]* ». Il existe donc des infirmiers et infirmières qui ont parfaitement conscience du décalage entre les pratiques réelles et les pratiques préconisées par l'institut mais qui ne posent pas ce décalage comme un conflit de légitimité entre deux espaces de formation. Au contraire, ces formateurs-soignants semblent porteurs du discours de l'école tout en le relativisant au regard de leurs pratiques quotidiennes.

Nous avons décrit divers types de discours tenus par les formateurs-soignants qui assurent des fonctions d'encadrement des stagiaires, lesquels renvoient à des questions de légitimité entre deux espaces de formation mais aussi, à des accommodements entre des logiques parfois perçues comme incompatibles. Ces professionnels, outre l'encadrement quotidien dans les unités de soins, doivent également évaluer les stagiaires lors des épreuves pratiques en compagnie des formateurs de l'institut. Le passage d'une fonction de formateur-soignant à une fonction d'évaluateur-soignant se réalise dans cette situation qui met à l'épreuve la collaboration entre les partenaires.

2 Co-évaluer les stagiaires, une collaboration ambiguë

Les épreuves « pratiques » ou « cliniques » dont nous avons déjà décrit la particularité réunissent deux membres d'un jury autour d'une prestation fournie par un étudiant (cf. chapitre 4). Rappelons que le jury est composé comme suit :

- un formateur exerçant dans l'institut de formation dont dépend le candidat,
- un formateur-soignant exerçant dans le service de soins qui accueille le candidat en stage.

Pour le membre du jury qui représente le terrain de stage, la participation aux épreuves puis la décision (notation et appréciation) sont à apprécier en même temps que les affiliations qui sont les siennes. Les points précédemment évoqués au cours de ce chapitre permettront de comprendre tout ce qui peut faire la diversité des attitudes et des positionnements face à la situation d'évaluation.

Souvent, les formateurs de l'institut de formation aspirent à constituer des binômes stables avec les formateurs-soignants car « *on apprend à se connaître, à se caler par rapport à nos attentes* » (CAD IFSI 1). La réalité des services, leur diversité notamment ne permettent que rarement ce type d'organisation. Chaque jury est donc l'occasion d'une rencontre éphémère entre deux professionnels qui appartiennent à des configurations – pour reprendre le terme de Norbert Elias (1993, *ibid.*) – singulières.

La situation d'évaluation des pratiques et la particularité générée par la convocation de deux membres du jury représentant les deux espaces de formation viennent mettre à jour le niveau de collaboration entre les acteurs. Le rôle – au sens d'Erving Goffman (1973, *op. cit.*) – joué par l'un et l'autre des jurys lors de l'interaction qui précède la décision permet d'analyser les logiques en général implicites qui étayent l'argumentation.

21 La perception des formateurs-soignants par les formateurs de l'institut

Au cours des entretiens, les points de désaccord suivants sont classiquement relevés par les formateurs :

- Les formateurs exerçant en institut de formation estiment parfois que les formateurs-soignants ne prennent pas assez leur place. Ils éprouvent le sentiment d'être les seuls à décider, qu'il faut parfois les « convaincre » de la « bonne » décision à prendre. Bref, ils reprochent de manière plus ou moins explicite au co-évaluateur d'avoir du mal à quitter son rôle de soignant pour endosser la « casquette » de l'évaluateur.
- Les formateurs-soignants, quant à eux, évoquent souvent leur difficulté face à cette épreuve. Soit ils considèrent que c'est le

formateur de l'institut qui décide et de ce point de vue, leur avis est inutile¹⁶⁶. Ils éprouvent alors le sentiment d'être témoins sans être vraiment acteurs de l'évaluation. Parfois, au contraire, ils assument ce rôle mais pensent ne pas disposer de tous les moyens, notamment en termes de formation, pour réaliser correctement leur travail d'évaluateur.

Par conséquent, au sein des instituts de formation, la crainte manifeste de beaucoup de formateurs lors des épreuves de mise en situation professionnelle porte sur la fiabilité du formateur-soignant en position de co-évaluateur. Une des interviewées (CAD IFSI 1), évoque ses relations avec les soignants dans le cadre d'un jury : *« Ils attendent beaucoup de l'évaluateur qui a l'habitude. Ils nous disent : vous en pensez quoi, vous mettriez quelle note ? En même temps, ils se disent, je ne veux pas porter préjudice à l'étudiant et en même temps, je suis quand même professionnel et puis par rapport à la formatrice [de l'institut], je ne peux quand même pas dire n'importe quoi et donc c'est un tâtonnement »*. Cette expression de « tâtonnement » résume les modalités de la rencontre entre ces deux professionnels qui doivent évaluer puis noter la prestation d'un étudiant.

La position particulière que doivent tenir les formateurs-soignants en situation d'évaluation est évoquée par cet interlocuteur (DIR IFSI 2) qui fait part de ses expériences de collaboration avec les tuteurs de stage : *« on a une autre difficulté, entre les deux [membres du] jurys, le formateur et le soignant. C'est vrai que souvent le jury soignant, il connaît l'étudiant depuis 4 semaines, il l'a vu travailler dans le service donc il ne fait pas l'évaluation de l'instant présent mais il voit aussi l'étudiant tel qu'il a fonctionné, en négatif ou en positif, et ça va interférer sur son évaluation »*. Comme l'évoque cet interviewé, les formateurs de l'institut considèrent que souvent, les formateurs-soignants voient leur jugement se porter

¹⁶⁶ En guise d'exemple, l'ensemble des formateurs exerçant en institut de formation à qui nous avons posé la question, déclare remplir les documents supports de l'évaluation en mise en situation professionnelle. Ainsi, la note et les appréciations ou observations sont rédigées par les formateurs de l'institut alors que rien n'interdit aux formateurs-soignants de le faire. Celui qui « tient le crayon » semble alors dépositaire d'une plus grande responsabilité, il est perçu comme le garant du cadre et des règles de fonctionnement du jury.

davantage sur le déroulement général du stage que sur l'épreuve clinique à proprement parler. Si les textes prévoient deux évaluations distinctes, celle du stage et celle de la mise en situation professionnelle (cf. chapitre 4), les formateurs de l'institut estiment que l'étanchéité entre ces deux espaces n'est pas garantie.

Les formateurs de l'institut ont dès lors parfois le sentiment de devoir « *former l'autre à l'évaluation* » comme le souligne une autre interlocutrice (CAD IFSI 1). Cette notion de formation de l'autre à l'évaluation consiste le plus souvent en un rappel du cadre réglementaire voire en l'explication de la grille critériée, support formalisé de la décision. Une formatrice (CAD IFSI 2) pense à ce propos que « *les co-jurys, ils ne comprennent pas toujours les niveaux de compétence à atteindre mais les critères, ils connaissent. Donc quelque part, c'est pas gênant, il suffit de leur expliquer comment c'est noté, c'est très bien détaillé* ».

Pour les formateurs de l'institut, le formateur-soignant, membre ponctuel d'un jury, saura-t-il prendre position si les « *choses se passent mal* » ? Car, en effet, lorsque l'épreuve révèle une pratique de qualité, la discussion porte essentiellement sur le niveau de la note à attribuer, bonne, très bonne ou excellente. Le risque de polémique est modeste si les deux membres du jury sont vite d'accord sur le fait que l'épreuve est réussie. Dans le cas contraire, ou lorsque les jurys sont en désaccord, des logiques implicites émergent. Le formateur de l'institut cherche à savoir quelle est la perception du formateur-soignant face à la prestation de l'étudiant qui vient de se dérouler devant eux.

En fonction des rapports – plus ou moins loyaux – que le formateur-soignant entretient avec l'institut de formation, plusieurs scénarios sont envisageables sur un *continuum* qui nous permet de décrire l'ensemble des positions tenues. Deux positions extrêmes sont repérables.

En premier lieu, les formateurs représentant l'institut de formation et les formateurs-soignants sont d'accord. Au terme de l'épreuve, ils ont le sentiment que la décision prise, fut-elle douloureuse pour le stagiaire (et éventuellement pour les évaluateurs), relève du consensus entre les membres du jury. Un sentiment de cohérence générale entre les deux espaces de formation domine. Le formateur de l'institut a perçu le formateur-soignant comme quelqu'un de

crédible, capable de se positionner, quelqu'un qui ne se laisse pas envahir par des considérations affectives ou dépassant le cadre de l'épreuve, quelqu'un de centré sur la prestation du stagiaire plus que sur le stagiaire lui-même.

En guise d'exemple, le propos suivant est rapporté par une formatrice exerçant en institut (CAD IFSI 3) : *« l'infirmière [formateur-soignant] en était malade, moi aussi, j'étais pas tellement à l'aise. Je ne sais pas ce qui lui a pris, elle a plongé les mains dans la poubelle pour y jeter des compresses souillées et hop comme si de rien n'était, elle reprend ses pinces et s'apprêtait à continuer son pansement. Je l'ai arrêté, l'infirmière lui a demandé si elle avait vu ce qu'elle avait fait, elle ne s'était rendue compte de rien. C'était une bonne étudiante, d'après l'infirmière, elle faisait un bon stage, on a été surprises mais finalement, on est tombé tout de suite d'accord pour la sanctionner même si on était déçues pour elle. Et puis, finalement, la note de MSP [mise en situation professionnelle], c'est pas la note de stage, l'infirmière avait bien compris ça ».*

En second lieu, les formateurs de l'institut rencontrent des formateurs-soignants qui sont perçus comme de mauvais évaluateurs, parfois même comme des « traîtres ». Au cours d'un entretien, une formatrice en institut de formation (CAD IFSI 1) a le propos suivant après une épreuve où la stagiaire n'avait pas eu une bonne note. Elle nous dit que l'autre membre du jury [formateur-soignant] s'est désolidarisé de l'évaluation commune après coup auprès de l'étudiante, la note ayant pourtant été décidée ensemble : *« j'ai eu écho par une collègue qui est aussi une copine qui me dit, il paraît que tu as voulu saquer l'étudiante et heureusement, grâce à l'infirmière qui était là, c'est elle qui a réussi à la remonter pour qu'elle ait au moins sa moyenne. Elle me dit, c'est ce qui se dit dans le service, l'infirmière l'a dit à l'étudiante, à tout le monde. Déjà que les formatrices passent pour les méchantes et les soignants pour les bons, on est déjà dans ce clivage là alors en plus quand c'est renforcé par les soignants [formateurs-soignants]... ».*

Contrairement au tableau précédent, le formateur-soignant est ici considéré comme incompetent en terme d'évaluation, notamment parce qu'il s'avère déloyal vis-à-vis de l'institution de formation. En effet, la position d'avocat de l'étudiant voire la désolidarisation en public de la décision prise par le jury

sont manifestement considérées comme la marque d'une alliance illégitime entre un évaluateur et un évalué au détriment de l'autre évaluateur.

22 La perception du formateur de l'institut par les formateurs-soignants

Dans les unités de soins, les formateurs-soignants estiment que la collaboration avec les instituts de formation mériterait d'être renforcée. La charge de travail quotidienne ainsi que le nombre important de stagiaires ne facilitent pas l'accompagnement pédagogique. Cet argument est particulièrement évoqué depuis l'augmentation des quotas d'étudiants en formation à partir de 2001 (cf. chapitre 3). Au cours des entretiens, certains interlocuteurs évoquent jusqu'à une dizaine de stagiaires de professions différentes en même temps dans le service. Cette situation semble particulièrement fréquente dans les CHU en raison de leur mission universitaire.

Dans ce contexte, pour certains formateurs-soignants, tout ce qui relève du pédagogique et particulièrement de l'évaluation incombe aux équipes des instituts de formation. Pour ces formateurs-soignants, les formateurs exerçant en institut doivent assumer l'essentiel de la prise de décision concernant les stagiaires. Si des étudiants s'avèrent en difficulté, les formateurs-soignants considèrent en général qu'il s'agit de la responsabilité de l'institut de formation, lequel semble plus indiqué pour prendre une mesure d'exclusion par exemple.

Dès lors, à l'occasion des épreuves de mise en situation professionnelle, les formateurs-soignants ont tendance à se considérer comme les garants de la cohérence des soins effectués par le stagiaire en regard de l'activité quotidienne du service. Les formateurs exerçant en institut sont identifiés comme les spécialistes voire les experts de l'évaluation et de la cohérence globale de la formation.

Cet extrait d'entretien évoque le fait que *« le formateur sait lui si telle ou telle connaissance est au programme, si le stagiaire devrait être au courant, si telle technique a été apprise à l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers] alors que moi, je suis là pour dire si le stagiaire a raison sur la pathologie d'un patient, s'il utilise les bons outils de transmission, quoi, oui, je crois que c'est ça la différence »* (IDE SS 6). Au final, comme le signale cet autre interlocuteur (IDE SS 5), *« c'est*

quand même plutôt le formateur qui décide même s'il nous demande notre avis, après tout c'est lui le responsable de la formation ».

Pour d'autres formateurs-soignants, il s'agit avec le formateur de l'institut de prendre en commun leurs responsabilités, de collaborer car « *ce sont de nos futurs collègues dont ils s'agit* » (IDE SS 2). Ces formateurs-soignants estiment que leur place est certes différente dans le dispositif de formation mais sans qu'il s'agisse pour autant d'une hiérarchisation des fonctions. Lors des épreuves de mise en situation professionnelle, ils ont le sentiment d'apporter un regard complémentaire sur la situation observée et de participer ainsi à la co-construction de la décision. L'exemple suivant nous en fournit l'illustration : « *le formateur [de l'institut] avait été surpris que l'étudiante n'avait pas aseptisé au point d'injection. Pour lui, c'était une faute mais je lui ai précisé qu'avec ce nouveau matériel, les stylos à insuline, ça ne se faisait pas, on avait des consignes du labo, nous aussi ça nous faisait drôle au début. Le formateur, il ne connaissait pas ce matériel mais bon je trouve ça normal, ça évolue tellement, ils peuvent pas tout savoir* » (IDE SS 3).

Au final, deux cas de figure sont repérés. Ou bien les formateurs-soignants considèrent leurs collègues exerçant en institut comme les garants exclusifs du dispositif de formation, les décisions concernant les étudiants leur appartenant de fait. Ou alors, les formateurs-soignants identifient leurs collègues exerçant en institut comme des collaborateurs ponctuels avec lesquels ils vont élaborer des décisions, notamment dans le champ de l'évaluation des stagiaires.

23 La justification de la note

A l'issue d'une mise en situation professionnelle, après le départ du formateur de l'institut, les échanges entre le stagiaire et le formateur-soignant, peuvent faire apparaître différents registres de justification de la note obtenue.

Certains formateurs-soignants essaient en effet de restituer le plus conformément possible à l'étudiant les critiques sur lesquelles le jury a fondé sa décision. Ils assument donc leur participation au jury et restent solidaires de la décision prise avec leur collègue. L'interaction suivante observée dans un service de médecine en fournit un exemple. Une étudiante a reçu une mauvaise note

(7/20) qui l'obligera à passer une épreuve de rattrapage. Elle a visiblement pleuré pendant ou après l'épreuve. Elle en parle avec l'infirmière (formateur-soignant) qui participait au jury :

- *Stagiaire : je trouve ça dur*
- *Infirmière : quoi, ta note ?*
- *Stagiaire : oui, j'ai pas été complètement nulle*
- *Infirmière : personne n'a dit ça, avec le formateur, on a estimé que lorsque tu as mis les mains dans la plaie, on pouvait pas laisser passer*
- *Stagiaire : oui, mais le reste c'était bien*
- *Infirmière : il y avait des choses bien, oui, c'est sûr mais là, c'est la grosse faute*
- *Stagiaire : je sais, je dis pas le contraire, je sais pas pourquoi j'ai fait ça*
- *Infirmière : tu n'as pas tenu compte de mes remarques d'hier, je t'avais pourtant expliqué que sur l'asepsie il faut énormément de rigueur.*

D'autres formateurs-soignants, au contraire, tentent de faire assumer au seul formateur de l'institut, l'essentiel du jugement rendu et ce d'autant plus que la note finale est basse voire éliminatoire (et de surcroît, que le formateur de l'institut a quitté le terrain de stage). Rappelons, qu'en référence à la réglementation actuelle, une note inférieure à 8/20 lors de la mise en situation professionnelle, est éliminatoire. Si la situation se présente une fois, le candidat devra obligatoirement passer par l'épreuve de rattrapage. Si elle se présente une seconde fois lors de la même année de formation, le candidat ne pourra pas passer dans l'année supérieure. Autrement dit, les enjeux pour le stagiaire sont importants tout comme le sentiment de responsabilité qui pèse sur les épaules du jury, il peut alors être tentant de vouloir y échapper.

Une autre interaction, observée dans un service de psychiatrie, nous en fournit un exemple. Le stagiaire a obtenu une note qui ne le satisfait pas (10/20), il s'en exprime auprès du formateur-soignant qui participait au jury :

- *10, je suis déçu, oui*
- *ben oui, je comprends mais la formatrice m'a dit que ce n'était pas la première fois qu'elle te prévenait sur ton côté un peu dilettante tout ça*
- *et quel rapport avec les soins ?*
- *ben, c'est vrai qu'avec les malades, c'est des fois limite familiarité et puis tu fais tomber de la bétadine par terre, tu ne nettoies pas, tu passes à autre chose, ça fait pas rigoureux, rigoureux*
- *de toute façon, cette formatrice là, j'ai l'impression qu'elle avait décidé de m'emmerder*
- *ben c'est vrai que je n'ai pas eu grand-chose à dire, avec les formateurs [de l'institut] c'est comme ça des fois.*

Dans un premier temps, le formateur-soignant argumente la décision prise en s'appuyant sur les remarques formulées par le formateur de l'institut. Dans un second temps, au vu de la réaction de l'étudiant (*elle avait décidé de m'emmerder*), le formateur-soignant minimise sa participation au jury (*je n'ai pas eu grand-chose à dire*).

Après avoir participé à une mise en situation professionnelle, le formateur-soignant s'engage dans une activité justificatrice auprès de l'étudiant comme nous venons de le voir. Il peut ainsi faire état ou non de sa loyauté vis-à-vis de l'autre membre du jury lorsque celui-ci a quitté le lieu où s'est déroulé l'épreuve. Deux scénarios s'offrent à lui. Le premier consiste à assumer face à l'étudiant la décision prise par le jury. Le second, au contraire, est de mettre en avant l'influence prédominante du formateur exerçant en institut lors des prises de décision. Entre ces deux postures, diamétralement opposées, les soignants

s'engagent plus ou moins dans l'activité justificatrice ce qui est une manière de sauver la face au sens de Goffman (1974)¹⁶⁷.

Nous avons jusqu'à présent analysé la manière dont les membres d'un jury pouvaient collaborer et notamment à travers le degré de loyauté des évaluateurs l'un vis-à-vis de l'autre. Le stagiaire se retrouve en tension entre deux discours, l'un et l'autre ne partageant pas toujours la même vision de ce que serait la « réalité » du travail (Dropsy, 1995, op. cit.). Cette dichotomie est classique du fonctionnement par alternance. Elle est ici amplifiée par la distinction des statuts entre ceux qui forment et ceux qui soignent. En effet, les formateurs exerçant au sein des instituts de formation ont un statut cadre et sont considérés par Isabelle Feroni (1994, op. cit. 319) comme les vecteurs de l'idéologie professionnelle. Les formateurs-soignants leur reprochent parfois également d'être extérieurs à la « réalité » du terrain. Les infirmiers et infirmières, formateurs-soignants, ne disposent pas d'un statut cadre et sont aux prises avec le travail quotidien auprès des malades.

Dans ce contexte, quel sens prennent les notes accordées aux étudiants en stage par les formateurs-soignants aux yeux des formateurs des instituts ? Car en effet, si la décision prise en mise en situation professionnelle incombe à un jury de deux personnes, la « note de stage » est, quant à elle, accordée par les formateurs-soignants sans intervention des formateurs de l'institut.

3 Le stage : un rôle limité

Lors des stages, la fonction d'évaluateur des formateurs-soignants est-elle prise en compte voire reconnue au sein des instituts de formation ?

Après chaque stage, les formateurs de l'institut de formation analysent le contenu des feuilles d'appréciation de stage. Une formatrice, responsable d'une

¹⁶⁷ Goffman Erving., *Les rites d'interaction*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1974.

promotion, indique qu' « au niveau des feuilles d'appréciations, en tant que référent, on récupère les feuilles justement, lors des exploitations de stages, pour voir quelle cohérence entre les propos des étudiants et par rapport à leur feuille, voir comment le personnel a apprécié l'étudiant » (CAD IFSI 4). Les appréciations de stage sont consultées par les formateurs de l'institut mais quelle valeur leur accorde-t-on finalement ?

Deux aspects sont mis en évidence. Le premier concerne la reconnaissance même de la place du stage en formation. En effet, il ne va pas de soi que les formateurs de l'institut accordent une fonction de représentant du savoir aux formateurs-soignants. Le second aspect porte plus spécifiquement sur la reconnaissance de la compétence évaluative des formateurs-soignants par leurs collègues des instituts.

31 Le stage selon les formateurs de l'institut

Pour un certain nombre de sociologues, le savoir est l'objet de luttes entre des groupes sociaux. Par exemple, Philippe Perrenoud (2001b, op. cit.) pense qu'imaginer « qu'on peut identifier clairement “ ce qui relève d'une communauté qui a décidé de statuer sur une connaissance pour l'ériger en savoir ” manifeste une grande naïveté sociologique, faisant de la “ communauté ” une entité unifiée, alors que toute société est le théâtre de “ luttes de savoirs ”, en particulier pour choisir ceux que le pouvoir politique, économique ou scientifique dominant présentera comme “ incontestables ” ». Ainsi, le savoir n'est pas neutre en ce sens que les savoirs véhiculés sont bien les « savoirs de quelqu'un » pour reprendre l'expression utilisée par Perrenoud. De ce point de vue, « il n'y a pas d'arbitre des savoirs placé au-dessus des êtres humains, la “ vérité ” est la résultante d'une transaction sociale ». Ainsi, qu'en est-il de la place du stage et des savoirs qui y sont véhiculés aux yeux des formateurs d'institut ?

Dans les instituts de formation, pour un premier groupe de formateurs, le stage est un espace de formation à part entière. Ces mêmes formateurs regrettent que certains infirmiers délaissent leur fonction pédagogique en argumentant que c'est le rôle de l'institut de formation d'enseigner et de former. En s'appuyant sur la réglementation (cf. chapitre 4), les formateurs de ce premier groupe

soutiennent l'idée que tout infirmier doit pouvoir tenir un rôle de formateur auprès des stagiaires accueillis. Les savoirs véhiculés en stage sont alors potentiellement crédibles.

Par exemple, une cadre interviewée (CAD IFSI 4) explique que « *pour nous à l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers], on dit aux étudiants qu'ils doivent saisir toutes les opportunités en stage. Par exemple, sur le premier stage de première année, s'ils sont en médecine par exemple et qu'il y a une perf à préparer et bien si l'infirmière encadre l'étudiant, lui explique, bref lui fait comme un cours avec les précautions, le calcul de doses, etc. et bien, il n'y a pas de raisons qu'il ne puisse pas s'y exercer. L'infirmière doit être capable d'évaluer les choses il me semble* ». Pas d'ambiguïté dans ce premier cas de figure, le terrain de stage est affirmé comme espace de formation et les soignants, bien que ce ne soit pas leur fonction première, sont des formateurs à part entière.

Pour d'autres formateurs exerçant en institut, le stage est seulement un espace d'application des apprentissages effectués majoritairement à l'école. Ils ont une vision plutôt dichotomique du dispositif de formation. Les savoirs véhiculés en stage sont alors potentiellement discrédités.

Ce second point de vue est évoqué dans une réunion de travail qui rassemble des formateurs exerçant dans des instituts différents. Une des participantes soutient cette dichotomie : « *A chacun son métier. Les infirmières, elles ont autre chose à faire. Et, c'est quand même aux IFSI [instituts de formation en soins infirmiers] d'être garants des bonnes pratiques* ». Plus loin dans la discussion, elle ajoute que « *pour moi, le passage en salle de TP est un pré-requis avant la pratique en stage comme ça les étudiants ont de meilleurs repères face à tout ce qu'ils vont rencontrer* ».

Finalement, deux tendances apparaissent, l'une et l'autre accordant plus ou moins de légitimité aux formateurs-soignants dans leur fonction pédagogique. De manière plus consensuelle, les formateurs de l'institut estiment dommageable le fait que les notes de stage soient élevées. Cette pratique ne permet pas au système d'évaluation de remplir son rôle de repérage des étudiants en difficulté dont il faudrait parfois mieux arrêter la formation.

Comme nous l'avons déjà précisé (cf. chapitre 4), le stage est le support de deux types d'épreuves sanctionnées chacune par une note pouvant influencer le passage des étudiants en année supérieure ou encore l'accès aux épreuves du diplôme d'Etat. Lors des mises en situation professionnelle, un jury composé de deux personnes représentant l'institut de formation et le service accueillant le stagiaire, doit évaluer et noter un candidat. En outre, chaque stage doit également être apprécié et noté par l'équipe qui encadre le stagiaire et cette fois, sans la présence des formateurs de l'institut. Quelle peut-être la valeur de cette note de stage aux yeux des représentants (formateurs, directeur) de l'institut de formation ?

D'une manière générale, la méfiance est de rigueur. Un directeur (DIR IFSI 2) résume une opinion classiquement défendue au sein des instituts de formation : *« moi je dirais, sur la valeur de l'évaluation en stage, sur la note chiffrée, aucune valeur pour moi et pour l'équipe [de l'institut], c'est-à-dire qu'on sait pertinemment que les notes de stage sont en principe nettement surévaluées en moyenne. Pour moi, ce n'est pas normal qu'un étudiant en première année, au premier stage, il ait 19 voire 20/20. Je me demande comment il va faire pour progresser pendant 3 ans de formation. Donc nous, on relativise complètement l'évaluation chiffrée ».*

Une autre enquêtée, qui a été formatrice en institut (CAD SS 9), dit sa difficulté à interpréter les évaluations des stagiaires faites par les équipes soignantes. Selon elle, *« il y a des cadres ou des infirmières qui partent du principe qu'en première année, on ne peut pas avoir 20 alors il aura 13 même s'il est très bon, il aura 13 ou 14. Comment on peut faire ? Ça ne nous donne aucune indication et puis il y en a qui disent : "c'est pas parce qu'il est en première année, s'il avait des objectifs et qu'il a bien été au bout de ses objectifs, il a le droit d'avoir 19" ».* Pour ces deux interlocuteurs, les notes de stage n'ont que peu ou pas de valeur. En premier lieu, parce qu'elles sont très élevées mais également parce qu'il semble difficile pour certains formateurs des instituts de comprendre la logique qui a prévalu dans la décision qui a conduit à la note.

Un autre enquêté (CAD IFSI 5) précise que *« dans l'évaluation en stage va interférer la gentillesse de l'étudiant, est-ce qu'il a amené les croissants ? Est-ce*

qu'il s'est bien noyé dans la masse ? Est-ce qu'il a pris position dans des conflits d'équipe ? Etc. Et on aura une note qui est complètement subjective ». Pour une autre encore (CAD IFSI 2) *« la note, ça veut rien dire, ça reflète rien, on le sait très bien, on en parlait encore hier, [...] ils ont cartonné, c'est pas le bon mot mais bon, ils ont cartonné à 18 de moyenne en première année ».* La compétence évaluative des formateurs-soignants est ainsi régulièrement mise en cause ou, pour le dire autrement, *« on relativise beaucoup ces choses-là en IFSI »* (CAD SS 9).

Les étudiants obtiennent des notes très élevées en stage et les formateurs des instituts semblent le regretter. L'un d'entre eux fait remarquer que (CAD IFSI 5) *« avec l'échelle des valeurs accordées en stage, on commence à s'interroger quand un étudiant revient avec une note à 14 ».* 14 devient alors synonyme de mauvaise note, c'est-à-dire un stage où l'étudiant a éprouvé des difficultés. Pour un cadre de santé, ex-formatrice en institut (CAD SS 1), *« il y tout un travail à faire avec les terrains de stage, mais c'est difficile parce que même moi en tant que formatrice, venue sur le terrain avec quand même un regard très critique sur ces évaluations de stage, en disant qu'est ce que ça nous a pas aidé d'avoir ça, des notes toujours surestimées, des appréciations toujours très positives, très enrobées, très générales ».* Le procès sous-jacent porte sur la fuite des responsabilités des formateurs-soignants face aux étudiants en difficulté. Les notes de stage ainsi que les *« appréciations toujours très positives »*, comme le souligne l'enquêtée, favorisent la poursuite du parcours de formation d'étudiants peu compétents.

Souvent les formateurs-soignants interrogés semblent avoir identifié cette situation que leur reprochent leur collègues des instituts, ils en expriment parfois des regrets : *« Moi, je me suis fâchée plusieurs fois. 12.5 c'est une très mauvaise note, moi je ne suis pas d'accord avec ça parce que 12.5 c'est la moyenne, ce n'est pas une note éliminatoire, nous, on met cette note là enfin, la surveillante avec qui on discute et met cette note là à quelqu'un qui est archi-nul et qui n'a pas sa place dans l'équipe. Moi, je me suis toujours battue contre ça. Si quelqu'un n'a pas sa place dans le milieu, il a droit à une note éliminatoire, mais c'est vrai qu'on n'en met jamais. J'ai vu des gens dangereux et j'ai même eu des nouvelles de gens à qui on avait mis 14 et qui ont quitté l'école d'infirmières après »* (IDE SS 11). Autrement dit, les formateurs-soignants ont identifié que les notes de stages sont élevées,

certaines s'en désolent même mais, la parole du groupe ou de la hiérarchie amène le plus souvent à des notes qui garantissent la paix sociale. Nous reviendrons sur ce dernier point au cours du chapitre 8.

Pour les instituts de formation où le parcours de stage est analysé, « *un indicateur c'est quand l'étudiant a une moyenne des notes de stage très en dessous de la moyenne de sa promo. Par exemple, il peut avoir 15 de moyenne ce qui peut être regardé comme une note satisfaisante mais si le groupe a 17, ça n'a pas tout à fait le même sens, ça peut nous mettre la puce à l'oreille* » (CAD IFSI 6).

Les formateurs exerçant en institut vont développer une compétence particulière qui consiste à lire entre les lignes voire à tenter de comprendre ce qui justement n'est pas écrit. Par exemple avec la grille d'évaluation, « *on se sert aussi des croix, parce qu'aussi des fois quand les gens n'écrivent pas, on essaie de comprendre au travers des croix où ça pêche chez l'étudiant* » (CAD IFSI 6)¹⁶⁸. Les appréciations, quand elles existent, sont lues comme un indicateur plus pertinent que la note. Il en va de même pour le remplissage de la grille critériée comme en fait part cette formatrice (CAD IFSI 7) « *moi, je regarde où sont les petites croix, et si elle sont en cohérence avec la note finale parce que certaines fois, tu as une majorité de petites croix dans "assez bien" et puis l'étudiant obtient quand même 15, c'est pas toujours cohérent* ».

Au final, les notes accordées par les équipes soignantes sont le plus souvent considérées par les formateurs de l'institut comme trop élevées. Ces derniers regrettent alors que les formateurs-soignants ne s'engagent pas davantage dans cette activité d'évaluation des stagiaires. Une des enquêtées (CAD IFSI 2) constate que, selon elle, « *il y a très peu de professionnels qui osent s'impliquer dans la notation des étudiants, c'est-à-dire qu'ils vont très bien dire à l'oral ce qui va pas, ils vont nous téléphoner, etc. Pour avoir vécu le cas plusieurs fois l'année dernière, les [formateurs] soignants ne s'impliquaient pas du tout quand les stages se passaient mal. Ils mettaient une note très moyenne, moyenne, avec des croix qui ne sont pas là où elles devraient être [...]. Très rarement, ils s'impliquent*

¹⁶⁸ Voir les grilles d'appréciation de stage disponibles en annexe 1.

dans la rédaction d'un rapport [...] et il faut insister, qu'il y ait un clash ou un étudiant vraiment qui pose problème pour qu'on ait vraiment un rapport circonstancié ».

Une cadre (CAD SS 9) va dans le même sens et dit ses difficultés dans une équipe face aux étudiants en difficulté. Elle évoque une situation rencontrée : *« Pendant toute la durée du stage, on entendait : “oh, la, la vraiment elle est nulle, c'est une catastrophe, j'en voudrais pas comme collègue” et puis au moment de mettre la note, c'est “on ne va pas quand même ne pas lui mettre la moyenne”. Alors là en tant que cadre, on leur dit : “il faut quand même savoir ce que vous voulez ! Est-ce que vous la voulez comme collègue ou pas ?”. Et c'était l'objet de beaucoup de discussions, c'était toujours difficile. Enfin, c'était le cadre qui donnait, qui disait : “quand même, il faut réfléchir, moi je pense qu'il vaudrait mieux ne pas lui mettre la moyenne” et elles préféraient que ce soit le cadre qui décide un petit peu quand même ».* Pour bon nombre de formateurs d'instituts, le problème réside dans le fait que *« les infirmiers, dans les services de soins ne se mouillent pas »* (CAD IFSI 2).

Certaines positions au sein des instituts de formation sont toutefois plus nuancées. Par exemple, ce formateur (CAD IFSI 8) pour qui *« les choses évoluent, j'ai l'impression qu'en moyenne, les notes de stage baissent, il y a de plus en plus de collègues qui prennent leurs responsabilités, je pense mais c'est peut-être une question de service. C'est vrai que j'ai connu des services où la note était très subjective [...] où c'était aussi un peu à l'affectif [...]. Et puis il y a des gens qui parlent plus en terme de compétences et d'autres qui disent “oh celle-là, elle travaille bien mais on sait pas trop pourquoi, celle-là, elle est souriante”, il n'y a pas de termes professionnels ».*

D'une manière générale, les formateurs des instituts constatent *« une évolution dans le positionnement des soignants »* (CAD IFSI 2) ce qui signifie pour eux que les cadres notamment prennent davantage leurs responsabilités en signalant les difficultés constatées avec un étudiant en stage. Cependant, la prise de position reste paradoxale lorsqu'il s'agit de mettre une mauvaise note ou de rédiger un rapport par exemple. Une formatrice estime que *« les cadres nous appellent pour dire, ça pose problème, non là franchement on pense qu'il ne mérite*

pas la moyenne, par contre ils sont encore dans : est-ce que l'on peut se permettre de mettre une mauvaise note ?» (CAD IFSI 1). Cette formatrice, au discours désormais classique, poursuit en regrettant qu'au final, les étudiants aient le sentiment qu'en « *stage, on a des bonnes notes et les mauvaises, c'est à l'école, il y a toujours une dichotomie entre les deux* ».

Mis à part quelques propos plus nuancés, l'évaluation des étudiants en stage par les formateurs-soignants n'a que peu de valeur aux yeux des formateurs de l'institut. Le stage, sauf circonstances exceptionnelles, et bien qu'il représente la moitié du temps de formation, ne semble avoir qu'une modeste influence sur le devenir en formation des étudiants. Les directeurs d'institut confirment que les étudiants qui doivent redoubler ou arrêter leur formation le feront suite à des insuffisances constatées lors des épreuves théoriques ou à l'occasion des mises en situation professionnelle qui ne représentent que quelques heures dans la formation. Le fait qu'un étudiant obtienne plus de deux notes inférieures à 8/20 sur 4 ou 5 stages au cours d'une année – ce qui l'éliminerait comme les textes le prévoient – est extrêmement rare. Nos interlocuteurs ne l'ont à ce jour pas rencontré. Les faits confirment que les notes de stage sont quasiment sans influence sur le devenir des étudiants en formation.

Conclusion

Toute formation par alternance se trouve confrontée à un moment ou à un autre à la question de la légitimité des savoirs mais également à celle des formateurs. En effet, selon les époques et les enjeux qui les traversent, l'école peut-être porteuse de la « *bonne parole* », le terrain n'en devenant que le réceptacle. Au contraire, elle peut être accusée de tous les maux, seul le terrain ayant cette fois vocation à déterminer les savoirs et compétences à développer (Bouvier, 1998, op. cit. 194-195). La formation infirmière ne fait pas exception à ces mouvements récurrents de balancier et l'évaluation des stagiaires doit manifestement être analysée dans ce contexte particulier.

Ainsi, la loyauté des formateurs-soignants vis-à-vis des formateurs de l'institut ne peut être considérée comme allant de soi ce qui n'est pas sans répercussions sur les pratiques d'évaluation. Plusieurs types de discours ont pu

être identifiés, ils semblent aller d'une loyauté sans conditions envers l'institut de formation à une critique ouverte à son égard. Le premier se caractérise par une volonté de réduire les écarts entre les deux espaces de formation, le second cherche au contraire à désavouer les formateurs de l'institut et le savoir qu'ils véhiculent.

En situation d'évaluation des stagiaires, notamment au cours de la mise en situation professionnelle, ces différentes postures apparaissent. Ainsi, réunis dans un jury, le formateur-soignant et le formateur de l'institut, en prenant leur décision (attribuer une note à un stagiaire), font plus ou moins apparaître leur niveau réel de collaboration. Le stagiaire, ayant plus ou moins identifié ces points de tension, doit alors apprendre à évoluer entre deux espaces de pratiques professionnelles dont les références ne sont pas toujours partagées.

Au début de leur formation, les étudiants notent parfois avec un certain désappointement le décalage entre les préconisations faites par les formateurs de l'institut de formation et les pratiques réelles dans les services de soins. Ils semblent le plus souvent à la recherche d'un modèle à appliquer en stage et décrivent comme très inconfortable la situation qu'ils doivent vivre. Ils ont souvent le sentiment de devoir réaliser le « grand écart » entre les deux lieux de la formation. Cette recherche de modèle participant à la socialisation professionnelle des « apprenties infirmières » a été mise en évidence par Davis aux Etats-Unis vers la fin des années 60 (cité par Carricaburu et Ménoret, 2004, op. cit. 61-64). En prolongeant le travail de Hughes consacré à la socialisation des étudiants en médecine, l'auteur note la confrontation à des modèles de référence négatifs véhiculés sur les terrains de stage alors que les modèles de référence positifs seraient assurés par les enseignants, garants en quelque sorte de la rhétorique professionnelle. A notre sens, ce modèle mériterait d'être nuancé pour la formation des infirmiers.

Le fait que le stage soit noté prive les étudiants de leur liberté de parole. Ils ont l'impression de chercher à adopter le comportement qui « plaira », c'est-à-dire le moins polémique possible. Ce type d'expérience sociale avait été mis en évidence par Patrice Roy, dans l'article de Bernard Dropsy (1995, op. cit.) : « *la stagiaire doit répondre à un modèle assez précis [...] et doit cacher sa personnalité*

pour être soumise, aimable, toujours disponible, ni trop réservée, ni trop sûre d'elle... ». L'auteur poursuit en ajoutant que « l'élève doit s'adapter, obéir, se remettre en question, être critiqué, évalué, noté, alors que la réciproque existe rarement ».

Dans la même logique, Philippe Royer-Rastoll (1993, op. cit. 5-6) écrivait à propos des étudiants qu'ils occupaient « *la place de l'enfant "roublard" du couple désuni, lorsqu'ils sont en stage, ils développent un discours de dénigrement du centre de formation, inadapté aux problèmes du terrain, lieu de spéculation arbitraire, inutile et confortable ; quand ils rentrent à l'école, c'est le terrain qui déguste : rien que des "ploucs" incapables de parler de leur pratique autrement qu'en la justifiant et, qui plus est, "archi-nuls" pour former un stagiaire* ». Les alliances se font et se défont au gré de l'alternance, l'étudiant doit alors s'adapter quitte à adopter un discours disqualifiant envers les formateurs, qu'ils représentent l'institut de formation ou les unités de soins selon les besoins de la situation. Habileté ou stratégie relationnelle, une compétence qui semble nécessaire pour qui veut survivre entre les deux mondes (Woods, 1997)¹⁶⁹. Parmi les ressources dont il dispose, l'étudiant en soins infirmiers développe des stratégies afin d'orienter le cours de l'épreuve ce qui fera l'objet du prochain chapitre.

¹⁶⁹ Woods Peter., « Les stratégies de "survie" des enseignants », in Forquin Jean-Claude (présentation et choix de textes)., *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogie », Série « Portefeuille », Bruxelles, 1997.

CHAPITRE 6 : Des stratégies individuelles aux stratégies institutionnelles

Introduction

En situation d'interaction avec ses pairs, l'acteur dispose de moyens relationnels – qu'il peut plus ou moins activer – afin d'orienter le résultat de l'action en fonction des buts poursuivis¹⁷⁰. Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977), à la suite des recherches de Herbert Simon sur les organisations, avaient présenté combien, y compris dans les situations les plus contraignantes, l'individu peut développer des stratégies dont il peut tirer profit¹⁷¹. Souvent, ces stratégies ont pour but de tirer personnellement avantage de la situation et ce parfois, en décalage avec les buts fixés par l'organisation à laquelle le sujet appartient. Les facteurs pris en compte, les arguments avancés et récoltés auprès des acteurs en situation ont permis alors de faire évoluer le concept même de rationalité au sein d'une organisation. Ainsi a-t-on appris à mieux analyser ce qui pourrait en première lecture apparaître comme irrationnel à un observateur en distinguant notamment ce qui est rationnel pour une entreprise par exemple de ce qui l'est pour les acteurs qui la composent¹⁷².

¹⁷⁰ Dans le champ psychologique, la dimension manipulatoire inhérente à toute interaction humaine est bien montrée notamment par les travaux de Joule et Beauvois (voir Joule Robert-Vincent, Beauvois Jean-Leon., *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Vies sociales », 1987).

¹⁷¹ Crozier Michel, Friedberg Erhard., *L'acteur et le système*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n°248, Paris, 1977.

¹⁷² Pour une approche de l'évolution du concept de rationalité depuis les travaux de Herbert Simon – et sa critique du système taylorien en vigueur jusqu'alors – jusqu'aux prémisses de la sociologie des organisations, incarnée par Michel Crozier entre autres, on pourra se référer à Friedberg Erhard., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n°341, Paris, [1993], 1997.

Tout n'est certes pas stratégie dans les relations humaines comme Perrenoud (1987, op. cit.) le souligne en montrant les limites du « *paradigme stratégique* », notamment en ce qu'il risque de « *masquer la complexité des actions humaines* ». Car, en effet, il s'agit de « *montrer que l'insistance sur les stratégies des acteurs ne peut tenir lieu de théorie de l'action et du sujet. D'abord parce que l'être humain ne fonctionne pas toujours dans un registre stratégique : pris par l'urgence ou la routine, il est parfois " en deçà " de la stratégie ; au contraire, lorsqu'il construit la réalité, invente des possibles ou reconstruit des institutions et des espaces de jeu, il est au-delà de la stratégie* ». Ces nuances étant apportées, nous chercherons au cours de ce chapitre, dans quelle mesure la situation d'évaluation est un « jeu de stratèges », au sens d'une intentionnalité manifeste, c'est-à-dire au sens où les stagiaires cherchent à faire évoluer la situation à leur avantage ? Au cours de ce chapitre, nous aborderons également les stratégies que l'institution de formation met en place afin de minimiser la portée de celles que les étudiants cherchent à activer.

1 Les stratégies d'adaptation de l'étudiant

11 Apprendre à s'écarter des modèles

Introduit par Simon, le concept de rationalité limitée, peut éclairer notre compréhension des situations d'évaluation en formation. Cette « *sociologie de l'action organisée* » (Crozier, Friedberg, op. cit. 1977 ; Friedberg, op. cit. 1997) offre un cadre d'analyse possible, car elle intègre, dans tout comportement humain, des aspects stratégiques permettant de chercher à gagner ou à garder du pouvoir. Autrement dit, l'individu sait faire preuve d'opportunisme et ce, de manière intentionnelle en fonction des différentes contraintes mais aussi des enjeux de l'action qu'il est en train de vivre (Friedberg, 1997, op. cit. 62).

L'individu, selon l'école stratégique, face aux situations qu'il rencontre, choisit régulièrement la situation qui, finalement, correspond pour lui au « *seuil minimal de satisfaction* ». Tous les acteurs ne réagissent pas de manière complètement déterminée. Les circonstances amènent, à partir d'objectifs de départ plus ou moins clairs à tenter d'améliorer la situation initiale, donc également à élargir la marge de liberté. Par conséquent, nous devons avec

Friedberg (1997, op. cit. 63) « *relativiser le rôle des intentions et du calcul dans les comportements humains. Les individus n'ont que rarement des préférences ou des objectifs clairs. Ils n'ont surtout pas toujours le temps de calculer leur conduite en fonction de ces préférences. Ils sont amenés à parer au plus pressé, ce qui peut les obliger à reconsidérer les finalités de leur action en cours de route, à en inventer ou à en découvrir d'autres, à "rationaliser" leur action. Il est donc illusoire de considérer le comportement humain comme toujours réfléchi, c'est-à-dire médiatisé par un calcul à partir d'objectifs fixés au départ... ».*

Au total, les situations d'interactions humaines sont en général plus rationnelles et donc plus explicables qu'il n'y paraît parfois en première intention, ce qui ne signifie pas que les acteurs en présence aient intentionnellement envisagé l'ensemble de leurs conduites.

Les étudiants enquêtés n'échappent pas à ces logiques d'actions et à leurs incertitudes. De ce point de vue, les échanges quotidiens qu'ils vivent avec ceux qui sont censés les former peuvent être analysés sous cet angle.

L'apprentissage d'un métier dans le cadre d'une formation par alternance oblige les étudiants à développer une compétence particulière, celle qui leur permet d'apprécier dans quelle mesure ils doivent adhérer ou peuvent s'écarter des modèles professionnels qui leur sont offerts. Comme précédemment évoqué, les décalages entre les préconisations des formateurs de l'institut et la réalité des unités de soins sont inhérents au processus de formation par alternance. Chez les formateurs de l'institut comme chez les formateurs-soignants, plusieurs types de positionnement cohabitent. Le savoir transmis par les uns peut être validé par les autres, il peut tout aussi bien subir le plus grand désaveu. L'étudiant doit donc savoir, tout au long de sa formation, et en particulier pendant les stages, montrer à ses interlocuteurs une pratique conforme à ce qu'ils en attendent. La valeur de cette pratique évolue au fil du temps et des professionnels rencontrés tant il est difficile de cerner avec précision le niveau d'exigence attendu.

12 Anticiper les attentes des évaluateurs

Les étudiants apprennent à connaître les formateurs de l'institut qui viendront les évaluer sur le terrain de stage et cherchent ainsi à déterminer ce qui

sera apprécié comme une prestation de qualité dans ce contexte particulier. Ils apprennent également à connaître les formateurs-soignants qui les accueillent et les évaluent tout au long du stage. Entre eux, les étudiants échangent leurs « tuyaux » sur les évaluateurs, les expériences venant ainsi se capitaliser.

Les étudiants anticipent notamment la capacité du formateur à accepter les aléas d'une pratique en situation réelle en fonction par exemple, du discours tenu lors des travaux pratiques dans les locaux de l'institut de formation. Une étudiante (ESI 10) précise que « *en cours ou en salle de TP, on a l'occasion de voir les dadas des formateurs. Nous on a une formatrice qui n'arrêtait pas de nous dire de ne pas passer au dessus du plateau stérile alors en MSP [mise en situation professionnelle], vaut mieux s'en rappeler* ». Pour un autre étudiant (ESI 11) « *la formatrice qui faisait le module traumatolo, elle insistait lourdement sur le premier lever après PTH [prothèse totale de hanche]. Il y avait tout un cours rien que là-dessus, c'est vrai qu'il y en a beaucoup en chir [chirurgie] ortho mais nous on se disait : "si tu l'as, faudra bosser le premier lever après PTH"* ». Une autre étudiante (ESI 2) pense quant à elle que « *on se fait des films, si ça se trouve on se plante mais pas toujours, on se dit, si c'est celle-là, attention à l'hygiène, si c'est celui-là, ça devrait passer...* ». Ainsi, il s'agit pour les étudiants de parier sur les attentes de l'évaluateur en fonction de ce qui semble avoir été perçu comme ses principaux centres d'intérêt. Lors des cours, et plus précisément en salle de travaux pratiques, les étudiants jaugent leurs formateurs et tentent de déceler, au travers de leurs propos, les connaissances qu'ils devront particulièrement maîtriser.

De la même manière, en stage, certaines qualités sont davantage mises en valeur que d'autres comme une cadre (CAD SS 9) l'évoque. Ainsi « *que l'efficacité et la rapidité soient mieux cotées en chirurgie, ça ne m'étonne pas. Tu vois là, la rapidité, c'est bien coté aussi en médecine* ». Pour une infirmière (IDE SS 11), « *en chirurgie, l'important, c'est les pansements, à la limite, le reste, c'est bonus* ». Le secteur d'activité dans lequel l'étudiant effectue son stage est aussi l'occasion d'anticiper sur les attentes des formateurs-soignants que l'on est susceptible d'y rencontrer. Par exemple, un étudiant (ESI 16) fait remarquer que « *quand tu vas en médecine ou en chirurgie, il faut montrer que tu es occupé même si tu n'as rien à faire sinon on te le reproche, ça court dans tous les sens alors qu'en psychiatrie, ça*

ferait presque suspect (rires) ! C'est comme de s'arrêter parler avec les malades, il y a des endroits où l'on considère que tu n'es pas au boulot et d'autres où c'est l'inverse ». Chaque terrain de stage met en avant tel ou tel modèle professionnel et l'étudiant s'efforce à chaque fois de comprendre et d'adopter l'attitude adéquate.

Les salles de cours permettent l'accès à certaines informations mais une autre source possible d'information existe. Les autres stagiaires qui ont été évalué par tel ou tel formateur dans les semaines précédentes, ou qui connaissent tel ou tel terrain de stage, disposent de précieuses informations pour leurs pairs. Il s'agit par exemple d'essayer d'obtenir des renseignements sur les attentes éventuelles d'un jury et, à partir de là, d'évaluer les limites à ne pas franchir tout comme les éléments qui peuvent satisfaire ses attentes. À ce propos, une étudiante (ESI 2) fait remarquer que « *nous, dans notre promo, on avait repéré qu'avec Madeleine [la formatrice], il fallait faire gaffe à l'ergonomie, elle avait déjà fait plusieurs fois des reproches à d'autres étudiants qui travaillaient trop avec le dos et pas assez avec les jambes. Alors on répétait entre nous avant : "si tu as Madeleine, alors tu plies bien les jambes et tu remontes le dos bien droit" (rires)* ». Renseigné par d'autres étudiants qui semblent avoir identifié ce qui est important pour la formatrice Madeleine, les futurs candidats cherchent à adapter leur comportement à ce qu'ils espèrent être effectivement ses attentes¹⁷³.

Au cours d'une soirée de remise de diplômes, une étudiante que nous aurions du évaluer au cours de sa formation évoque cette épreuve : « *vous deviez venir me voir en MSP [mise en situation professionnelle] en psychiatrie en deuxième année et puis il y a eu un changement de dernière minute et puis finalement, c'est Nelly qui vous a remplacé. Ça m'a perturbé parce que je m'étais préparée en fonction de vous (rires), je m'étais renseignée auprès des collègues de promo qui m'avaient dit de bosser la schizophrénie, les neuroleptiques, etc. et puis paf, rien de tout ça avec Nelly (rires)* ». Le réseau est opérationnel dans chaque promotion

¹⁷³ Il peut même s'agir de forcer le trait de façon à attirer tout particulièrement l'attention de l'évaluateur sur un geste professionnel précis. Le paradigme de l'acrobate décrit par Goffman (1974, op. cit.) est ici à l'œuvre.

d'étudiants voire d'une promotion à une autre. Il permet d'évaluer les risques encourus.

En ce qui concerne les stages, le réseau de renseignements fonctionne tout autant. Un infirmier (IDE SS 8) évoque ces pratiques rencontrées lors de sa formation : « *dans ce service, il y avait une infirmière qui était très à cheval sur la technique. Moi, je posais les perfs [perfusions] tout seul depuis le début du stage, l'autre infirmière était d'accord. Et puis, l'autre est rentrée de vacances. Elle m'a pisté pendant trois jours, elle reprenait tout ce que je faisais... vraiment la chieuse... Mais à la fin, totale maîtrise ! (rires) Après j'avais prévenu les prochains stagiaires qu'ils avaient intérêt à assurer les perfs là-bas et que sinon, l'autre infirmière était plus cool* ». Sur certains terrains de stage, les infirmières « cool » ou exigeantes sont repérées. Provoquer leur rencontre ou les éviter fait partie des stratégies ordinaires des étudiants en stage.

Ce processus relève parfois de la stratégie au sens d'une activité mentale consciente. Il relève tout autant de l'activité sociale quotidienne des étudiants qui échangent leurs impressions, conseils et autres attentes fantasmées concernant ceux qui sont censés les former et, bien évidemment, les évaluer ce que Perrenoud (2001b, op. cit.) pourrait résumer de la manière suivante : « *Cela tient en partie au métier d'étudiant, qui privilégie la réussite à la formation* »¹⁷⁴. Yvan Abernot (1996, op. cit. 8), quant à lui, souligne de la même manière qu'au cours de nos diverses expériences scolaires, « *nous avons tous fait des pronostics sur les questions les plus probables d'un examen et nous avons tous connu la tentation des "impasses"; sans parler des statistiques sur les années précédentes ou les habitudes de tel enseignant* ». Au final, le souci d'efficacité en situation d'examen est premier, il amène les candidats à orienter leur travail dans la direction qui sera la plus efficiente.

¹⁷⁴ Sous un angle psychanalytique, ce mécanisme où les étudiants cherchent à accéder aux intentions de l'autre est évoqué par René Kaës (1997, p. 37) qui suggère en référence au mécanisme kleinien de l'identification projective que « *les sujets en formation [...] cherchent à pénétrer dans l'enceinte des formateurs* ». Voir Kaës René, Anzieu Didier, Thomas Louis-Vincent., *Fantasme et Formation*, Editions Dunod, Paris, 1997.

13 Une traduction incessante entre les deux espaces de formation

Du point de vue des stagiaires, les exigences de l'institut de formation sont difficilement compatibles avec la « réalité » des services de soins. Les moyens disponibles et les situations cliniques rencontrées ne sont que rarement assimilables aux séquences didactiques qui les ont en général précédées¹⁷⁵. Comment réussir malgré tout à aménager les choses de telle sorte que l'activité de soins réalisée soit jugée satisfaisante par le jury lors de la situation d'examen ?

Les étudiants font cohabiter deux types de pratiques :

- les premières visent à s'adapter au mieux au terrain de stage,
- les secondes doivent permettre de faire face aux épreuves pratiques (mise en situation professionnelle).

Les activités des stagiaires liées à l'hygiène des personnes soignées en fournissent un exemple caractéristique. Une de nos interlocutrices, infirmière nouvellement diplômée (IDE SS 1), rapporte que : *« par rapport aux techniques qui nous sont apprises à l'école et comment on peut travailler dans les services, on nous demande par exemple de désinfecter tout le matériel avant la toilette, c'est des choses qu'on ne peut pas mettre en pratique a priori sur le terrain, on manque de temps »*.

Plus loin dans l'entretien, elle précise la manière dont elle s'organise afin de pouvoir faire face aux logiques parfois contradictoires : celle du service (logique productive) et celle de l'institut de formation (logique pédagogique). Le rapport au temps est notamment vécu comme différent : *« je fais un peu à ma sauce, c'est-à-dire que si en stage on me demandait de prendre telle et telle personne en charge, je vais essayer de faire plus ou moins en technique pour pas*

¹⁷⁵ Ce qui renvoie également au « décalage entre l'organisation du travail qui est prescrite et l'organisation du travail réelle, avec ses accommodements, ses arrangements, son bricolage, ses ficelles, etc. » que Patrick Champagne évoque dans la préface de l'ouvrage de Christophe Dejourné dont il retrace l'évolution des travaux (2003, p. 5). Voir Dejourné Christophe., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, INRA Editions, Collection « Sciences en questions », Paris, 2003.

perdre la main ou si j'avais une évaluation mais si on me demandait de faire 5 toilettes dans la matinée, c'est sûr que je ne vais pas plier les couvertures en 6 ou désinfecter la chaise pour poser les draps et désinfecter les barrières avant de faire la toilette parce que techniquement, il faut ¾ d'heure pour faire une toilette au lit et que sur le terrain, on ne peut pas consacrer ¾ d'heure à une personne pour les soins d'hygiène ». Les préconisations données par l'institut de formation n'apparaissent pas réalistes au regard des réalités des unités de soins, elles subissent donc des aménagements au quotidien.

Toutefois, les étudiants ne perdent pas de vue qu'ils doivent en situation d'évaluation, effectuer une prestation en conformité avec ce qu'ils pensent être les attentes des formateurs de l'institut. C'est pourquoi la plupart d'entre eux associent au quotidien des pratiques adaptées au service qui les accueille (ou tout au moins considérées comme telles) et des pratiques destinées à préparer l'épreuve. Au total, pour de nombreux étudiants enquêtés, *« c'est une pièce de théâtre que l'on joue le jour où l'on est évalué », « la MSP [mise en situation professionnelle], c'est une mise en scène pour les formateurs* ». La dimension stratégique s'avère manifeste lors des épreuves pratiques, elle semble même faire partie pour les étudiants des compétences à développer. L'étudiant en stage cherche donc à apprécier dans quelle mesure il peut s'éloigner des pratiques préconisées au sein de l'institut de formation. Ce type d'analyse a été développé par Philippe Perrenoud (1996, pp. 20-21) qui insistait sur le fait que *« l'école est ainsi faite que seuls peuvent y survivre les élèves qui ne prennent pas toutes ses exigences au sérieux... C'est tout un art d'identifier jusqu'où aller trop loin, dans la légèreté, le bachotage, la fraude, ou encore de sauver les apparences en jouant sur la présentation, l'aisance, la relation... Pourquoi certains élèves adhèrent-ils à la norme sans aucune distance, alors que d'autres naviguent au plus près... »*¹⁷⁶.

Parmi l'ensemble des activités relevant de la profession infirmière, les étudiants opèrent une traduction différente selon la nature de l'acte à délivrer. Une étudiante (ESI 1) déclare par exemple *« qu'il y a des soins où on est davantage*

¹⁷⁶ Perrenoud Philippe., *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Editions ESF, Collection « Pédagogies », Paris, 1996.

obligé de respecter, par exemple si on pose une seringue électrique, bon ben c'est sûr que là, il y a tout un protocole, je dirais que là on peut pas trop diverger, c'est pas là où on trouve le plus de divergences sur des choses très pointues où à quelques différences près, tout le monde fait pareil ». Les soins relevant de l'asepsie (prélèvement sanguin, pansement, etc.) ne subissent pas en général la même distorsion en passant de l'institut de formation vers les unités de soins et ce pour deux raisons majeures :

- les étudiants savent que le défaut d'asepsie constitue le principal motif de note éliminatoire lors des épreuves pratiques¹⁷⁷.
- le risque encouru par les malades leur semble supérieur à celui qui pourrait exister lors des soins d'hygiène.

Cela ne veut pas signifier que les étudiants cherchent la conformité avec les recommandations de l'institut de formation, ils ont simplement le sentiment de moins s'en éloigner que lors des soins d'hygiène. Une évaluation des risques en fonction des actes effectués permet au stagiaire de situer l'écart possible – et acceptable – entre les deux espaces/temps de la formation.

14 L'étudiant et les sources possibles d'incertitude

Dans les organisations, Crozier et Friedberg (1977, op. cit. 83) relèvent quatre zones d'incertitude ce qui veut dire quatre zones possibles de pouvoir :

- celles découlant de la maîtrise d'une compétence particulière (expertise),
- celles qui découlent de l'existence de règles organisationnelles générales,
- celles qui sont liées aux relations entre une organisation et son environnement,

¹⁷⁷ En lisant les commentaires des jurys qui ont eu l'occasion de donner des notes éliminatoires, on constate effectivement que les défauts de sécurité envers le patient (qui, par conséquent le mettent potentiellement en danger) constituent le principal motif avancé. Parmi ces défauts de sécurité, le non-respect des règles d'asepsie est classiquement évoqué.

- celles qui naissent de la maîtrise de la communication et de l'information.

Deux d'entre elles sont particulièrement pertinentes pour l'étude du contexte des pratiques d'évaluation des stagiaires.

Tout d'abord, la maîtrise des relations avec l'environnement, par exemple l'institut de formation (garant du projet pédagogique), place l'étudiant dans une position qui, en fonction des intérêts qui l'animent, lui permet de « gérer » le niveau d'exigence de celui-ci. Ensuite, et cette dimension est bien entendu complémentaire, la maîtrise des flux d'informations (organisation et objectifs des stages, contenus et pré-requis au stage abordés ou non en cours, consignes diverses, etc.) participe de cet autre apprentissage, celui du « *métier d'étudiant* » (Coulon, 1997¹⁷⁸, Perrenoud, 1996, op. cit.). Pour être plus précis, l'étudiant, de manière plus ou moins consciente, organise les informations qu'il donne sur les terrains de stage à son avantage. En référence à Erving Goffman (1973, op. cit.), « *la présentation de soi* » diffère selon le public avec lequel l'individu doit collaborer. Il profite ainsi pleinement de sa marge de liberté et ce, dans un contexte de clivage parfois entre les deux espaces de formation (Bachelard, 1994, op. cit. 52 ; Fabre, 1994, op. cit. 89-90).

Plusieurs entretiens vont dans ce sens. Un cadre (CAD SS 6) fait remarquer que « *comme je dis aux infirmières, les étudiants, faut arrêter de les prendre pour des oies blanches, ils nous truandent des fois. Si tu les écoutes, à l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers], ils n'ont pas fait ceci, ils ont pas fait cela. Tiens, je prends un exemple, le carnet de stage*¹⁷⁹. *Il a fallu que j'aie en réunion à l'IFSI pour savoir qu'ils étaient censés nous le montrer en arrivant en stage. En fait [ils ne le font pas], ça les arrange, comme ça, on sait pas trop où ils en sont* ». Un certain nombre d'informations circule entre l'institut de formation et le terrain de stage. Le stagiaire en transmet certaines et parfois en oublie d'autres.

¹⁷⁸ Coulon Alain., *Le métier d'étudiant : l'entrée dans la vie universitaire*, PUF, Paris, 1997.

¹⁷⁹ Dans le cas présent, il s'agit d'un outil méthodologique qui fait état des enseignements reçus par le stagiaire ainsi que la liste des actes professionnels à faire valider en stage par les formateurs-soignants.

Précisons en effet avec Marie-Laure Chaix (1996), que les dispositifs d'alternance nourrissent également ces zones d'incertitude et, par voie de conséquence, une inévitable ambivalence chez les étudiants. Dans son article, l'auteur souligne que la pluralité des références et la cohérence ou non du dispositif que propose l'alternance en entreprises peut favoriser l'affirmation identitaire de l'apprenant. A l'inverse, elle provoque chez d'autres l'indécision face à cette variété de modèles possibles¹⁸⁰.

Cette ambivalence est renforcée par la position de *go-between* (ou encore de marginal sécant (Crozier, Friedberg, 1977, op. cit. 86)) des étudiants, c'est-à-dire à l'image des élèves que Perrenoud (1996, op. cit. 97) décrit : « *Pourquoi le nommer go-between ? ... l'enfant va et vient entre deux mondes. De l'un à l'autre, il fait passer tout ce qu'un être humain peut capter, filtrer, restituer en vertu de son équation personnelle, mais aussi de ses stratégies* ». Marie-Laure Chaix (1993, op. cit. 11-12), sur ce même sujet, précise que l'on « *a affaire à deux temps et deux lieux de formation, à deux formes du savoir, la « théorie » et la « pratique », et à deux types de représentants du savoir, l'enseignant et le maître de stage dénommé aussi quelquefois « tuteur* ». *Le seul qui ait l'expérience de l'un et l'autre lieu, de l'un et l'autre temps, de l'une et l'autre forme de savoir, de l'un et l'autre représentant du savoir, c'est l'élève-stagiaire* ». Au total, comme le précise François Baluteau (1993, p. 124) « *les jeunes jouent avec plus ou moins de compétence leur métier d'élève pour tirer profit des situations d'évaluation* »¹⁸¹.

Un formateur d'institut (CAD IFSI 9) fait état de la situation suivante qui illustre l'activation de ces sources de pouvoir par l'étudiant : « *c'était un jour de diplôme d'Etat et je faisais passer une candidate à l'hôpital de T et il y avait un service qui accueillait beaucoup d'amputés. C'était même pratiquement l'essentiel des malades parce qu'ils les appareillaient [mise en place de prothèses] aussi. J'arrive pour l'épreuve et la candidate me présente sa planification pour la matinée.*

¹⁸⁰ Chaix Marie-Laure., « L'alternance enseignement-travail comme lieu d'observation privilégié des processus de construction identitaire », *Education permanente* n°128, 1996.

¹⁸¹ Baluteau François., *Le conseil de classe : « Peut mieux faire ! »*, INRP, Hachette Education, Collection « Pédagogies pour demain », Paris, 1993.

La surveillante avait du s'absenter. Et là, surprise ! Pas un pansement dans la planif [planification], que des soins d'hygiène ! Dans un tel service, je ne comprenais pas. Et l'étudiante m'explique que le chirurgien voit tous les pansements le mardi et comme nous sommes mercredi, il n'y a pas de pansements à refaire. Alors, je lui dis qu'elle aurait pu nous informer avant de la particularité de ce service parce que les conditions ne me semblaient pas réunies pour le passage du diplôme d'Etat. Alors elle me répond que les infirmières lui avaient dit que le jury prenait les soins tels qu'ils étaient dans le service. Et là, voilà la surveillante de retour à qui je pose le problème. Elle me dit à son tour que faire des MSP [mise en situation professionnelle] chez eux le mercredi était effectivement une mauvaise idée mais que finalement ce n'était pas un gros problème puisqu'il y avait toujours des pansements souillés sur le nombre. Là-dessus, voilà la surveillante repartie dans le service mener son enquête. Dix minutes après, on apprenait que certains pansements souillés étaient effectivement à refaire. Alors là, j'ai dit à la candidate que j'avais le sentiment qu'elle avait essayé de me rouler, elle a pas apprécié. Et comme par hasard, quand tu la vois après faire un pansement de moignon, tu comprends que ce n'était pas sa tasse de thé, si elle avait pu éviter ! ». Dans ce cas, l'étudiante possède des informations sur le service que le formateur de l'institut n'a pas. Seule la surveillante [formateur-soignant] peut mettre à jour ces informations. A l'évidence, ce que dit l'étudiante est juste mais en éludant une partie de l'activité du service, elle peut espérer tirer des bénéfices de la situation.

Ce schéma est rendu possible par l'idée généralement répandue que le formateur, représentant l'institut de formation porte l'essentiel de la décision lors des situations d'évaluation tandis que le formateur-soignant en position de co-jury est davantage vécu comme un éventuel modérateur, voire un avocat, garant des réalités quotidiennes du service. Une infirmière (IDE SS 7), participant régulièrement à des jurys d'épreuves pratiques, note par exemple que : « le formateur est plus détenteur de la notation, c'est pas toujours vrai mais peut-être que le co-jury va être plus souple parce qu'il va être sur le terrain, il voit comment ça se passe, il y a une espèce d'affinité, il va rattraper le coup, c'est plus une dominance qu'un co-jury vrai ». La gestion des écarts vis-à-vis des « bonnes » pratiques par les étudiants s'appuie donc sur ce type de représentations qui détermine en partie l'ampleur du dispositif stratégique.

15 Une mise en scène à destination du formateur de l'institut

Concrètement, la mise en scène lors de l'épreuve pratique peut être personnalisée en fonction du formateur de l'institut qui se déplace. Une étudiante (ESI 1) explique : « *on va à la pêche aux infos dans un premier temps pour savoir un peu sur quoi le formateur va nous faire chier, excusez le langage mais c'est ça, sur quoi il va titiller, c'est plus poli, parce qu'il y a certains formateurs, il y a des questions qui vont être redondantes, on a toujours quelque chose en tête selon la personne qui vient nous évaluer* ». Au sein des promotions, comme nous l'avons évoqué plus haut, un réseau plus ou moins formel existe qui cherche à cerner le profil des formateurs et leurs types d'attentes et d'exigences. Ce travail, éminemment social, fait partie des « *perspectives* » (Becker, Geer, Hughes, 1968) dont les étudiants disposent avant tout examen¹⁸².

Certains instituts de formation, ayant repéré ce type de stratégies, préfèrent ne pas donner le nom du jury avant l'épreuve. De la même manière, beaucoup préconisent désormais que l'infirmier devant participer au jury ne fasse pas fait partie de ceux qui ont directement encadré le stagiaire. On peut alors parler de stratégies institutionnelles visant à contrer les stratégies individuelles et collectives des étudiants. Nous reviendrons plus loin sur cette dimension stratégique développée par l'institut de formation.

Lorsque les étudiants cherchent à anticiper sur les attentes du formateur de l'institut, deux niveaux sont à distinguer. Ils portent sur la personnalité supposée de l'évaluateur mais également sur son expertise soignante.

A un premier niveau, les étudiants mettent en avant ce qu'ils croient avoir perçu de la personnalité du formateur de l'institut en tant qu'évaluateur. Par exemple, untel est « *cool* », « *sympa* », « *il ne met jamais de mauvaises notes* »

¹⁸² Becker Howard S, Geer Blanche, Hughes Everett C., *Making the Grade, the Academic Side of College Life*, Wiley, New York, 1968. En outre, comme dans tout cadre scolaire d'ailleurs, « *savoir ce qu'on va mettre dans sa copie suppose au préalable un diagnostic sur le type d'homme ou de femme qu'est l'enseignant correcteur* ». Voir Rayou Patrick., « "Combien t'as eu ?" Les lycéens à l'épreuve de la dissertation de philosophie », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999.

pendant que tel autre, au contraire, est « *une peau de vache* ». Ce type de représentations, éminemment classique, semble inhérent à toute situation d'évaluation et ce, quel que soit le public concerné. Des interprétations plus ou moins fantasmées sur l'état d'esprit de l'évaluateur sont même parfois répandues. Une étudiante (ESI 12) évoque la situation suivante : « *nous, on avait une formatrice qui avait raté ses concours pour entrer à l'école des cadres, on la trouvait agressive, con quoi ! Elle dégomrait tous ceux de notre promo, tout le monde avait la trouille avec elle...* ».

Ainsi, les étudiants anticipent sur ce que sera leur épreuve, notamment sur les chances de réussite, en fonction d'aspects de personnalité prêtés aux évaluateurs mais également au vu de ce qu'ils perçoivent de l'état d'esprit du moment. Un autre exemple va dans ce sens et est rapporté par un formateur (CAD IFSI 9) : « *on était en sous-effectif et c'est vrai qu'on ne s'en cachait pas auprès des étudiants. L'ambiance était un peu tendue entre la directrice et nous [les formateurs]. Ils [les étudiants] nous ont demandé si ça allait avoir des répercussions sur les évals [évaluations] parce qu'ils nous trouvaient moins disponibles depuis quelque temps* ».

Un second niveau, celui de l'expertise soignante, vient interagir avec le premier. Ainsi, être évalué en service de cardiologie par le formateur référent du module cardiologie – qui, souvent, a exercé dans ce type d'unités – suppose en général un niveau de maîtrise à atteindre supérieur à celui qui devra être montré en présence du jury à l'expérience essentiellement psychiatrique par exemple. Et ce d'autant que le jury « expert » sait parfaitement quels sont les éléments de connaissance abordés lors des divers enseignements. *A contrario*, le jury « non expert » dispose de moindres connaissances en la matière. La zone d'incertitude (relative ici à la nature des contenus supposés maîtrisés par les candidats) s'avère par conséquent plus ou moins réduite dans ce type de situation ce que les étudiants ont en général bien identifié. Un étudiant (ESI 8) explique : « *nous, on savait que la formatrice qui était référente du module traumatologie avait été infirmière en chirurgie avant l'IFSI, elle était infernale sur l'asepsie alors que quand tu étais évalué par, je sais pas moi, celui qui s'occupait de la psy, il était moins chiant...* ».

Une formatrice de l'institut (CAD IFSI 1), avec laquelle nous évoquons ses pratiques professionnelles et, en particulier ses pratiques d'évaluation, nous a fait

état d'une conversation avec une étudiante. L'étudiante avait remarqué qu'elle attribuait des notes plus faibles que d'autres formateurs. Face à l'interpellation de cette étudiante, elle se demandait si *« ce qui se pose, c'est : est-ce que c'était évalué par moi ou bien évalué dans le lieu où j'évalue car chaque formateur évalue plus dans un secteur, moi par exemple, j'évalue dans un secteur extrêmement difficile qui sont les urgences, moi ça m'a interpellée, je me suis dit, est-ce que c'est moi en tant qu'individu ou moi par rapport à un service spécifique et après je me suis rendue compte que dans d'autres services, les notes étaient supérieures [...] Depuis, aux urgences, j'essaie de faire attention à ça mais malgré ça, j'arrive pas à décoller de certaines notes, je pense que je reste avec des exigences qui sont très très importantes »*.

Ainsi, le fait d'être évalué par *certains* formateurs dans *certains* services oriente pour partie l'activité des étudiants y compris dans le choix des connaissances théoriques à travailler. Parmi les exemples rapportés par les stagiaires, tel formateur qui pose systématiquement des questions sur les constantes biologiques, tel autre sur les effets secondaires des antibiotiques, tel autre encore sur les complications du décubitus, etc. Cette anticipation sur les attentes – réelles ou supposées – des jurys participe à l'évidence de ce travail d'adaptation, de gestion des contradictions entre les deux espaces de formation, elle semble même faire partie des compétences étudiantes nécessaires en formation par alternance. En ce sens, nous pourrions effectivement rejoindre Philippe Perrenoud (1996, op. cit. 175) qui, dans sa référence aux travaux d'Alain Coulon (1997, op. cit. 2) parle de l'affiliation réussie des étudiants notamment grâce à *« une maîtrise relative, qui se manifeste notamment par la capacité d'interprétation, voire de transgression, vis-à-vis des règles »*.

Autrement dit, les candidats cherchent à mieux connaître ceux qui vont les évaluer et s'organisent individuellement et collectivement afin d'affiner leur jugement de manière à apprécier dans quelle mesure ils doivent ou ils peuvent s'éloigner de la pratique telle qu'elle est préconisée au sein de l'institut de formation. Lors des épreuves pratiques, les jurys étant généralement connus à l'avance, le temps disponible permet ce type d'anticipation et de calculs, la dimension intentionnelle de l'action est ici manifeste.

Face à l'organisation des épreuves et notamment la mise en situation professionnelle, les instituts de formation laissent plus ou moins de place aux étudiants pour en discuter les diverses modalités. Quoiqu'il en soit, les étudiants utilisent plus ou moins leur marge de liberté avec en filigrane, une préoccupation que l'on peut résumer par : comment peut-on influencer le cours de l'épreuve ?

16 Le choix du contexte de l'épreuve

En lien avec des modalités particulières d'organisation des épreuves, les étudiants peuvent de manière plus ou moins délibérée tenter d'en influencer le cours. Il s'agit pour eux de choisir en quelque sorte les conditions dans lesquelles ils subiront telle ou telle épreuve. L'ensemble est étayé par l'idée selon laquelle les situations d'évaluation ne présentent pas toutes le même niveau de difficulté.

Les étudiants mobilisent alors des références objectives. L'exemple le plus caractéristique pourrait être résumé par : « *les notes sont meilleures en service de psychiatrie* ». Effectivement, nous avons montré concernant l'évaluation en stage (Joutard, 2001, op. cit.) combien les notes accordées aux stagiaires par les équipes soignantes y étaient en moyenne plus élevées que dans les services de médecine ou de chirurgie. Cet état de fait est assez bien repéré par les équipes pédagogiques au sein des instituts de formation comme l'exprime par exemple cette formatrice (CAD IFSI 10) : « *on a l'impression en psychiatrie que les infirmiers protègent davantage les étudiants comme si de toutes façons, ils ne pouvaient jamais être mauvais ou que personne ne veut prendre ses responsabilités, je sais pas finalement mais c'est sûr* ». Une autre formatrice (CAD IFSI 13) va dans le même sens : « *au dernier DE [lors des derniers résultats des épreuves du diplôme d'Etat], on a regardé et une fois de plus, pas un étudiant éliminé en psychiatrie, c'est tout le temps comme ça* ». Donc, certains secteurs d'activité voire certains terrains de stage sont repérés par les étudiants, et parfois à juste titre, comme proposant de

meilleures chances de réussite que d'autres. Par exemple, et comme les enquêtées le soulignent, le secteur psychiatrique est l'un de ceux-là¹⁸³.

Ils mobilisent également des références personnelles en lien avec l'auto-évaluation de leurs performances passées voire avec leur projets à plus ou moins long terme. Plusieurs exemples vont dans ce sens. Une étudiante sollicite son formateur référent à l'institut (CAD IFSI 9) et lui fait la remarque suivante : « *je sais pas où je serai évaluée cette année mais j'aimerais bien que ce ne soit pas encore en gériatrie, ça fait déjà deux fois alors qu'en pédiatrie, je n'ai pas été vue alors que c'est mon projet professionnel* ». Pour un autre étudiant (ESI 13), « *moi, j'aime bien travailler avec les personnes âgées et on m'évalue en chirurgie alors la plante quoi, j'y travaillerai jamais en chirurgie* ». Enfin, cette étudiante (ESI 9) qui se demande « *pourquoi on évalue en médecine et chirurgie ceux qui veulent faire de la psychiatrie ? Ça ressemble à rien, ils vont faire des soins qui ne leur serviront jamais* ». Les étudiants vont ainsi identifier ce que sont leurs points forts et points faibles par rapport à leur projet infirmier. Ces éléments participent à alimenter les débats avec l'institut sur le choix du contexte de l'épreuve autrement dit le terrain de stage où se déroulera la mise en situation professionnelle.

Les étudiants se représentent donc un niveau de difficulté en fonction d'une connaissance empirique des différents services susceptibles de les accueillir mais également en fonction de ce qu'ils imaginent être leurs points forts ou non. À partir de ces constats, ils peuvent tenter des négociations avec l'institut mais le plus souvent, de manière plus indirecte voire insidieuse, ils peuvent envoyer des messages aux formateurs chargés de programmer les mises en situation professionnelles. Ces derniers peuvent alors choisir ou pas d'en tenir compte.

A priori, la plupart des instituts de formation ne permettent pas aux étudiants de choisir le terrain de stage où se déroulera la mise en situation professionnelle. Certains font toutefois exception.

¹⁸³ Comme nous le faisons remarquer au cours du chapitre 2, les personnels exerçant en secteur psychiatrique ont des repères identitaires historiquement différents vis-à-vis de ceux exerçant dans les autres secteurs.

La logique la plus répandue fait référence aux objectifs du programme de formation, c'est-à-dire la formation d'un infirmier polyvalent à même de répondre aux besoins de santé des usagers et ce, quel que soit le lieu de soins. Cette première logique implique un étudiant capable d'un niveau de performance suffisant quel que soit le contexte de l'épreuve. Une seconde logique, corrélative de la première et en général implicite, repose sur l'idée que si l'étudiant choisissait les lieux d'évaluation, il préférerait :

- les services où, *a priori*, il se sent bien, renonçant de fait aux services qui pourraient le mettre en difficulté,
- les services « à bonne réputation », autrement dit les services qui semblent protéger les étudiants et qui sont connus pour attribuer les meilleures notes.

Si certains instituts de formation ne laissent pas la liberté de choix aux stagiaires, d'autres sont animés par une toute autre logique et permettent aux étudiants de choisir tout ou partie des lieux dans lesquels ils vont être évalués. L'argumentation relève alors d'un autre registre.

En premier lieu, la polyvalence est considérée comme une illusion et par conséquent, on admet que le stagiaire puisse être performant dans un champ particulier et moins dans un autre. À l'extrême, une performance non satisfaisante dans une discipline serait compensée par une performance très satisfaisante ailleurs, l'essentiel étant que ces limites soient intégrées dans le projet professionnel du candidat. Ainsi, l'étudiant aura identifié et intériorisé le fait qu'il serait plus « raisonnable » de ne pas postuler en tant qu'infirmier dans tel ou tel type de service au regard des compétences telles qu'elles ont été repérées en formation.

Une seconde logique vient également appuyer la première. Elle repose sur un autre aspect du programme officiel qui insiste sur le fait de mettre en oeuvre un dispositif de formation qui développe la responsabilisation des étudiants (cf.

chapitre 4)¹⁸⁴. Certains instituts optent alors pour une organisation où les étudiants choisissent les lieux donc les contextes dans lesquels se déroulera l'épreuve. L'autonomie s'apparente dans le cas présent à l'absence de contraintes institutionnelles.

Par conséquent, deux logiques s'opposent. L'une est davantage centrée vers un objectif de polyvalence des formés et l'autre vers le projet individuel et professionnel de l'étudiant. L'une se méfie des stratégies d'évitement de la difficulté que les candidats pourraient mettre en oeuvre, l'autre prône la liberté de choix des terrains d'évaluation au nom du principe d'autonomie. Le contexte même dans lequel l'épreuve se déroule s'avère donc particulièrement différent selon la logique en œuvre dans chaque institut de formation.

Comme la sociologie du curriculum l'a montré (De Queiroz, [1995], 2005)¹⁸⁵, on assiste à une variété de déclinaisons possibles au sein des instituts de formation à partir d'un programme pourtant identique et national. Ces déclinaisons sont à regarder comme une construction sociale élaborée à partir des logiques pédagogiques qui les sous-tendent. La question de l'autonomie accordée à l'étudiant semble constituer une des dimensions de la justification du dispositif d'évaluation. Car en effet, selon les dispositions stratégiques que l'on accorde aux formés, c'est-à-dire leurs capacités à interpréter voire à contourner les règles institutionnelles, le dispositif prévoit plus ou moins de liberté dans les conditions mêmes du choix des épreuves. À ce titre, on peut parler d'un effet établissement puisque les choix effectués localement relèvent parfois de logiques antagonistes. Les étudiants peuvent ainsi bénéficier d'un espace de négociation avec l'institution autour des lieux où se dérouleront les épreuves pratiques, cette négociation se prolonge jusqu'aux épreuves terminales du diplôme d'Etat.

¹⁸⁴ Ce qui est parfois traduit dans les projets pédagogiques des instituts de formation par « permettre à l'étudiant d'être acteur de sa formation ».

¹⁸⁵ Queiroz (de) Jean-Manuel., *L'école et ses sociologies*, Editions Armand Colin (Nathan, 1995), Collection 128, Paris, 2005.

17 La mise en situation professionnelle du diplôme d'Etat

Les étudiants qui, au cours de leur formation, ont validé l'ensemble des épreuves théoriques et pratiques, peuvent être présentés à l'examen conduisant au diplôme d'Etat. Cet examen repose sur deux nouvelles épreuves :

- une épreuve écrite qui consiste en « *un travail de fin d'études, écrit et personnel, de quinze à vingt pages sur un thème d'intérêt professionnel [...]. Ce travail est présenté et soutenu devant un jury de deux personnes...* »¹⁸⁶.
- « *la mise en situation professionnelle [...] consiste en une prise en charge d'un groupe de deux à dix malades suivant la nature du service et des soins. La durée de cette épreuve, comprise entre deux et quatre heures, varie en fonction du nombre de personnes soignées prises en charge* »¹⁸⁷.

Ces deux épreuves sont notées sur 60 points chacune et pour être reçus, les candidats doivent obtenir un total de points au moins égal à 60/120.

La mise en situation professionnelle pour l'obtention du diplôme d'Etat condense les logiques décrites précédemment car la charge émotionnelle qui s'y rattache en lien avec les enjeux de l'épreuve (obtenir le diplôme) est particulièrement aiguë. En terme d'organisation, les instituts de formation déterminent les terrains de stage – et par conséquent les équipes – pouvant accueillir les ultimes épreuves pratiques. Ce choix s'avère symboliquement chargé car il est révélateur à la fois de la considération que l'institut porte aux services de soins partenaires (vous êtes « dignes » d'accueillir un étudiant pour son diplôme d'Etat) et à la fois de la prise en compte ou non des vœux, voire du choix du candidat.

¹⁸⁶ Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, article 13.

¹⁸⁷ Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, article 14.

Ainsi, certains instituts proposent aux candidats de choisir le type de service dans lequel ils souhaitent passer l'épreuve pratique du diplôme d'Etat (par l'intermédiaire de vœux le plus souvent) pendant que d'autres au contraire imposent le lieu de l'épreuve. Une nouvelle fois, les logiques et stratégies institutionnelles s'opposent ou prolongent les logiques et stratégies étudiantes.

Lorsqu'il s'agit de déterminer puis de valider les terrains de stage autorisés à être site d'accueil du diplôme d'Etat, les équipes pédagogiques semblent guidés par deux logiques qui se révèlent souvent antagonistes.

En premier lieu, les formateurs d'institut qui considèrent que l'ensemble des terrains de stage habituellement partenaires, c'est-à-dire qui reçoivent des stagiaires tout au long de l'année, sont potentiellement susceptibles d'être lieu d'examen pourvu qu'ils remplissent les conditions réglementaires spécifiques du diplôme d'Etat.

En second lieu, pour d'autres formateurs, il existe des « bons » et des « moins bons » services face à ce type d'échéance, autrement dit des services qui permettent plus ou moins de vérifier les compétences du candidat. Sur quel type de représentations peuvent être étayées ces différentes logiques qui cohabitent au sein d'un institut de formation ?

L'histoire de la profession et de la formation (cf. chapitre 2) s'avère particulièrement pertinente afin d'en repérer les principaux présupposés. Historiquement, le métier d'infirmier ou d'infirmière se construit, nous l'avons vu, sur un clivage corps/esprit avec lequel le programme de 1992 cherche à rompre. Pour autant, les formateurs en activité représentent divers secteurs d'activité, diverses périodes du métier, divers programmes par lesquels ils ont été eux-mêmes formés. Ainsi, certains estiment que la dimension technique du métier est prioritaire, d'autres pensent, au contraire que l'essentiel repose sur une disponibilité relationnelle permettant d'accompagner la personne soignée. Bref, et même si ces deux postures paraissent extrêmes, elles reflètent en partie la manière dont est vécu l'exercice professionnel. Sous cet angle, les terrains de stage qui n'offrent pas beaucoup de possibilités d'apprécier « l'aisance technique » d'un candidat peuvent être jugés moins pertinents que ceux qui le permettent aux yeux des formateurs pour qui l'aspect technique du métier est

capital. *A contrario*, pour d'autres formateurs, partout où des infirmiers exercent, des étudiants peuvent être accueillis et par conséquent évalués.

Un autre élément vient alimenter la remarque précédente, il repose sur l'image sociale liée à l'activité. Etre infirmier en psychiatrie ou en gériatrie ne relève pas de la même notoriété que d'exercer en réanimation ou aux urgences. Certains secteurs sont présentés, et généralement médiatisés, comme étant plus nobles ou gratifiants que d'autres. Le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique par exemple, n'était pas un diplôme d'Etat ce qui avait pour conséquence immédiate de réduire le champ d'exercice de ceux qui en étaient titulaires (cf. chapitre 2). Face à la segmentation ancienne du groupe professionnel (Bucher et Strauss ([1961], 1992, op. cit.), certains services correspondant à certains secteurs d'activité ne sont pas toujours présentés par les formateurs comme des sites de qualité pour les épreuves du diplôme d'Etat. Pour être plus explicite, nul ne mettrait en doute la pertinence d'une épreuve pratique dans un service de soins intensifs, de médecine ou de chirurgie alors que dans le même temps, certains services de psychiatrie ou l'exercice en milieu scolaire peuvent apparaître comme l'occasion de délivrer des « sous-diplômes ».

Ainsi, lors de réunions d'harmonisation des épreuves, on peut assister à des controverses sur cette question. L'interaction suivante a été observée à l'occasion d'une de ces réunions. Tous les participants sont formateurs ou directeurs en institut de formation :

- *de toute façon, on n'a pas le choix. Avec l'augmentation des quotas et la saturation des terrains de stage, il faudra bien faire passer des diplômes d'Etat ailleurs qu'à l'hôpital*
- *peut-être mais il ne faudra pas faire n'importe quoi parce que c'est déjà limite des fois...*
- *qu'est-ce que tu veux dire ?*
- *moi, je ne donnerai pas un DE [diplôme d'Etat] uniquement sur des toilettes !*

- *mais enfin, ce sont des vieux débats, ça ! Je ne vois vraiment pas pourquoi un étudiant ne pourrait pas être évalué sur des soins d'hygiène au DE [diplôme d'Etat]*
- *je ne dis pas qu'un étudiant ne peut pas être évalué sur des soins d'hygiène. Ce qui me dérange, c'est qu'il ne soit évalué que sur des soins d'hygiène ! Sinon, en gros, c'est un DPAS [diplôme professionnel aide-soignant]*
- *tu exagères, ça ne doit pas arriver tant que ça*
- *et les stages de psychiatrie où tu n'as que des toilettes, ça existe*
- *mais en psychiatrie, il y a aussi des entretiens ou des activités...*
- *enfin, donner un DE [diplôme d'Etat] à un étudiant qui fait de la pâtisserie avec des malades, faut pas exagérer non plus*
- *alors ça, c'est pénible à la fin, faudra peut-être enfin se mettre en tête qu'on ne forme pas des infirmiers que pour l'hôpital et les services de médecine-chirurgie.*

Pour certains, comme cette interaction le montre, la dimension « technique » du métier semble marquer la frontière entre des terrains de stage qui permettent d'évaluer les compétences du candidat et les autres qui offrent de moins larges possibilités.

18 Stratégie et mise en scène : la nécessaire complicité des formateurs-soignants

Lorsque Erving Goffman (1973, op. cit. 137-138) évoque les secrets « stratégiques » au sein des groupes humains, il montre que des informations peuvent être sciemment cachées afin d'obtenir avantage d'une situation. Les détenteurs du secret appartiennent à la même équipe, pour reprendre l'expression goffmanienne, c'est-à-dire qu'ils ont des objectifs en commun lesquels ne sont pas dévoilés devant celui qui n'appartient pas à cette même équipe. Ainsi, en utilisant ses métaphores théâtrales, Goffman note que « *quand les membres d'une équipe vont en coulisse, là où le public ne peut les voir ni les entendre, ils dénigrent en général le public d'une façon qui contredit le traitement qu'ils lui accordent en face à face* » (ibid. 163). Il poursuit en déclarant que « les

personnes mises dans le secret de cette communication se trouvent placées en situation de complicité les unes avec les autres vis-à-vis du reste des participants. En s'avouant mutuellement qu'elles cachent aux autres personnes présentes des secrets significatifs, elles reconnaissent que l'apparence de sincérité qu'elles présentent officiellement n'est rien de plus qu'une apparence. Grâce à ce double jeu, les acteurs peuvent maintenir une solidarité de coulisse alors même qu'ils sont engagés dans une représentation et ils peuvent ainsi exprimer impunément des choses inacceptables sur le compte du public aussi bien que des choses sur leur propre compte que le public trouverait inacceptables » (ibid. 169-170).

De telles complicités peuvent-elles exister à l'occasion des mises en situation professionnelles des stagiaires ? Comme Goffman le décrit, ces informations ne sont pas disponibles officiellement. Par contre, les étudiants et surtout les ex-étudiants témoignent à ce sujet en dehors des espaces de formation. De ce point de vue, les soirées étudiantes ou encore les rencontres informelles où le statut de formateur n'est pas annoncé permettent d'accéder aux différentes mises en scène. Comme Becker, Geer et Hughes (1961) ont pu le montrer à propos des étudiants en médecine, les espaces extérieurs à la formation où les étudiants se retrouvent permettent d'accéder à une représentation du métier qui ne peut être véhiculée au sein des espaces officiels¹⁸⁸.

Le premier exemple est fourni par un directeur d'institut de formation (DIR IFSI 2) qui évoque une situation classique selon lui : *« quand on arrive faire une MSP [mise en situation professionnelle], avec notre statut de formateur, normalement c'est nous qui sommes les experts, on représente les bonnes pratiques, etc. Et les services nous vivent comme ça. Ils vivent le regard du formateur comme un regard d'expertise. Eh bien, c'est souvent le formateur qui est le dernier au courant du soin qu'on va demander à l'étudiant. Les infirmières du service le savent déjà, le malade le sait déjà, ton co-jury le sait déjà et l'étudiant le sait déjà. C'est-à-dire que tout le monde a pu se préparer à la situation d'évaluation et quand tu arrives, on te dit, ben*

¹⁸⁸ Becker Howard S, Geer Blanche, Hughes Everett C., *Boys in White. Student Culture in Medical School*, University of Chicago Press, Chicago, 1961.

voilà, on vous a gardé ça où on a retardé le pansement de untel donc on fausse complètement pour l'étudiant la relation d'évaluation ». Selon cet interlocuteur, l'équipe soignante qui encadre le stagiaire, possède un certain nombre d'informations concernant la ou les situations de soins sur lesquelles portera l'épreuve. Peut-on aller jusqu'à considérer que les choses ont été « arrangées » en coulisse ? Parfois oui, comme nous allons le montrer.

Un autre exemple est rapporté par une étudiante (ESI 4) cette fois où l'infirmière qui l'accueille en stage déclare : *« puisque tu n'es pas évaluée sur ce stage, on va pouvoir te confier des malades plus lourds »*. Ainsi, selon certains formateurs-soignants, il y aurait des situations de soins et des malades plus susceptibles que d'autres de participer aux mises en situation professionnelles. Donc, s'il n'y a pas d'épreuve de programmée sur un stage, c'est l'occasion pour les soignants de confier au stagiaire des malades considérés comme plus « lourds ».

Parmi les stratégies d'évitement de la difficulté qui nécessitent la coopération des formateurs-soignants, les stagiaires peuvent s'organiser pour que certains soins n'apparaissent plus dans leur planification le jour de la mise en situation professionnelle. Les soins sur lesquels le candidat s'estime peu performant peuvent de manière plus ou moins intentionnelle être écartés. D'autres candidats choisiront, de manière symétrique, de faire apparaître les soins pour lesquels ils estiment avoir un niveau de maîtrise suffisant. Les situations suivantes en fournissent l'illustration.

La première situation est évoquée par une cadre de santé, responsable d'un service de médecine (CAD SS 7). A l'occasion d'une mise en situation professionnelle où elle participait au jury en compagnie d'un formateur de l'institut, elle déclare avoir eu le sentiment de se faire manipuler par la candidate et les infirmières. Nous lui demandons alors ce qui a fait naître chez elle ce sentiment : *« je voulais rester objective, donc je ne m'étais pas renseignée avant sur comment se passait le stage. Comme ça, j'arrivais sans a priori à la MSP [mise en situation professionnelle], c'est ce que j'essaye de faire en général quand je participe au jury. Les infirmières l'avaient encadrée et moi, je faisais la MSP, on fait souvent comme ça dans le service. (...) On avait peu de soins, enfin des soins pas*

très compliqués, pour une fin de deuxième année, je trouvais ça un peu court. Alors, je lui demande “et les pansements de Mme Durand ?”, elle me répond qu’ils étaient souillés la veille donc elle les avaient refaits et donc qu’ils n’étaient pas à refaire. Et la poche de stomie de Mr Martin ? Et là, elle me dit que Mr Martin est très agité ce matin donc que Karine [une infirmière] a préféré s’en occuper. Je ne saurais pas dire pourquoi mais je n’ai pas trouvé ça très clair, et bon on n’avait plus grand-chose pour la MSP. (...) J’ai mené ma petite enquête et j’apprends que la veille, la stagiaire avait pleuré dans le service, raconté à tout le monde ses problèmes personnels, qu’elle avait peur d’échouer. Ça m’a donné l’impression que les infirmières s’étaient apitoyées sur son sort. Et puis voilà, Aurélie [une autre infirmière] l’autorise à refaire les pansements de Mme Durand sans vérifier et Karine elle, s’occupe à sa place de Mr Martin ». Cette situation montre une stagiaire qui, face à l’épreuve, trouve l’alliance des infirmières pour tenter de lui faciliter la tâche. Le fait que ce soit le cadre qui participe au jury a permis de mettre à jour cette alliance. Si Karine ou Aurélie, les infirmières, avaient participé au jury, cette situation n’aurait pas été transposée dans l’espace public et par conséquent, serait restée ignorée du formateur de l’institut. Sous cet angle, on peut considérer, avec Perrenoud (2006) que « les étudiants développent des compétences pour éviter que ne soit découvert leur incompétence »¹⁸⁹.

Second cas de figure, celui d’un stagiaire (ESI 14) qui, au contraire, souhaiterait que certains soins soient disponibles lors de sa mise en situation professionnelle. Il se trouve en fin de première année et doit présenter au jury sa seconde mise en situation professionnelle, décisive pour le passage en année supérieure : « mon référent [formateur-soignant] m’avait dit qu’il me trouvait assez habile techniquement, surtout pour un première année. C’est vrai que j’aimais bien ça et dans ce service, je faisais les prises de sang, les dextro [glycémies capillaires], les lovenox [injection d’anti-coagulant], ça me plaisait bien, je me sentais à l’aise. Le problème, c’est que ma MSP [mise en situation professionnelle] était prévue à 9

¹⁸⁹ Perrenoud Philippe., « L’approche épistémologique de la compétence dans les différents champs disciplinaires », Journées d’études ARSI : « Le concept de compétence », Paris, 26 et 27 janvier 2006.

heures et qu'à 9 heures, tout ce que je faisais d'habitude entre 7 et 9 serait déjà fait. Mon référent m'a dit que peut-être je pouvais proposer au formateur de venir plus tôt, après tout, je risquais pas grand-chose à tenter le coup. C'est ce que j'ai fait, il a accepté parce que je lui ai dit qu'il y aurait davantage de soins disponibles alors qu'à 9 heures, ce serait plus limité ». Si dans le premier cas, l'alliance entre infirmiers et stagiaires visait à éviter que la candidate ne rencontre des situations de soins jugées trop complexes, dans le second cas, elle cherche plutôt à mettre en évidence les situations qui doivent permettre au candidat de briller. Dans les deux cas cependant, le binôme stagiaire/infirmier peut, d'un certain point de vue, orienter le cours de l'épreuve. Seule la présence d'un tiers (le cadre de la première situation) peut faire apparaître ce type d'arrangements.

2 Les stratégies institutionnelles

Nous l'avons rapidement évoqué plus avant, certains instituts de formation, ayant repéré les stratégies étudiantes ou cherchant à contourner ce qu'ils considèrent être des biais voire des failles dans le dispositif et les pratiques d'évaluation, développent des stratégies institutionnelles visant à contrer les stratégies individuelles et collectives des étudiants. L'argument de la recherche d'objectivité est classiquement mis en avant bien que les intentions réelles soient en général plus complexes. Plusieurs extraits d'entretiens vont en effet le montrer.

Premier exemple, certaines équipes pédagogiques choisissent de ne pas donner le nom du jury avant l'épreuve. Aucun texte réglementaire n'en fait effectivement obligation. La logique sous-jacente concerne les « *a priori* » qui pourraient exister entre l'évaluateur et l'évalué. Cette stratégie institutionnelle vise à laisser un minimum de temps à l'étudiant pour extrapoler sur les attentes et le comportement de l'évaluateur concerné. Autrement dit, moins l'étudiant aura d'informations sur le formateur de l'institut qui doit l'évaluer et moins il pourra mettre en scène une activité qui lui serait directement destinée.

Second exemple, plus répandu et parfois même institutionnalisé au niveau régional, beaucoup d'instituts préconisent désormais que l'infirmier devant participer à un jury ne fasse pas partie de ceux qui ont directement encadré le

stagiaire. Cette fois, l'argument retenu concerne le souci d'objectivité pendant l'épreuve, étant entendu que le tuteur de stage serait trop impliqué auprès du candidat qu'il a contribué à former pour demeurer objectif. Ainsi, un autre infirmier membre de l'équipe, plus « à distance » du stagiaire, participe au jury de l'épreuve. Une cadre (CAD SS 9) fait remarquer à ce propos que *« l'étudiant en général, sauf quelques-uns, les étudiants sont assez vite intégrés dans l'équipe, il y a une relation un peu forte quoi et c'est pour ça que je me battais à un moment donné pour que l'infirmier qui évalue dans une mise en situation professionnelle ne soit pas l'infirmier référent parce qu'il y a trop de choses qui passent et ça parasite l'évaluation quand il faut mettre une note sur un soin »*.

La question n'est en général pas posée de la même manière concernant les formateurs des instituts de formation exerçant certes dans un autre espace mais tout autant dans la quotidienneté des étudiants. Ainsi, le risque d'une trop grande proximité entre les étudiants et les formateurs de l'institut, avec ses dérives possibles sur l'activité d'évaluation, n'est quant à lui, que peu souvent évoqué. Peut-être faut-il y voir la trace du clivage désormais classique entre des évaluateurs considérés comme aguerris (les formateurs de l'institut) et d'autres pour qui ce n'est pas le cas (les formateurs-soignants) ?

Un troisième cas de figure est rapporté par une formatrice (CAD IFSI 2) exerçant en institut : *« ce ne sont pas forcément les formateurs d'année qui font les évaluations d'année, par exemple l'équipe de première année, elles sont deux mais quand il y a des mises en situation professionnelle en première année, les formatrices de deuxième année vont en faire, les formatrices de troisième année aussi »*. En effet, certains instituts de formation organisent la passation des épreuves de mise en situation professionnelle de cette manière afin que les formateurs responsables d'une année de formation – donc d'une promotion – puissent être évaluateurs de l'ensemble des étudiants de l'institut et ce, quelle que soit l'année de formation. L'objectif sous-jacent, comme l'évoque ce formateur (CAD IFSI 5), consiste à *« faire en sorte que l'étudiant ne soit jamais évalué deux fois par la même personne ce qui permet déjà de gommer sur l'ensemble de la formation le risque lié à une trop grande influence de l'évaluateur »*. Il existe des cas de figure inverses puisque d'autres instituts

favorisent au contraire la permanence. Les formateurs qui suivent une promotion participent également aux jurys de mise en situation professionnelle des étudiants dont ils ont la charge.

Le premier choix propose que les étudiants soient évalués par des formateurs à chaque fois différents et pas obligatoirement au fait du parcours poursuivi jusqu'alors par le candidat. Le second quant à lui, met en place des épreuves où évaluateur et évalué se connaissent plutôt bien puisque partageant les temps de formation au sein de l'institut. Mieux connaître pour mieux évaluer pourrait alors résumer les intentions des équipes concernées. Les répercussions en terme de notes et par conséquent, en terme de carrière étudiante ne sont pas du même registre tant il est vrai que l'implication relationnelle, l'engagement est supérieur pour ceux qui vivent le quotidien des étudiants qu'ils devront évaluer.

Au total, chaque institut de formation choisit d'établir des règles de fonctionnement relatives au déroulement des épreuves, règles en général discutées avec les étudiants ou leurs représentants (les délégués par exemple). Un espace de négociation est ainsi institutionnellement créé. S'il permet aux étudiants de tenter d'infléchir le cours des événements (en modifiant une règle établie ou en en créant une nouvelle par exemple), il permet aux instituts de formation de tenter à leur tour de déjouer les stratégies individuelles et collectives de ceux qui seront les candidats aux épreuves. Ainsi, la règle participe pleinement au jeu social entre évaluateurs et évalués (Reynaud, 1997)¹⁹⁰.

Conclusion

Il serait réducteur de ne considérer que les aspects stratégiques mis en place par les étudiants dans une situation d'évaluation même si comme Philippe Perrenoud (1996, op. cit. 15) l'avait évoqué « *l'exercice intensif du métier d'élève peut aussi entraîner des effets pervers : ne travailler que pour la note, construire un rapport utilitariste au savoir, au travail, à l'autre* ». Plus récemment et de manière

¹⁹⁰ Reynaud Jean-Daniel., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, 1997, 3^{ème} édition.

plus radicale, Perrenoud (2006, op. cit.) distinguait les étudiants « *qui sont là pour réussir les examens et d'autres qui sont là pour se former* ». Certains de nos interlocuteurs partagent cette analyse comme cette infirmière (IDE SS 11) pour qui « *ce qu'il y a derrière la note, finalement, ça leur importe peu. Le tout, c'est de finir le stage sans qu'il y ait de souci, d'avoir une note correcte, une note qui va compter [...]. Alors après ça, les progrès qu'ils ont fait, je ne sais pas si ça les intéresse tant que ça, les progrès qui leur reste à faire, je ne sais pas si ça les intéresse tant que ça, il y a une catégorie que ça intéresse, je dirais, chez les élèves les plus âgés mais les élèves très jeunes, c'est vraiment la note, la note pour passer dans les années supérieures* ».

Il paraît tout aussi réducteur de vouloir ignorer les manifestations et les conséquences des stratégies étudiantes. En effet, il est somme toute nécessaire, si l'on poursuit la référence aux analyses de Perrenoud, que l'élève, depuis les premiers temps de sa scolarisation, apprenne à être évalué, c'est-à-dire qu'il puisse développer ses propres capacités à identifier « *les signes extérieurs de compétence* » (1996, op. cit. 116). De ce point de vue, les étudiants et étudiantes en soins infirmiers ne font pas exception, ils développent lorsque c'est nécessaire des actions purement stratégiques, plus ou moins intentionnelles, afin de réussir les épreuves certificatives. À l'évidence, tous les candidats ne disposent pas du même potentiel en la matière ce qui peut être alors regardé comme un possible facteur de réussite ou d'échec en formation.

Pour illustrer ce dernier point, lors des entretiens, nous avons rencontré un directeur d'institut de formation (DIR IFSI 2) qui, pendant son exercice de formateur, nous raconta l'histoire suivante : « *Dans l'amphi, il y avait un étudiant sur les 95, je l'avais remarqué, qui n'écrivait pas ce que je disais, c'est-à-dire qu'il était juste attentif, il écoutait, on le voyait bien concentré et tout et cet étudiant là en fait quand j'abordais les parties du cours sur lesquelles j'avais l'intention de poser des questions, il prenait son crayon et notait, il a eu une excellente note au module diabéto. Je l'ai rencontré, on en a discuté, il m'a dit qu'il s'était rendu compte dans mon attitude, dans mon changement de ton, dans mon non-verbal, le fait que j'allais écrire au tableau, il s'était aperçu des points qui étaient importants dans le cours que je faisais et il n'avait pris des notes que sur ces points là* ». Cette expérience,

qui concerne les épreuves écrites, montre un profil d'étudiant qui manifestement, avait intégré ce niveau de compétences, la réussite de l'épreuve semblant largement prioritaire dans un rapport effectivement utilitariste au savoir que Perrenoud évoquait plus haut.

Nous avons jusqu'à présent montré comment les étudiants en soins infirmiers devaient apprendre à se repérer entre des discours parfois contradictoires, depuis des logiques parfois antagonistes entre l'institut et les terrains de stage. Les mises en situation professionnelles permettent de faire émerger les différentes postures professionnelles de ceux qui évaluent (chapitre 5). Des compétences stratégiques sont également à l'œuvre de la part des candidats, nous venons d'en décrire quelques aspects. Au sein des instituts de formation, des stratégies institutionnelles ou contre-stratégies viennent tenter de minimiser l'impact de celles qui sont conduites par les stagiaires (chapitre 6). Le chapitre suivant doit nous permettre de comprendre en quoi la nature de l'objet même de l'évaluation (une activité soignante menée par un stagiaire) complexifie encore la lisibilité des pratiques d'évaluation des formateurs.

CHAPITRE 7 : Relation pédagogique et évaluation

Introduction

Il ne saurait exister de pédagogie sans relation pédagogique, c'est-à-dire un ensemble d'interactions entre un formateur et un formé, lesquelles participent au processus même d'apprentissage. En d'autres termes, la formation est aussi une affaire de rencontres entre des sujets aux attentes réciproques, elle est relation sociale à part entière même s'il peut y avoir apprentissage avec des pédagogies peu relationnelles¹⁹¹. En tout état de cause, la formation des étudiants en soins infirmiers, au vu de son organisation et des principes pédagogiques qui la gouvernent (cf. chapitre 4), ne fait pas partie de ce type de dispositifs.

Pour Marcel Postic ([1978], 2001, p. 9), on évoque la relation pédagogique éducative « *quand, au lieu de se réduire à la transmission du savoir, elle engage des êtres dans une rencontre où chacun découvre l'autre et se voit soi-même* »¹⁹². Jacques Ardoino (1966, p. 54) notait, quant à lui, que « *les relations d'autorité, notamment, ou les relations d'éducation et de formation, [...] comportent plus ou moins selon les cas, le niveau de maturation, et la situation psychologique actuelle des interlocuteurs, mais toujours, des aspects transférentiels* »¹⁹³. En souscrivant aux propositions de ces auteurs, nous posons que l'acte pédagogique et en l'occurrence, l'acte d'évaluation s'inscrit dans une « *relation de sujet à sujet* »

¹⁹¹ On pensera en particulier aux formations où prédominent les cours en amphithéâtre, la visio-conférence ou encore l'enseignement à distance. Dans de tels cas, la relation pédagogique apparaît secondaire, la transmission de connaissances au plus grand nombre devenant alors la priorité de l'action pédagogique.

¹⁹² Postic Marcel., *La relation éducative*, PUF, Paris, [1978], 2001 (9^{ème} édition).

¹⁹³ Ardoino Jacques., *Communications et relations humaines : esquisse d'un modèle d'intelligibilité des organisations*, Institut d'administration des entreprises de l'université de Bordeaux, 1966.

(Vial, 2001, op. cit. 11) où les acteurs ne sont pas « *socialement transparents* » (Bressoux, Pansu, op. cit. 70).

Cette singularité doit être mise en évidence car, quel que soit l'outillage évaluatif, il repose toujours sur les pratiques d'un sujet évaluateur, sujet dont les conceptions pédagogiques imprègnent plus ou moins le déroulement de l'épreuve. Dès lors, la place accordée au dispositif d'évaluation dans l'organisation et les représentations de l'acte pédagogique orientent pour partie la décision concernant le devenir de l'étudiant.

Au cours de ce chapitre, trois types de relations pédagogiques seront présentés lesquels influencent le statut que les évaluateurs accordent à l'erreur. En outre, comme nous le montrerons également dans ce chapitre, les évaluateurs affichent une plus ou moins grande confiance en leur propre jugement. Pour faire face à leur mission d'évaluation des stagiaires, ils sollicitent un certain nombre d'éléments qui dépassent le cadre des épreuves à proprement parler. Pour terminer, deux cas concrets viendront mettre en évidence quelques paramètres qui fondent la décision d'un jury en situation d'évaluation d'une mise en situation professionnelle.

1 Les types de relation pédagogique

Un directeur d'institut de formation (DIR IFSI 2), au discours assez représentatif de ses pairs, pense « *qu'il y a, à la fois une hétérogénéité des pratiques et aussi une hétérogénéité des formateurs parce que pour moi la formation, c'est une relation duelle entre un groupe d'étudiants et un formateur dans laquelle le formateur va être obligé de donner de sa personne. Or, tous les formateurs ont des personnalités très différentes et je dirai que même si on a un projet commun, même si on a un consensus au niveau de la relation avec l'étudiant, ça n'empêchera pas que dans la relation de formation, le formateur mette un petit peu de sa personnalité* ».

Comme cet enquêté le souligne, il semble communément admis que la personnalité des formateurs, au-delà de leurs compétences, oriente l'action pédagogique quotidienne. Trois types de relation pédagogique sont repérables autour d'une plus ou moins grande proximité vis-à-vis des étudiants.

11 Une relation centrée sur la dynamique psychologique de l'étudiant

Le premier type de relation selon notre précédent interlocuteur concerne *« des formatrices qui sont dans une relation maternante. (...) L'intérêt, c'est que je sais qu'elles ont ce défaut là et ce défaut devient une qualité dans la relation avec l'étudiant parce que les étudiants de première année attendent d'être vraiment accompagnés, maternés. La contrepartie derrière, c'est qu'elles sont tellement maternantes qu'elles sont dans le "je fais" avec l'étudiant (...) »*.

Ces formateurs, à tendance maternante, sont très sensibles à l'accompagnement individuel des étudiants, à l'expression de leurs ressentis. La dynamique psychologique de l'étudiant semble pour eux capitale, à tel point que la frontière entre relation pédagogique et relation thérapeutique semble parfois bien tenue. Une directrice d'institut (DIR IFSI 4), évoque son expérience à ce sujet : *« les formateurs à un moment, ils n'étaient plus dans le pédagogique, pour moi, ils naviguaient en eaux troubles, ils devenaient psychothérapeutes. A chaque réunion d'équipe, c'était reparti, il y avait des situations d'étudiants en détresse à évoquer. Que les étudiants aient des problèmes personnels, je veux bien l'entendre mais ce n'est quand même pas à l'IFSI qu'ils vont les régler. Ça pour moi, c'était une dérive »*.

Pour les formateurs de ce premier type, la préoccupation essentielle relève du développement de l'autonomie des étudiants par l'accompagnement psychologique. Selon l'un d'entre eux (CAD IFSI 2) *« le problème qu'on a avec les première année, parce qu'on a beaucoup d'abandons en première année, c'est qu'on veut les rendre trop vite autonomes, acteurs de leur formation comme c'est écrit dans tous les projets de formation alors que là justement il faudrait plutôt avoir une relation d'accompagnement, de maternage donc de suivi, d'écoute, etc. Notamment les accompagner dans les périodes difficiles comme le premier stage, le premier décès, le premier contact avec la psychiatrie et je dirais que si on ne fait pas ça, on va avoir des étudiants en difficulté »*.

Notre interlocutrice poursuit son plaidoyer pour une relation de proximité, condition parmi d'autres, selon elle, de la réussite en formation : *« Je dirais que c'est pas tant les contenus pédagogiques qui posent problème, qui génèrent l'échec que la relation pédagogique que l'on met en place qui peut éventuellement mettre*

l'étudiant en difficulté. Il faut vraiment avoir une disponibilité à l'étudiant, une relation très facilitante avec l'étudiant [...]. Quand l'étudiant vient solliciter un formateur, il faut savoir dire oui même si on a autre chose à faire, même si on a pas le temps, on lui explique pourquoi, on écoute un minimum et on lui donne un rendez-vous ».

La logique défendue repose sur une tentative d'installation d'un climat de confiance entre formateur et formé, de telle sorte que les étudiants n'aient pas le sentiment d'être surveillés, « pistés » comme ils peuvent parfois l'exprimer. Donc, « *tout étudiant qui se sent en difficulté peut venir me voir et s'il décide de venir, on aura des explications, une relation pédagogique vraie alors que si on le convoque, il me dira qu'il a pourtant travaillé, il me dira pas qu'il a préféré faire la fête tout le week-end, il sera dans le déni* » (DIR IFSI 2). Créer les conditions d'une relation basée sur l'écoute des ressentis de l'étudiant semble pouvoir résumer les objectifs des formateurs de ce premier type. Pour eux, le développement personnel des formés est une condition *sine qua non* de la qualité de l'exercice professionnel.

12 Une relation centrée sur la tâche à accomplir

Un second type de formateur est animé par l'exigence des tâches professionnelles qui attendent les étudiants. Pour un directeur (DIR IFSI 2), il s'agit de « *filles qui sont des filles qui sont très techniciennes, qui sont je dirais des professionnelles du soin, une c'est une ancienne infirmière de réanimation, l'autre c'est quelqu'un qui a un abord pas forcément facile, qui est assez braque et tout [...]. En fait là, les formatrices lâchent les étudiants. C'est une relation pédagogique qui est complètement différente, c'est une relation je dirais d'égal à égal, de collègue* ». Donc, d'un côté, des formateurs tenants d'une relation pédagogique empreinte de proximité voire de maternage avec les étudiants, et de l'autre, des formateurs essentiellement centrés sur la tâche à accomplir.

Les seconds sont davantage préoccupés par les objectifs d'apprentissage à atteindre, par des niveaux de compétence à atteindre. Pour eux, mettre sur le marché du travail des professionnels de bon niveau est premier. Une autre directrice évoque les dérives, de son point de vue, de ce deuxième modèle :

« pour moi, certains formateurs ont un niveau d'exigence trop élevé notamment en ce qui concerne les connaissances. C'est comme s'ils voulaient que les étudiants soient déjà des experts, comme s'ils avaient oublié qu'un jour eux aussi ont débuté. Quand je vois ce qu'ils leur demandent dans les évaluations, ça me laisse pantoise, je ne saurais même pas répondre à la plupart des questions posées » (DIR IFSI 6).

Dans l'absolu, les formateurs de ce second type n'accordent que peu ou pas de place aux « états d'âme » des étudiants, la performance professionnelle est première. L'argumentation repose sur la nécessité de garantir aux malades des soins de qualité, lesquels passent par une maîtrise rapide des gestes et attitudes adéquats dans les différentes situations de soins.

13 Une relation alternante

Les deux premiers types décrits représentent deux pôles extrêmes en terme de relation pédagogique. Les enquêtés évoquent également une position médiane comme le souligne ce directeur (DIR IFSI 2) : *« des formatrices qui sont dans une relation, je dirais avec un peu plus de distance, qui sont pas forcément des filles, qui sont au-delà de la relation maternante et qui sont des filles qui vont être capables de faire évoluer les étudiants vers un peu plus d'autonomie. [...] Arriver à les sevrer de la relation pédagogique qu'ils ont eue en première année [...] ».*

Le troisième profil correspond à une recherche d'équilibre comme ce directeur le résume : *« je crois qu'il faut avoir un dosage des deux dans la relation pédagogique, je crois qu'il faut être à la fois accompagnateur/soutien mais aussi régulateur et réglementaire et je crois que c'est l'équilibre entre les deux qui fait que tu bascules pas dans une relation maternante, tu bascules pas dans une relation autoritariste [...]. L'objectif, c'est un équilibre entre les deux » (DIR IFSI 5).*

Dans les discours des enquêtés, cette position médiane est annoncée comme un idéal à atteindre. Une relation pédagogique qui pourrait prendre en compte à la fois le développement des étudiants et un niveau élevé d'exigence professionnelle est souhaitée. Les pratiques observées montrent en général une polarisation vers l'un ou l'autre modèle avec des nuances possibles selon les éléments de contexte présents en situation.

La typologie que nous venons de décrire se rapproche de celle proposée par Blake et Mouton (1972) à propos des modes de management¹⁹⁴. Selon ces auteurs, l'action d'un manager peut être analysée autour de deux grandes tendances :

- Des préoccupations dirigées vers la production, c'est-à-dire essentiellement aux procédures et méthodes qui permettent d'atteindre les objectifs visés par l'entreprise,
- Des préoccupations dirigées vers le personnel, c'est-à-dire qui prennent en compte les besoins et les attentes des divers collaborateurs.

Le manager idéal, toujours selon Blake et Mouton, peut évoluer entre ces deux tendances de manière optimale sans privilégier l'une ou l'autre de ces positions radicales.

Ces deux tendances se retrouvent en général chez les auteurs qui ont travaillé autour du concept de formation. Par exemple, Joëlle Allouche-Bénayoun et Marcel Pariat (1993, op. cit. 49-50) ont noté que « *le formateur serait celui qui prendrait en considération la globalité de l'acte éducatif, dépassant le cloisonnement des différentes disciplines pour s'attacher à l'étude des problèmes concrets, en prêtant une attention toute particulière aux problèmes relationnels, au " vécu " des formés sous toutes ses dimensions affectives, sociales, culturelles* ». Plus loin (ibid. 51), ils précisent que « *initiateur et/ou formateur, il devra à la fois se situer au carrefour des relations interpersonnelles qu'il établit avec les formés et articuler la théorie et la pratique, devenir "un travailleur de la contradiction"*¹⁹⁵ *entre l'univers des savoirs constitués et celui de la production, là où naissent les besoins de connaissance et où s'élaborent souvent les premiers jalons dans la constitution des savoirs* ».

¹⁹⁴ Blake Robert R., Mouton Jane S., *Les deux dimensions du management*, Éditions d'Organisation, 1972.

¹⁹⁵ D'après Gérard Malglaive (op. cit.).

En tout état de cause et sans vouloir être exhaustif, il existe des modes différents d'accompagnement des étudiants, lesquels influencent tout ou partie des pratiques évaluatives.

2 Effets de la relation pédagogique sur les pratiques d'évaluation

Les formateurs des instituts de formation ont l'occasion de réfléchir aux fonctions de l'évaluation. L'un d'entre eux évoque son expérience : « *On ne cherche pas à sélectionner les étudiants qui vont avoir la chance de trouver les bonnes réponses aux questions posées, on cherche à ce que l'ensemble des étudiants acquièrent les connaissances que l'on veut faire passer* » (CAD IFSI 5). La logique pédagogique mise en évidence repose sur le postulat suivant : les connaissances principales attendues sont annoncées, l'évaluateur posera des questions en lien avec ces connaissances, l'étudiant n'est pas « piégé » par l'évaluateur.

Ce même formateur argumente ainsi son propos : « *Moi j'ai souvent remarqué que les formatrices et les formateurs ont tendance à poser des questions sur des contenus qui ne sont pas forcément les contenus que l'on privilégie quand on fait cours c'est-à-dire que l'on ne dit jamais à un étudiant : ça je vais le poser au devoir, cette question, vous devez savoir [...]. L'objectif de la formation, c'est l'acquisition de connaissances. Il faut éviter de piéger l'étudiant dans cette acquisition de connaissances* ». Ainsi, comme le fait remarquer l'enquêté, la situation d'évaluation est aussi l'occasion de vérifier si des connaissances ont été acquises mais quelles connaissances ? Face aux erreurs que le candidat risque de commettre, comment les évaluateurs vont-ils les prendre en compte ? En quoi la nature de la relation pédagogique vient-elle interférer avec la prise de décision ?

21 L'appréciation du risque et le statut de l'erreur

L'évaluation des pratiques en stage ou lors des épreuves de mise en situation professionnelle met en évidence la nature du statut accordé à l'erreur et ce, accentué par le fait que l'objet des pratiques est un être humain.

Les pratiques des étudiants en soins infirmiers peuvent être dangereuses pour la personne soignée. Il appartient alors aux formateurs (soignants ou de

l'institut) d'intervenir à temps afin d'éviter le risque et d'en tirer des conclusions en terme d'évaluation de l'étudiant.

L'appréciation du risque est déjà un problème en soi, ses conséquences en terme d'évaluation et de notation en constituent la seconde dimension. Lorsque les étudiants s'expriment au sujet de leur parcours et des erreurs qu'ils ont pu commettre, ils relèvent ce qu'ils estiment être la valeur plus ou moins relative des évaluations en stage, quelles qu'elles soient. Une infirmière (IDE SS 1), diplômée depuis quelques mois, à qui nous demandions comment elle s'expliquait l'échec de certains membres de sa promotion, a fait la réponse suivante : *« Je pense quand même qu'il peut y avoir le facteur pas de bol, être pris en train de faire une faute a priori qui pourrait être super grave par faute d'inattention ou parce qu'on est stressé, moi ça a pu m'arriver aussi sauf que j'étais avec des gens qui étaient suffisamment cool et qui m'ont dit : voilà ce que tu fais ça peut être super grave par contre là tu l'as fait une fois, tu ne le referas pas deux. Je me suis moi-même fait peur donc il y a une prise de conscience et voilà. Si on tombe sur quelqu'un qui n'a pas cette intelligence, à moins de faire mourir le patient bien sûr, mais on peut avoir vachement plus de problèmes et après dans une institution, j'ai peur qu'on puisse être vite catalogués comme pas très brillant et du coup à surveiller et l'espèce de pression qui peut s'installer peut mettre les gens en échec ».*

Autrement dit, l'hypothèse soumise par cette interlocutrice, porte sur le fait que la manière dont est regardée l'erreur, fut-elle potentiellement dangereuse pour le malade, influence la trajectoire de l'étudiant voire son devenir en formation.

Deux types d'évaluateurs sont identifiables. Le premier type considère que l'erreur doit être sanctionnée, avec les éventuelles conséquences pour le candidat, y compris son élimination. Les formateurs du second type pensent, au contraire, que l'erreur fait partie intégrante de tout processus de formation et que, de ce point de vue, il appartient à tout évaluateur de noter les prestations des stagiaires avec une certaine bienveillance. D'un côté, nous aurions des évaluateurs pour qui une erreur dommageable pour le patient vaut sanction immédiate et, de l'autre, des évaluateurs pour qui la même erreur sera appréciée comme inhérente du processus même d'apprentissage. Les premiers seraient

davantage préoccupés par la production (qualité des soins) selon la typologie de Blake et Mouton évoquée ci-dessus, les seconds par le personnel (ressenti du stagiaire face à son erreur). Dans le premier cas de figure, l'étudiant peut être étiqueté potentiellement dangereux et identifié comme tel au sein de l'institution de formation (par l'intermédiaire d'un rapport circonstancié par exemple). Dans le second cas, l'évènement dommageable ne sera pas transmis à l'institut de formation et l'étudiant ne verra pas son image sociale modifiée. Au total, les conséquences sur la carrière du stagiaire sont manifestes : risque d'exclusion pour l'un, poursuite du parcours pour l'autre.

Ce phénomène d'étiquetage (labeling) est décrit par Howard Becker dans *Outsiders* ([1963], 1985) qui écrit que « *le comportement déviant est ce que les gens étiquettent comme tel ; le déviant est celui à qui on a réussi à coller cette étiquette* »¹⁹⁶. Autrement dit, la dangerosité potentielle d'un étudiant ne peut être considérée comme une valeur absolue. Comme l'interviewée a bien voulu l'indiquer, bien des étudiants ont pu, à un moment ou à un autre, se montrer potentiellement dangereux. Mais le regard porté sur l'erreur, l'analyse qui en est faite par le témoin de la scène peut favoriser l'étiquetage de l'étudiant aussi bien à ses propres yeux qu'à ceux de l'institution.

Cette hypothèse de l'étiquetage est centrale. Plusieurs entretiens semblent converger dans cette direction. Les deux situations qui vont suivre illustrent cette piste de réflexion.

211 Karl, l'erreur d'un étudiant brillant

Karl est étudiant en troisième année. Depuis le début de sa formation, ses résultats sont excellents tant d'un point de vue théorique que pratique. Comme

¹⁹⁶ Becker Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, [1963], 1985. La théorie de l'étiquetage (labeling theory) s'inscrit dans un ensemble de travaux qui suggèrent que les représentations de la réalité sont socialement construites et que, dès lors, toute interaction humaine est déterminée par les représentations mutuelles des interactants. Ainsi, la déviance n'est déviance que par le fait qu'elle soit nommée et identifiée socialement comme telle.

ses appréciations le font remarquer, il fait également partie des étudiants impliqués et participatifs.

En ce début de troisième année, lors d'un stage de gériatrie, Karl fait des erreurs en préparant le traitement médicamenteux de plusieurs personnes âgées. L'infirmière qui encadre Karl ce jour-là repère ses erreurs avant que les médicaments ne soient distribués. C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase car depuis le début, le stage se passe mal. Karl montre peu de sérieux dans son travail, ses connaissances sont faibles selon le cadre de l'unité. Il a même tendance, toujours selon le cadre à montrer une certaine suffisance avec le personnel. Au total, et toujours selon le cadre de l'unité, cet étudiant de troisième année est incompetent au regard de son niveau de formation. Il semble donc potentiellement dangereux. Un rapport de service faisant état de l'incompétence et de la dangerosité de Karl est rédigé à destination de l'institut de formation¹⁹⁷.

De retour à l'institut, Karl est reçu par les formateurs afin de donner son point de vue sur ce stage qui vient de se dérouler mais également sur le rapport dont il est l'objet. Son argumentation repose sur les points suivants :

- il ne nie pas avoir fait des erreurs dans la préparation des médicaments ce qui ne lui était jamais arrivé,
- il ne nie pas non plus ne pas avoir fait tous les efforts nécessaires au cours de ce stage notamment d'un point de vue relationnel,
- il ne s'est jamais senti à l'aise en gériatrie et en particulier dans cette équipe soignante qui était « toujours sur son dos »,
- il se trouve actuellement dans un contexte familial difficile qui ne le rend pas très disponible en formation,

¹⁹⁷ Des exemples de rapports circonstanciés faisant état de la dangerosité d'étudiants sont consultables en annexe 3.

- il se dit physiquement fatigué notamment pas tous les déplacements exigés par la formation¹⁹⁸.

Au total, l'équipe pédagogique de l'institut ne donnera pas suite au rapport dont Karl a fait l'objet en considérant qu'effectivement, il a fait des erreurs qui auraient pu être dommageables pour les malades. Ces erreurs sont envisageables pour tout apprentissage et en particulier celui qui conduit au métier d'infirmier. Karl est habituellement un étudiant qui offre de bonnes garanties de sérieux et de rigueur. Seuls des évènements extérieurs (évènements familiaux) ont pu amener ces dysfonctionnements. Le fait que Karl soit étiqueté « bon étudiant » permet que la notion de dangerosité et d'incompétence évaluée par le terrain de stage soit retraduite par l'institut de formation en erreur passagère. La traduction s'opérant, il s'agit désormais d'erreurs de médicaments dans un contexte personnel et familial particulier qui ne permettent pas de statuer sur la dangerosité en tant que telle de l'étudiant.

Un autre argument est venu peser dans la décision de l'équipe pédagogique de l'institut. Le cadre, responsable du terrain de stage où Karl était affecté, est repéré depuis peu dans cet institut comme un partenaire au discours critique (cf. chapitre 5), la fiabilité de son évaluation est alors considérée comme sujette à caution. Finalement, le mauvais rapport dont Karl a été l'objet n'a pas modifié son identité de bon étudiant.

212 Edith, la dangerosité d'une étudiante à problèmes

Edith est étudiante en troisième année. Depuis le début de sa formation, ses résultats sont moyens tant d'un point de vue théorique que pratique. Ainsi, Edith est passée de première en seconde année puis de seconde en troisième en passant par les épreuves de repêchage.

Pendant les séquences pédagogiques organisées après les stages, Edith se montre en général assez critique vis-à-vis des équipes soignantes. Elle déplore

¹⁹⁸ Pour un regard sur les répercussions de la formation sur la santé des étudiants en soins infirmiers, on pourra se référer à : Boulet Nelly, Joutard Thierry., « Santé et perception de l'état de santé des étudiants en soins infirmiers », *Soins Cadres* n°55, août 2005, pp. 52-58.

souvent par exemple le peu d'encadrement dont elle a pu bénéficier en stage. Son engagement en formation est ambigu selon les formateurs, participative mais plutôt critique, parfois pertinente mais aussi « décalée » à certains moments, les formateurs disent avoir du mal à cerner cette étudiante. À son sujet, les avis divergent dans l'équipe pédagogique. D'une manière générale, les appréciations de stage ne permettent pas non plus d'affirmer son engouement pour le métier.

Edith effectue un stage dans un service de chirurgie. En début de stage, le cadre-soignant appelle son formateur référent à l'institut pour s'étonner de l'attitude d'Edith qui se montre très exigeante, notamment vis-à-vis de ses horaires de stages. Le cadre du service, par cet appel téléphonique, souhaite entendre la position de l'institut de formation concernant les horaires des stagiaires.

Au sein de l'institut, ce coup de téléphone aurait pu être anodin, il va toutefois « braquer les projecteurs » sur une étudiante de plus en plus vécue comme une « emmerdeuse » (sic).

Plus tard, dans le stage, Edith en préparant une perfusion, se trompe dans le calcul de la dose de médicaments à injecter. L'infirmière qui l'encadre considère ce genre d'erreurs inadmissible pour une étudiante de troisième année. Edith, aux dires de l'infirmière, ne reconnaît pas son erreur, elle prétend qu'on lui avait insuffisamment expliqué ce qu'on attendait d'elle. Un rapport de service faisant état de l'incompétence et de la dangerosité est rédigé à destination de l'institut de formation.

Sur la base de ce rapport, de résultats scolaires moyens, de doutes quant à son engagement en formation et son honnêteté (elle ne reconnaît pas son erreur), Edith sera exclue de la formation. Dans le cas d'Edith, le rapport de stage va précipiter la décision et ce d'autant que son parcours de formation s'est avéré plutôt chaotique jusque là. L'étiquette institutionnelle de cette étudiante n'a pas permis d'assumer le risque de lui donner une autre chance.

213 Karl et Edith : deux poids, deux mesures ?

Dans quelle mesure peut-on considérer qu'il a existé des différences de traitement entre la situation de Karl et celle d'Edith ?

En premier lieu, une réserve méthodologique s'impose. Elle concerne la retranscription des cas. À partir d'entretiens effectués auprès des formateurs des instituts concernés, les cas ont été reconstruits. Bien entendu, la complexité de la situation s'en trouve réduite au moins pour la raison selon laquelle les éléments qui nous ont été livrés ont été filtrés plus ou moins consciemment par les enquêtés.

Les deux étudiants ont fait l'objet d'un rapport concluant à leur dangerosité au cours d'un stage. Pour autant, le premier sera considéré comme un accident dans le parcours brillant de Karl alors que le second semble avoir stigmatisé l'incompétence d'Edith. En effet, ces deux étudiants n'ont pas fait l'objet d'autres rapports au cours de leur formation. Seulement, pour Edith, il est devenu le déclencheur d'une procédure institutionnelle ayant conduit à l'exclusion au regard notamment d'un certain nombre d'autres éléments attestant de la difficulté de son parcours.

Comme Goffman (1975) le souligne, le stigmaté est un attribut qui jette « *un discrédit profond* »¹⁹⁹. Edith est ainsi passée du statut de discréditable à celui de discréditée comme la typologie goffmanienne permet de le repérer, c'est-à-dire que le stigmaté est devenu socialement visible. À contrario, pour Karl, les effets d'attentes (De Queiroz, [1995], 2005, op. cit. 54-55) des formateurs de l'institut à son encontre ont manifestement joué en sa faveur. Le principe du mérite l'a également emporté dans le traitement de sa situation par l'institution, le principe d'égalité entre les stagiaires s'en est alors trouvé aussitôt inhibé (Dubet, 1999)²⁰⁰.

Dans les deux cas, la fiabilité accordée au jugement du terrain de stage par les formateurs de l'institut a eu pour conséquence un effet d'atténuation pour Karl et, à l'évidence, un effet de précipitation pour Edith.

¹⁹⁹ Goffman Erving., *Stigmatés, les usages sociaux du handicap*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1975.

²⁰⁰ Dubet François., « Sentiments et jugements de justice dans l'expérience scolaire », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999.

On aurait même pu imaginer qu'en fonction du témoin de la scène, ces rapports auraient pu ne jamais exister comme dans l'histoire suivante qui est racontée par Pascal (IDE SS 8) : *« J'étais en stage dans un service de médecine et ce matin là, je faisais toutes les calci [calciparine : anticoagulant] du service. Je devais en faire une au 306P [306 côté porte dans une chambre à deux lits]. Ça je m'en rappelle encore. Dans la chambre, il n'y avait qu'un lit et dans ce lit, une malade qui, comment dire, qui n'avait plus toute sa tête, un peu désorientée. Et je sais pas pourquoi mais j'ai pas percuté, je lui ai injecté la calci sans me poser plus de questions que ça. Plus tard, dans la matinée, je repasse dans la chambre et là, merde, il y avait deux lits. La deuxième personne avait été descendue à la radio lors de mon premier passage, j'étais paniqué, comme je ne voyais pas bien les effets que ça pouvait produire, je me suis imaginé le pire, je savais plus quoi faire. J'ai prévenu les infirmières présentes, elles ont appelé l'interne et en fait, il n'y avait pas de danger pour la malade. Par contre, si elle avait été hémophile...*

Et, au bout du compte, on peut pas dire que j'ai été félicité quand même mais une infirmière m'a dit qu'on pouvait faire des erreurs dans ce métier, que ça lui était arrivé mais que j'avais réagi comme il fallait en les prévenant. Après, ils m'ont fait ma feuille de stage, aucune allusion à tout ça. Je ne suis pas allé m'en flatter non plus ».

Dans le cas de Pascal, les infirmières en service et l'interne n'ont pas envisagé, semble-t-il, que Pascal puisse être dangereux. L'erreur commise n'a pas été portée à la connaissance des formateurs de l'institut. Si tel avait été le cas, son parcours de formation aurait-il pu s'en trouver changé ? La question peut être posée.

22 L'évaluation : pratique de formation ou sélection ?

221 Un concept polysémique

Une ambiguïté majeure plane autour des situations d'évaluation des pratiques soignantes, ambiguïté d'autant plus problématique lors de la situation particulière des mises en situation professionnelle. La décision doit en effet être rendue par deux membres d'un jury représentant les deux espaces de la formation (l'institut et le terrain de stage). Outre les logiques institutionnelles qui

imprègnent les évaluateurs, logiques évoquées ci-dessus, il faut souligner également le fait que pour certains, la situation d'évaluation participe pleinement du processus pédagogique alors que pour d'autres, il s'agit d'un temps de validation donc de contrôle de la validité des pratiques.

Une formatrice, exerçant en institut de formation, évoque une infirmière qui a participé avec elle au jury d'une mise en situation professionnelle : « *Lors des soins et autres, elle était beaucoup dans une attitude aidante vis-à-vis des étudiants, allant au devant des étudiants. Alors je lui dit non, si on veut évaluer, il faut qu'on le laisse faire, que l'on voit ce qu'il peut faire sinon on n'évalue rien du tout si à chaque fois tu répons avant...* » (CAD IFSI 6). Ainsi, pour certains formateurs-soignants participant ponctuellement à des jurys, il ne va pas de soi de s'improviser évaluateur. Il peut être tentant au contraire de maintenir la posture du pédagogue y compris pendant l'épreuve.

A ce moment de l'analyse, un détour théorique s'impose car la polysémie du mot évaluation en autorise à peu près toutes les approches avec, de fait, son pendant, les risques de confusions tant sémantiques que conceptuels. En effet, comme le souligne Charles Hadji, « *un même terme convient-il pour désigner des activités diverses, telles que noter, comparer, s'interroger sur le sens, et portant sur des objets aussi différents que des élèves, des connaissances, des actions ou des systèmes ? Prendre l'évaluation pour objet, c'est tout autant poser la question du sens des pratiques abordées (approche compréhensive), que décrire et analyser ces pratiques (approche descriptive) et, enfin, de contribuer à l'amélioration de ces pratiques (approche prescriptive)* »²⁰¹.

Ainsi, nous pouvons repérer avec une finalité didactique, deux grands types d'évaluation gouvernés par deux paradigmes principaux²⁰². Pour une

²⁰¹ Cité par Jean-Claude Ruano-Borbolan in *Eduquer et former : Les connaissances et les débats en éducation et en formation*, Editions Sciences humaines, Auxerre, 1998, p. 11 (extrait de l'article tiré du même ouvrage : « L'évaluation des apprentissages : trente ans de recherches et de débats » par Charles Hadji, p. 275).

²⁰² Historiquement, il faut remonter aux environs de 1930 pour voir se distinguer le concept de mesure de celui d'évaluation et « *ce qui différencie donc fondamentalement l'évaluation de la*

première approche, on retient la proposition faite par Ardoino et Berger (1986, pp. 120-127) : « *On distinguera alors d'un côté l'évaluation régulatrice et/ou formative, qui a pour fonction de réorganiser un système à l'aide de méthodes de feed-back ou de rétro-action, de l'évaluation aux fonctions terminales, baptisée évaluation certificative (Cardinet) ou sommative ; dont la fonction est de catégoriser, certifier et valider des pratiques, des comportements ou des connaissances* »²⁰³. Une précaution est alors à prendre comme Jean-Marie Barbier y invite ([1985], 1994, p. 10), c'est à dire qu'il s'installe une « *confusion encore entre les fonctions de l'évaluation. [...] Tout se passe comme si un espace idéologique s'était construit autour de l'idée d'évaluation, structuré en deux pôles : un pôle négatif organisé autour des notions de répression, de sélection, de sanction, de contrôle, et un pôle positif organisé autour des notions de progrès, de changement, d'adaptation, de rationalisation. Pour un bon nombre d'auteurs comme de praticiens, tout le problème serait de minimiser le premier type de fonction et de maximiser le second, dans le but bien sûr de faire de l'évaluation une nouvelle pratique qui serait au service du formé* »²⁰⁴. Le schéma sur lequel Barbier vient attirer l'attention est relativement classique : une dérive idéologique « *s'engouffre* » là où deux champs conceptuels évoluent, non pas disjoints mais bien en concurrence l'un par rapport à l'autre.

Les évaluateurs évoluent tant bien que mal entre ces deux pôles. Le pôle négatif évoqué par Jean-Marie Barbier trouve sa traduction parfois de la manière suivante : « *on n'est pas là pour descendre les étudiants* » ou encore : « *si on met ça, peut-être qu'on va la casser, complètement la démoraliser et puis elle va pas pouvoir repartir* » (IDE SS 12). Pour les formateurs-soignants, la difficulté du positionnement en tant qu'évaluateur est accentuée par une méconnaissance du

mesure, c'est le jugement de valeur ». Dès lors, la reconnaissance du subjectif, de l'interprétation était alors posée dans l'acte d'évaluer. Voir Pelletier L., « La notion d'évaluation », Education permanente n° 9, 1971, pp. 7/19 in Bonniol, Vial, 1997, op. cit. 90.

²⁰³ Ardoino Jacques, Berger Guy., « L'évaluation comme interprétation », *Pour* n°107, 1986.

²⁰⁴ Barbier Jean-Marie., *L'évaluation en formation* (3^{ème} édition corrigée), PUF, Collection « Pédagogie d'aujourd'hui », Paris, [1985], 1994.

dispositif pédagogique, laquelle rend confuse l'articulation entre les deux espaces de formation et leur place spécifique. Cette méconnaissance porte notamment sur le niveau d'exigence attendu vis-à-vis des stagiaires.

222 Une difficulté pour les formateurs-soignants à apprécier le niveau d'exigence attendu

Nombre des formateurs exerçant dans les unités de soins expriment leur difficulté à cerner le niveau attendu par l'institut de formation. Plus précisément, que doivent-ils ou peuvent-ils exiger d'un étudiant de première, seconde ou troisième année ? Guidés par les souvenirs de leur propre formation, généralement en référence à un programme antérieur à celui de 1992, les formateurs-soignants ont le sentiment de « bricoler » par manque d'informations sur le dispositif actuel de formation²⁰⁵. Les formateurs-soignants se représentent ce que devrait être un étudiant de première ou de seconde année. Cette représentation s'avère plus ou moins exacte. Des incompréhensions tendent à s'installer, ce que les étudiants traduisent parfois par une « *appréhension quand on me demandait de faire des choses que je ne savais pas faire parce qu'il y a certaines infirmières qui nous demandent parce qu'on a atteint un certain niveau de savoir-faire certaines choses et du coup, si on sait pas les faire [...]. Le sondage urinaire par exemple, j'étais en deuxième année et j'en avais jamais fait, j'ai bien vu que l'infirmière, elle comprenait pas, pour elle c'était un soin de base, un des premiers trucs qu'elle avait fait dans sa formation* » (ESI 15).

Les étudiants ont en général bien décodé ce type de fonctionnement au sein des équipes de soins. Ils déclarent par exemple que « *tu as intérêt à dire que tu es en début de deuxième année, si tu dit deuxième année, dans leur tête, t'es quasiment déjà en troisième année. Et si tu dit troisième année, ils pensent que tu dois savoir tout faire* » (ESI 15). Les étudiants doivent offrir aux formateurs-soignants une représentation conforme à ce qu'ils peuvent attendre d'un stagiaire en fonction de son niveau de formation. Au cours des différents stages, l'étudiant se trouve ainsi confronté à diverses appréciations de son niveau avec lesquelles il devra pourtant composer.

²⁰⁵ Sur l'évolution du dispositif et des programmes de formation, se reporter au chapitre 2.

Une infirmière (IDE SS 1) se souvient d'appréciations très différentes de son implication lorsqu'elle était stagiaire : « *tu faisais un stage où on te disait que ton organisation, c'était bien, ta dextérité aussi et puis le stage suivant, c'était le contraire [...]. Pareil pour la curiosité professionnelle, trop curieuse à un stage, pas assez à l'autre. Maintenant, je m'en fous mais à l'époque, c'était pas toujours facile de savoir ce que l'on attendait de nous* ».

Cette difficulté pour cerner le niveau attendu dont témoignent les étudiants et les formateurs-soignants ne facilite pas le positionnement d'évaluateur. D'une manière plus générale, des confusions existent parfois sur la fonction de l'évaluation et ce d'autant, nous l'avons vu, que l'acte d'évaluer s'inscrit dans une relation pédagogique. Sous cet angle, une autre ambiguïté apparaît, elle porte sur l'objet même de l'évaluation. Entre évaluation des prestations et évaluation des individus, la frontière s'avère pour le moins perméable.

23 Ambiguïtés autour de l'évaluation des pratiques

Les textes réglementaires et en l'occurrence le programme officiel, précisent la nature des activités à évaluer lors des évaluations cliniques ou mises en situation professionnelle²⁰⁶. Le contenu des épreuves y est en effet déterminé mais de manière suffisamment laconique pour que chacun puisse y trouver matière à interprétation²⁰⁷. Ce phénomène, classique, offre au chercheur l'occasion d'observer comment les acteurs en présence vont comprendre, interpréter et s'approprier les dispositions réglementaires.

Pour tout formateur, évaluateur des prestations fournies par les étudiants, il s'agit de définir la valeur d'une activité soignante, notamment lors des épreuves pratiques. Il est manifeste que l'évaluation porte tout autant sur des actes effectués que sur la capacité que peuvent avoir des individus (soignants) à s'occuper d'autres individus (soignés). Bressoux et Pansu (2003, op. cit. 2) l'avaient fait également remarquer à propos du jugement scolaire, « *il s'agit bien, à partir de ce*

²⁰⁶ Formations de santé, Profession infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession, Berger-Levrault (non daté).

²⁰⁷ Voir première partie, chapitre 4.

qui est fait, de dire ce qu'il en est des personnes : untel, qui "réalise" de bonnes performances, "est" un bon élève ».

Comment définir de manière consensuelle au sein d'une équipe pédagogique ce que pourraient être les qualités requises pour exercer la profession et surtout, sur quels éléments observables s'appuyer pour décider si ces mêmes qualités sont présentes ? De la même manière, quels sont les savoirs à mettre en évidence pour une action infirmière de qualité ? Cette question est loin d'être tranchée si l'on observe l'indécision actuelle concernant le passage probable à terme de la formation infirmière à l'université. Faut-il plutôt se rapprocher des sciences médicales ou, au contraire, des sciences humaines et sociales ? Les pré-projets prévoient en effet les deux alternatives (voir chapitre 2).

Sous l'angle de la division du travail entre formateurs, ces questions font l'objet *« d'un double marchandage au sein des institutions :*

- *l'un pour décider des savoirs, (...) qui ont "droit de cité" dans la formation des enseignants ;*
- *l'autre pour fixer la part de chacun des domaines retenus (temps, ressources, caractère obligatoire ou optionnel, poids dans la sélection, etc.).*

Ces deux marchandages sont imbriqués. L'exclusion de certains domaines peut résulter d'une alliance tactique entre des groupes qui s'affronteront ensuite pour se partager le terrain. Il arrive aussi que la proposition d'inclure une nouvelle discipline soit fondée sur l'espoir de renforcer certains secteurs marginaux. Autrement dit, ceux qui participent au partage des temps, des espaces, des pouvoirs qui est inséparable de toute division du travail ne forment pas un cercle défini une fois pour toutes » (Perrenoud, 1998, op. cit.).

Que faut-il alors évaluer ? Yvan Abernot (1996, op. cit. 5), par exemple, fait remarquer que si *« dans le domaine scolaire, le terme d' "évaluation" prend le sens d'une attribution de note correspondant à une prestation. [...]*

Un deuxième niveau d'analyse correspond aux évaluations des attitudes et comportements de l'élève, traduites en notes ou en remarques qualitatives

officielles. Par exemple, la participation, l'assiduité, l'application font partie de cette catégorie.

Un troisième niveau concerne toutes les évaluations implicites. [...] Elles ne sont pas toujours parfaitement conscientes pour l'enseignant lui-même.

En élargissant l'étude, nous remarquons que, dans le sens courant, l'évaluation appartient à deux grands ordres : celui de l'approximation d'une part, celui de la précision d'autre part ». Ainsi, l'évaluation peut être une mesure, renvoyant dès lors à un univers de précision (l'étudiant s'est effectivement lavé les mains pendant 30 secondes comme tel protocole le recommande, l'évaluateur peut alors le contrôler). Elle peut également être une appréciation (j'ai trouvé l'attitude de cet étudiant très adaptée avec cette personne âgée et en tant qu'évaluateur je peux décrire ce qui m'a plu dans sa manière de procéder).

Ces différents niveaux interagissant, les formateurs ou les soignants en situation d'évaluation sollicitent une diversité d'arguments pour justifier de leurs décisions et, de temps à autre, les arguments sortent du strict cadre de l'épreuve. L'élaboration d'outils d'évaluation, généralement des grilles critériées, parfois des réunions d'harmonisation des correcteurs, offre l'occasion aux équipes pédagogiques de se positionner face au dilemme de l'évaluation juste. Le couple objectivité/subjectivité constitue la pierre angulaire du questionnement de ceux qui évaluent.

3 Des évaluateurs plus ou moins sûrs de leur jugement

Les évaluateurs sont diversement soucieux de la fiabilité de l'évaluation qu'ils portent. Pour certains, cette préoccupation est centrale. Pour d'autres, elle s'avère périphérique aux questions pédagogiques. Mais, lorsqu'ils doivent évaluer, quelle valeur les évaluateurs accordent-ils à leur propre jugement ? Trois types peuvent être dégagés comme autant de postures possibles en situation d'évaluation.

31 Des évaluateurs certains de l'objectivité de leur jugement

Lors des épreuves pratiques, certains évaluateurs peuvent considérer que seule la prestation du candidat est évaluée et ce, indépendamment de toute autre forme de considération. Pour eux, le parcours engagé jusqu'alors, les éléments d'observation recueillis lors du stage ne sauraient interférer lors de leur jugement. Un formateur en institut de formation considère par exemple que « *lors d'une mise en situation professionnelle, on précise bien au début qu'on est là pour évaluer l'instant de l'évaluation, c'est-à-dire qu'on fait abstraction de ce qui s'est passé avant, ou abstraction de ce qui se passera après [...] une évaluation, c'est un instant donné dans un cursus de formation et c'est en aucun cas la valeur de l'étudiant, la note que tu obtiens, c'est 1 heure, 1 heure et demie en MSP [mise en situation professionnelle], 3 heures en devoir, un jour J, un temps donné et c'est ce que tu vas être à ce moment là* » (CAD IFSI 5).

Lorsque les formateurs de ce premier type évaluent, ils mettent en évidence l'étanchéité entre le contexte de l'épreuve et de plus larges éléments d'observation ce que notre interlocuteur résume par l'« *abstraction de ce qui s'est passé avant, ou abstraction de ce qui se passera après* ». Une formatrice (CAD IFSI 2) estime, quant à elle, que « *rien ne pourrait m'influencer, je note ce que je vois, c'est tout !* ». Pour ces évaluateurs, « *on peut faire un bon stage et rater sa MSP, l'inverse est aussi vrai, le stagiaire n'a pas fait bonne impression et pourtant il réussit l'épreuve* » (CAD IFSI 1). Donc, deux évaluations, celle du stage et celle de la mise en situation professionnelle, la première ne devant pas interférer sur la seconde.

Nous avons affaire à des professionnels certains de leur jugement et ce point de vue est en général étayé par une pratique soignante qui constitue la référence à suivre. Une infirmière nous faisait remarquer justement que « *quand tu as été infirmière quelques années, tu connais le boulot, tu sais ce qui est bon ou mauvais, une faute d'asepsie, c'est une faute d'asepsie, quoi, une bonne ou une mauvaise organisation, tu sais* » (IDE SS 7). Une pratique professionnelle affirmée semble pour ces soignants la meilleure garantie à offrir au candidat pour lui permettre d'être évalué avec justesse. Au total, la pratique de l'évaluateur, son cadre professionnel de référence constituent l'étalon à partir duquel le stagiaire est évalué. L'objectivité de la décision est garantie.

Le plus souvent, les formateurs en situation d'évaluation, reconnaissent leurs difficultés face à l'hétérogénéité des pratiques au sein des équipes pédagogiques. Un directeur d'institut de formation estime, quant à lui, qu'il faut « *essayer de rendre les pratiques homogènes au niveau d'une équipe* » mais que « *c'est impossible. Par contre, essayer de réduire l'impact négatif, parce qu'il y a énormément d'impact positif lié à l'hétérogénéité et si on rend tout homogène, on va perdre énormément. Mais par contre, ce qu'il faut, c'est réduire l'impact négatif, ça c'est important* » (DIR IFSI 2).

Les outils d'évaluation, et en l'occurrence les grilles deviennent alors l'occasion de travailler en équipe afin de tenter de réduire les écarts entre les uns et les autres. Une des enquêtées pense « *qu'avec la grille, c'est pas difficile, c'est pas dur [...] puisque n'importe comment, on a des critères et si le niveau n'est pas atteint, les notes correspondent, je trouve que ce n'est pas subjectif* » (CAD IFSI 2). Pour un autre interlocuteur, « *on a retravaillé sur la grille d'évaluation et on a mis en place une grille qui est une grille avec des niveaux de performance, la grille Plenchette²⁰⁸, qui n'est pas une grille facile à utiliser au départ mais qui permet par le détail en fait de gommer un petit peu cet effet subjectif de chaque formateur. Pour donner un exemple, le problème de la faute d'hygiène parce que c'est souvent ça qu'on rencontre ou la faute d'asepsie. Pour certains formateurs, la faute d'asepsie va être inadmissible et justifie la note 0 aux soins et pour d'autres formateurs, la faute d'asepsie va être plus ou moins importante et soit elle justifie 0 soit elle va être échelonnée de manière plus ou moins aléatoire. Là maintenant pour nous, c'est très clair, une faute d'hygiène qui présente un risque en terme de sécurité pour le patient entraîne un 0 à la mise en situation professionnelle. Si la faute d'hygiène n'entraîne pas un risque vital pour le patient, ça peut être un lavage de mains insuffisant, ou un temps de contact avec le manugel [antiseptique] qui ne respecte pas les 30 secondes et bien là dans la grille, c'est 5 points en moins. Et à partir du*

²⁰⁸ Du nom de son auteur, Marcel Plenchette (NDA)

moment où on a coché hygiène non respectée, la grille impose moins 5 points quel que soit le type d'erreur s'il y a un défaut dans l'hygiène... » (CAD IFSI 5).

Parmi les évaluateurs préoccupés d'objectivité, deux sous-profils semblent se dégager. Pour les uns, la grille est regardée comme une aide à la décision et notamment chez les évaluateurs débutants qui se disent sécurisés par l'outil. Les plus expérimentés déclarent le plus souvent que pour eux *« la grille on l'a dans la tête, les critères finalement, c'est toujours les mêmes, sécurité, aseptie, confort du malade, ergonomie, respect des prescriptions, etc. »* (CAD IFSI 9). Pour d'autres, la position est plus dogmatique puisque *« les critères sont des critères qui permettent de juger au travers de ce qu'on a vu »* (CAD IFSI 11). Ainsi, la définition de critères, leur formalisation par l'intermédiaire d'une grille, sont la garantie vers une évaluation objective. Une formatrice considère par exemple que *« pour moi, c'est essentiellement un problème de grille, quand les personnes sont là et que les deux personnes comprennent bien le système de la grille mais nous, on a une grille qui est bien faite donc l'évaluation n'est pas arbitraire, moi je pense, elle reflète un niveau de compétence »* (CAD IFSI 2). Conscients des risques de dérive liés à l'hétérogénéité des positions tenues au sein d'une équipe, la grille constitue un recours, un garde-fou, un dénominateur commun et les évaluateurs supposent que chacun d'entre eux en fera le même usage. Ce n'est pas le cas pour ceux qui, au contraire, estiment qu'aucune grille ne saurait gommer les disparités, l'évaluation étant nécessairement subjective.

33 Des évaluateurs assumant la nécessaire subjectivité de l'évaluation

Les évaluateurs du troisième type ont, quant à eux, renoncé à prétendre chercher l'objectivité en situation d'évaluation. Pour eux, il n'est d'autre possibilité que de faire avec la subjectivité des uns et des autres. L'hétérogénéité est alors inhérente à la constitution de toute équipe pédagogique. Au sein de ce troisième groupe, des évaluateurs choisissent d'assumer bon gré, mal gré cette situation parfois inconfortable.

Un formateur fait part de son expérience en la matière : *« un jour, en réunion pédagogique, voilà le débat classique lancé. Une collègue nous raconte qu'elle a mis une note inférieure à la moyenne à un étudiant pour faute d'asepsie*

entre autres je crois. Et puis là, c'est parti, un autre collègue lui demande sur quel soin. Un soin d'escarre dit-elle. Oui, mais un soin d'escarre en stérile, ça sert à rien, lui répond l'autre. La collègue se sentant agressée se justifie en disant qu'au stade où était cette escarre et au vu de l'état général de la malade, elle trouvait ça plus pertinent. Et là, l'autre collègue sort ses références de bonnes pratiques ANAES [agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé] et tout le cirque... La polémique était lancée... Alors tu vois, même sur les soins techniques, il y a un tas de situations où on a du mal à se mettre d'accord, même si on en parle, on n'a pas tous les mêmes repères alors t'imagines pour le reste, le relationnel, etc.» (CAD IFSI 9).

En général, les tenants de cette troisième posture considèrent que seules quelques précautions institutionnelles permettent de limiter le « tout-subjectivité ». Par exemple, cette directrice d'institut évoque leur organisation pédagogique : *« j'avais remarqué en arrivant ici que certains étudiants pouvaient être évalués trois fois par le même formateur alors sachant qu'ils ont 6 MSP [mise en situation professionnelle], bonjour la subjectivité ! Maintenant, notre organisation interne prévoit que chaque étudiant doit être vu par des formateurs différents »* (DIR IFSI 4). Au total, des formateurs estiment la subjectivité inévitable en situation d'évaluation et préconisent que les dispositifs institutionnels puissent en limiter les effets.

La typologie qui se dégage montre que trois profils d'évaluateurs semblent émerger. Elle rejoint pour partie celle proposée par Pierre Merle (1996, op. cit.). Les évaluateurs certains de l'objectivité de leur jugement se rapprochent de ceux que Merle a appelé les « *professeurs intégristes* » qui « *sont, de façon schématique, très attachés à la signification des performances scolaires des élèves. Celles-ci constitueraient des mesures fiables et précises des capacités et des qualités de chaque élève* » (ibid.180). Quant au second groupe d'évaluateurs, ceux que nous estimons préoccupés d'objectivité, ils rejoignent également cette première catégorie proposée par Merle. En effet, dans le sens où la médiation de l'outil (grille, référentiel) représente à leur yeux le moyen d'obtenir une évaluation juste, objective, la décision prise est alors considérée comme fiable. Ainsi, le

résultat chiffré obtenu (la note) offre pour eux une représentation relativement exacte des capacités de l'étudiant.

Nous choisissons de maintenir cette distinction entre ces deux premiers profils d'évaluateurs car les premiers s'appuient sur leur propre pratique professionnelle (en tant qu'infirmier) comme étalon de leurs décisions concernant les stagiaires. Les seconds, quant à eux, doutent davantage de leur pratique, l'outil devenant alors le moyen de confronter cette pratique à celle des candidats.

Le troisième groupe d'évaluateurs, ceux qui disent assumer la subjectivité inhérente à toute activité d'évaluation, rejoint ceux qui, selon Merle, doutent à savoir les « *dubitatis* » (ibid.194). Pour eux, « *la position [...] est plus nuancée : les moyennes trimestrielles constituent une information centrale pour établir les avis du conseil de classe, mais il ne faut pas s'interdire d'utiliser d'autres informations disponibles relatives à la personne de l'élève. La justice scolaire exige de ne pas considérer uniquement les résultats scolaires* » (ibid. 199). Selon certains formateurs, l'évaluation des prestations d'un stagiaire intègre donc d'autres informations le concernant, l'activité qu'il mène n'étant finalement qu'une des dimensions de la décision dont il fait l'objet.

4 Entre évaluation des prestations et évaluation des individus

41 Retour sur les conditions de production du discours évaluatif

Toute analyse du discours évaluatif doit faire l'objet d'une nécessaire recontextualisation c'est-à-dire que les éléments recueillis sont à considérer depuis l'endroit et les circonstances dans lesquels ils ont été produits. Cette précision s'impose car comme Derouet (1989, p. 20) le rappelle, un premier niveau de discours peut être recueilli dans l'espace public. Des réserves s'imposent alors quant au dévoilement des motivations « réelles » des acteurs en présence du fait entre autres, de la nature même de l'espace, notamment de son caractère officiel ou non (une réunion de travail par exemple). Ce premier niveau concerne les références officielles, institutionnelles où la justification apparaît sous ses aspects essentiellement réglementaires (« *j'ai pris telle décision parce*

que le texte dit que... » ou encore « j'ai pris telle décision parce que la grille prévoit que... »). La participation à des réunions d'équipes, souvent en présence de la hiérarchie, conduit en général à ce type de justifications.

Le second niveau, « l'entre-soi », permet d'accéder à un autre type d'argumentaire, en général plus proche de l'intime conviction du sujet, la situation pouvant s'apparenter à une relation de connivence (auprès de la machine à café par exemple)²⁰⁹. Le second niveau concerne l'interaction formateur/formé, l'inter-relationnel et la liberté dont chaque acteur jouit au sein de l'équipe de travail. Les entretiens menés ont permis, hors le déroulement des épreuves conduites par les jurys et à distance de celles-ci, l'accès à « l'entre-soi », c'est-à-dire les arguments peu ou pas évoqués lors des réunions officielles en présence de la hiérarchie ou même des collègues. Ceux qui évaluent oscillent entre ces deux niveaux inhérents à toute activité sociale et *a fortiori* professionnelle.

Ainsi, l'analyse de l'interaction discours/conditions de production du discours contribue à mieux saisir le sens et la portée des argumentations évoquées. Nous verrons alors dans quelle mesure les critères d'évaluation des prestations des stagiaires reposent sur un registre moins formel qui intègre les représentations du métier disponibles chez chaque évaluateur.

42 Évaluation de la prestation et/ou de l'étudiant

François Baluteau (1993, op. cit. 87-88), dans son ouvrage sur les conseils de classe, avait noté combien les professeurs pouvaient intégrer notamment dans leurs décisions d'orientation, des éléments sortant du cadre strictement scolaire. C'est pourquoi, écrivait-il « *on comprend que les professeurs soucieux d'une juste mesure des élèves et conscients de l'influence de la connaissance de l'appartenance sociale des élèves sur leur appréciation refusent de recueillir ces informations. Cette mesure semble opportune pour qui veut traiter les personnes et leurs actes de façon*

²⁰⁹ Derouet Jean-Louis., « L'établissement scolaire comme entreprise composite, programme pour une sociologie des établissements scolaires », in Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds)., *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989.

plus neutre. Malheureusement, les indices d'origine sociale abondent sur la personne. La tenue, le langage, les manières, les vêtements, etc. renseignent parfois sûrement sur le milieu de l'élève et cette perception s'impose au professeur au fur et à mesure des contacts ». Comment pourrait-il en aller autrement pour tout pédagogue, tout évaluateur et quel que soit le public accueilli ?²¹⁰

La position sociale des étudiants en soins infirmiers voire la catégorie socioprofessionnelle des parents peut-elle alors interférer sur les décisions les concernant ? Il est difficile de répondre à cette question dans l'absolu mais il faut toutefois noter qu'au quotidien des instituts de formation, ces éléments sont parfois évoqués comme des facteurs explicatifs des performances de l'étudiant. En ce sens, ils deviennent un facteur d'influence possible dans l'institution. Deux exemples doivent pouvoir illustrer cette remarque. Ils concernent tous les deux, des étudiants en soins infirmiers dont l'un des deux parents est médecin.

Une formatrice (CAD IFSI 10) évoque Julien, cet étudiant « *considéré comme le vilain petit canard de la famille. Il nous l'avait dit le premier jour, à la rentrée, ça avait fait son effet. Tu penses, le père était médecin, la mère, je ne sais plus, cadre je crois, son frère était ingénieur et lui étudiant infirmier, ça faisait désordre [...]. Et bien, je pense qu'on l'a pris en pitié en sorte, c'est le seul, je crois, qui a fait sa formation en 5 ans chez nous au lieu de trois. Si ça se trouve, un autre que lui dans la même situation, il n'aurait pas été autorisé à redoubler, c'est vrai qu'il était investi en formation, participatif, tout ça mais en même temps, il faisait quand même des sacrés conneries en stage, moi, je lui avais collé 4 en MSP [mise en situation professionnelle]. Ça m'avait fait mal mais je ne me voyais pas faire autrement* ». La situation de Julien semble avoir ému les formateurs de l'institut comme le soumet cette enquêtée. La formation a duré 5 années ce qui n'est effectivement pas fréquent, le seuil de tolérance institutionnel a pu être relevé en lien avec le vécu familial douloureux exprimé par Julien.

Le cas d'une autre étudiante est évoqué par une formatrice (CAD IFSI 6). Charlotte est étudiante en première année et dès les premiers mois, fait bonne

²¹⁰ Sur ces questions, voir également Gilly Michel., *Maître-élève, rôles institutionnels et représentations*, PUF, Paris, 1980.

impression auprès des formateurs. Au cours d'une réunion d'équipe, l'enquêtée fait alors observer que *« là, on sent qu'il y a de l'intelligence, elle ne parle pas souvent, mais c'est pas pour dire n'importe quoi, vu ses premiers résultats, on voit tout de suite que ça va être le haut du panier. Elle a fait un bac S, elle n'a que 18 ans, je ne sais pas pourquoi elle n'a pas fait médecine ? »*. A ce moment, un autre formateur prend la parole : *« je suis son référent, tu sais, son père est médecin et elle dit que médecine, ça l'intéressait pas, c'est infirmière qui l'a toujours intéressée. Elle dit aussi que son père a toujours accepté ses projets et que sa fille fasse médecine ou pas comme lui, c'est pas important »*. Ce second cas montre une image institutionnelle positive en lien avec de bons résultats certes mais cette image se trouve renforcée par la manière dont Charlotte présente son parcours et ses choix. La profession infirmière n'a pas fait chez Charlotte l'objet d'un choix par défaut ce qui renforce alors son image positive auprès des formateurs.

Yvan Abernot (1996, op. cit. 28), en évoquant *« les effets parasites »* se demande *« si la note attribuée ne mesure pas exclusivement la valeur intrinsèque d'une production, que mesure-t-elle d'autre ? »*. Il retient comme exemple *« le favoritisme, qui met l'enseignant dans un état d'esprit particulier face à la copie de certains élèves. Il peut être volontaire, dans un but d'encouragement, par exemple, mais il est souvent moins généreux et s'applique aux enfants qui renvoient une image gratifiante au pédagogue. A l'inverse, quel enseignant n'a pas dû faire appel à toute sa conscience professionnelle pour ne pas sanctionner négativement tel élève insupportable pour une raison ou pour une autre »*. L'évaluation d'une production, quelle qu'elle soit, serait par conséquent indissociable de l'image – au sens large – que renvoie le producteur à l'évaluateur. En milieu scolaire, des auteurs comme Philippe Perrenoud (1995, pp. 43-44) ont repéré, à propos des enseignants, qu' *« une partie de leur impression initiale se fonde sur une image syncrétique de l'élève, sur sa manière d'être et de communiquer autant que sur ses performances proprement scolaires »*²¹¹.

²¹¹ Perrenoud Philippe., « Des différences culturelles aux inégalités scolaires : l'évaluation et la norme dans un enseignement indifférencié », in Allal Linda, Cardinet Jean, Perrenoud Philippe (direction)., *L'évaluation formative dans un enseignement différencié* (Actes du colloque à

D'autres exemples vont dans le même sens. L'interaction suivante nous fournit l'un d'entre eux. Elle se déroule en salle de café, entre formateurs d'un institut :

- *j'ai vu Stéphane ce matin en MSP [mise en situation professionnelle]*
- *vu ta mine, ça n'a pas du être formidable*
- *oh, non ! C'est vraiment la cata. Il ne comprend rien à la démarche de soins, il te parle des malades avec un tas de trucs, des informations superficielles, ça part dans tous les sens, je peux pas dire qu'il dise des conneries mais on comprend rien. Il n'y a pas de logique, pas de méthodo...*
- *et les soins ?*
- *c'est moyen, surtout l'organisation, c'est limite à chaque fois et le circuit propre/sale, ce n'est pas acquis non plus*
- *combien vous lui avez mis ?*
- *8/20*
- *vous lui avez mis 8 quand même, ce n'est pas éliminatoire ?²¹²*
- *ben, non*
- *et dis donc Géraldine, si ça n'avait pas été Stéphane, il aurait eu 8 quand même (rires dans la salle) ?*
- *(rires également) ben, je crois pas non mais c'est vrai qu'il est sympa, on a envie de lui faire confiance.*

Les rires sont ici la trace d'un code commun à l'ensemble de l'équipe. A l'évidence, sans que cela soit explicitement évoqué, Stéphane jouit d'une place institutionnelle particulière au sein de l'institut dont il tire avantage. Après

l'Université de Genève, mars 1978), Editions Peter Lang, Collection « Exploration », Suisse, 1995 (7^{ème} édition).

²¹² Rappelons pour la compréhension de ce cas, qu'une note inférieure à 8 conduit automatiquement l'étudiant vers une épreuve de rattrapage.

quelques investigations, on apprend que Stéphane est un étudiant plus vieux que la moyenne : il a 32 ans. Il est délégué de promotion et depuis le début de sa formation, il se montre impliqué, participatif, a le sens de l'humour. Une formatrice dira même de lui qu'il est séducteur. Ce qui a fait la différence entre une note éliminatoire (< 8) et une mauvaise note, c'est bien l'image *syncrétique* évoquée par Perrenoud ci-dessus. Elle impose en quelque sorte un coefficient de sympathie, lequel peut orienter en partie la décision.

Les étudiants savent plus ou moins consciemment que l'évaluation institutionnelle dépasse le cadre des épreuves. Au-delà de la performance, les personnes sont aussi évaluées et ce jeu impose une mise en scène de soi. En ce sens, *« il y a toujours l'idée qui circule qu'il faut en dire le moins possible sur ce qu'on est, plus on en dit et plus les formateurs auront de quoi jouer avec nous, notamment si on a des difficultés, le mot d'ordre c'est : si tu as des soucis, il vaut mieux que tu en parles à tes copines plutôt qu'aux formateurs parce qu'ils vont avoir matière à discuter. On a parfois l'impression que les formateurs font de la psychologie de comptoir »* (ESI 1). Cette étudiante fait le constat que les formateurs peuvent utiliser en leur défaveur les difficultés ressenties et évoquées par les stagiaires, c'est-à-dire comme autant d'éléments qui pourraient prouver que le candidat ne dispose pas des qualités requises pour exercer le métier. Tout ce que je pourrais dire pourra être retenu contre moi semble résumer son propos.

Un directeur va dans le même sens mais il évoque l'évaluation du stage par les équipes soignantes : *« on n'a pas affaire à une note de stage mais à une note de comportement qui passe par la capacité à rendre service, à s'intégrer à l'équipe, à être agréable, serviable donc on lui met pas une mauvaise note parce qu'il a rendu service »* (DIR IFSI 2). Autrement dit, lors de l'évaluation d'un stage, il n'est pas uniquement question de progression des acquisitions gestuelles et relationnelles, d'évolution des connaissances, il s'agit tout autant pour l'étudiant de montrer à quel point il pourrait potentiellement intégrer l'équipe de travail. Ses capacités de socialisation sont ainsi mises à l'épreuve. Une étudiante va dans le même sens quand elle déclare que pour elle, il s'agit d'être *« des bons petits soldats, qu'on soit d'humeur égale, que ça se passe bien, c'est logique mais, qu'on ait une*

personnalité neutre, c'est-à-dire pas trop l'ouvrir, en gros c'est ça ». Elle ajoute que finalement *« on se montre pas complètement comme on est, on n'est pas complètement soi-même »* (ESI 15).

Au total, que l'étudiant doive être évalué au cours d'une épreuve formelle (la mise en situation professionnelle) ou d'un stage, c'est bien l'ensemble de ce qu'il montre qui est pris en compte. A partir d'indices épars, les formateurs-soignants ou de l'institut doivent apprécier ceux qui deviendront leurs pairs.

43 De la représentation du métier à la représentation de l'étudiant

Chaque formateur devant évaluer une activité de soins effectuée par un étudiant observe des pratiques plus ou moins conformes à ce que serait son idéal du métier. Ainsi, ses expériences passées, ses valeurs viennent alimenter une représentation de ce qui serait une bonne pratique, de ce que pourrait être un bon professionnel. L'infirmier exerçant ou ayant majoritairement exercé dans le secteur psychiatrique ne disposera pas des mêmes repères que celui dont la carrière s'est principalement déroulée en chirurgie ou dans les soins intensifs.

Un directeur d'institut de formation, en évoquant ses expériences d'évaluateur fait la remarque suivante : *« C'est là qu'elle est la difficulté à mon avis. C'est qu'on a tous, quand on a été infirmier, un dada. Et que, le formateur qui vient de psychiatrie va pointer beaucoup plus fort que moi un problème qui va se poser dans la relation au patient et instinctivement, peut-être plus sanctionner un manque de relation ou un manque d'écoute de la part de l'étudiant et peut-être moins sanctionner un petit problème technique. Alors que moi qui ai plutôt une expérience de réa [réanimation], je vais peut-être y être moins sensible. Je vais plutôt sanctionner un problème technique alors que la relation au patient, je me dit qu'il est tellement pris par sa technique, je vais relativiser. Et c'est ça, je pense, qui pose la différence entre les formateurs »* (DIR IFSI 2).

L'ensemble des professionnels qui doivent à un moment ou à un autre, évaluer des stagiaires, le font depuis leur propre cadre de référence. Ce cadre est lié en partie à leur expérience de soignant qui détermine en partie la performance attendue de la part du stagiaire. Pour l'une de nos interlocutrices (CAD SS 9) *« c'est vrai qu'en chirurgie, les étudiants qui font preuve d'une grande*

dextérité gestuelle, en général dans ces services là, on a tendance à mettre le paquet. Si elles savent bien faire des pansements, c'est là que l'évaluation porte beaucoup ». Plus loin dans l'entretien, ce cadre pense qu'au cours de l'évaluation d'un stage de chirurgie, un étudiant qui obtient « *12 et 12.5 oui, ça en chirurgie, ce sont des gens qui ne touchent pas leur bille avec les pansements* ».

Sur ce registre de la représentation du métier, les évaluateurs sont tentés de chercher à repérer chez le stagiaire des aspects de sa personnalité au travers de son apparence physique et surtout vestimentaire. D'abord, pendant les épreuves de sélection puis au cours de la formation, le candidat puis l'étudiant peuvent de manière plus ou moins ostensible mettre en évidence certains signes distinctifs. Ils peuvent au contraire, rechercher une espèce de neutralité vestimentaire. Ceci étant, ces éléments peuvent influencer les décisions qui les concernent car ils renvoient à ceux qui évaluent une image de ce que devrait être socialement un infirmier ou une infirmière.

Ces questions suscitent du débat voire de la polémique au sein des instituts de formation. Pour ce directeur (DIR IFSI 2) « *on travaille beaucoup plus sur le subjectif, il présente bien. Je vais être péjoratif mais c'est, il présente bien, il n'a pas de piercing, ça c'est un problème qui me tient à cœur c'est le problème du piercing [...]. Moi j'ai eu quelques accrochages avec des collègues quand j'étais formateur parce qu'eux ne sélectionnaient pas des candidats qui avaient des piercings, qui ne correspondaient pas à ce qu'ils estimaient être la norme pour un professionnel de santé* ». Pour ce directeur, « *s'il [le candidat] en avait beaucoup, je lui demanderais ce qu'il veut exprimer à travers ces piercings. Si c'est juste un artifice de mode, il ne me gêne pas* ». Toujours selon le même interlocuteur, « *c'est la même chose avec la minijupe ou le décolleté [...] j'en ai parlé à des jeunes que j'ai aidées à préparer le concours, je leur ai dit, ne venez pas en minijupe et en décolleté. Le jury va se rincer l'œil pendant une heure et il vous prendra pas* ».

L'apparence sociale et notamment vestimentaire est repérable de deux manières, pendant les épreuves de sélection pour rentrer en formation et plus largement, dans les locaux de l'institut de formation. En stage, effectivement, le port des vêtements professionnels en neutralise considérablement les effets. En tout état de cause, si l'habit ne fait pas le moine, il contribue pour certains

formateurs à donner une image de la profession qu'ils veulent ou non encourager. Il s'agit là d'une autre dimension de l'évaluation des stagiaires, elle prend en compte leurs attitudes et comportements auxquels les choix vestimentaires participent. Les évaluateurs intègrent ces paramètres dans leurs décisions même si, pour une partie d'entre eux, ce processus apparaît implicite (Abernot, 1996, op. cit.).

Finalement, face à une mise en situation professionnelle, qui plus est celle qui valide l'accès au diplôme d'Etat, tous les candidats peuvent-ils prétendre être traités à la même enseigne ? A l'évidence, non. Avec une certaine unanimité, l'ensemble des enquêtés évoque les disparités rencontrées soit en terme de niveau d'exigence, soit dans les modalités même du déroulement de l'épreuve.

Certaines régions françaises, sous la houlette des associations représentatives (CEFIEC²¹³) et des organismes de tutelle (DRASS) ont décidé de mettre en œuvre une charte de jury de diplôme d'Etat dont l'objectif consiste à harmoniser non pas les pratiques d'évaluation mais plutôt le contexte, les circonstances dans lesquelles se déroule l'épreuve (cf. annexe 7). Un des nos interlocuteurs évoque les « *abus de pouvoir de certains jurys* » et résume la problématique qui conduit à l'élaboration de règles institutionnellement communes. Le fait que « *les étudiants n'avaient pas les mêmes chances, ne serait-ce que si le jury se présente, dit bonjour, serre la main, appelle l'étudiant par son prénom, s'il y a une relation qui s'instaure avant la mise en situation professionnelle, l'étudiant va être détendu et va donner un peu plus le meilleur de lui-même. Si la relation est basée sur je dis pas bonjour, j'observe seulement, je dit pas un mot, je prends des notes au fur et à mesure, je me mets derrière son épaule lorsqu'il prépare une seringue etc. On pousse quand même l'étudiant à la faute, le jury pousse l'étudiant à la faute* » (DIR IFSI 2). Ainsi, définir des modalités communes de présentation et d'accueil (du jury, du candidat), baliser le champ d'action du jury pendant l'organisation de l'épreuve, clarifier ce qui est attendu des candidats

²¹³ Association représentative des instituts de formation en soins infirmiers, écoles d'aides-soignants et instituts de formation des cadres de santé.

participe d'une volonté de limiter ce qui est parfois vécu comme un arbitraire total.

5 Cécile et Aurélie, deux étudiantes en situation d'évaluation

Nous terminerons ce chapitre par l'exposé de deux cas concrets, comptes-rendus d'observation qui viseront à montrer combien les éléments qui doivent justifier la décision sortent du cadre officiel et par conséquent, des repères formels. Nous proposons deux situations d'évaluation (mise en situation professionnelle) observées. Les exemples ci-dessous montrent comment des éléments extérieurs à la situation de soins à proprement parler interfèrent dans la décision finale.

51 Cécile, une image institutionnelle positive

511 Présentation

L'étudiante accueille les membres du jury (un cadre représentant l'institut de formation et une infirmière du service) dans la salle de soins d'un service de médecine. Il s'agit de la troisième semaine de stage pour une étudiante en début de seconde année.

Elle présente au jury les deux personnes soignées dont elle doit s'occuper ce jour. Elle propose une planification des soins à accomplir et présente les problèmes de santé prioritaires à ce jour concernant les deux personnes. Le jury choisit la situation d'une femme de 75 ans dont le problème de santé essentiel selon l'étudiante est diabète insulino-dépendant et insuffisance coronarienne. Il s'agit d'une personne discrète, réservée, souriante et calme toujours selon l'étudiante. Cette personne présente en outre une nécrose au talon (escarre).

Pour cette personne, l'étudiante effectuera une glycémie capillaire suivie d'une injection sous-cutanée d'insuline (en lien avec le diabète). Ensuite, elle procédera à la réfection du pansement de talon (escarre).

Les éléments suivants ont été repérés par le jury :

1. L'étudiante a une bonne connaissance des problèmes médicaux de la personne soignée. Par exemple, elle montre au jury que la différence entre

diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant ne lui a pas échappé. Elle connaît bien également la nature du protocole insulinique auquel la personne est soumise. Les différents éléments de surveillance en lien avec les effets thérapeutiques attendus et les effets secondaires sont connus. Même remarque concernant la problématique cardiovasculaire (cette dame présente selon le cardiologue un risque de récurrence d'infarctus entre autres pour lequel elle est traitée et surveillée). Sa sortie est envisagée si son état continue d'être stable sur ces deux derniers plans. Bref, sur un plan médical, l'étudiante montre qu'elle a actualisé ses connaissances, elle fait face aux questions sans grosses difficultés au regard de son niveau de formation estime le jury.

2. Il y a quelques semaines, cette dame de 75 ans s'est cassée l'épaule gauche dans le service de médecine en tombant dans la salle de bains. La veille de la mise en situation professionnelle, une consultation en traumatologie avait diagnostiqué une consolidation insuffisante qui nécessiterait une intervention chirurgicale à programmer. L'étudiante n'évoque pas ces derniers éléments. En effet, c'est le formateur-soignant (une infirmière) qui participe au jury, qui informe l'autre membre du jury (le formateur de l'institut). En outre, le jury apprend que cette dame est tombée dans la salle de bains alors qu'elle était très faible et qu'elle n'avait pas osé demander de l'aide pour sa toilette. Selon le cadre-infirmier du service (qui évoque la situation dans le couloir avec les membres du jury), cette dame n'a pas bien pris la nouvelle, elle se montre plus triste depuis hier car une intervention va repousser sa sortie et de plus, elle s'inquiète de son devenir. À l'évidence, l'étudiante n'a pas pris en compte les transmissions de la veille et la situation qu'elle décrit est bien celle de la personne malade mais non actualisée.
3. L'étudiante entre dans la chambre pour la glycémie capillaire et l'insuline, elle présente le jury à cette dame qui se montre effectivement discrète, elle donne même l'impression de gêner. L'étudiante lui demande alors si elle a passé une bonne nuit. Premier élément de surprise : cette femme dit : « oui, oui, oui... » sur un ton monocorde et en faisant non de la tête. À ce moment,

l'étudiante désinfectait son plan de travail et n'a donc pas pu percevoir ce décalage verbal/non verbal. Selon le jury, l'étudiante n'était pas à ce moment disponible à la relation puisqu'elle ne regardait même pas la personne soignée.

4. D'un point de vue technique, le jury ne reprochera pas à l'étudiante quoique ce soit concernant la glycémie capillaire et l'injection d'insuline. Tout au plus lui feront-ils remarquer que lors de la glycémie, la gouttelette de sang était juste suffisante pour la fiabilité du résultat.
5. Après l'injection d'insuline, l'étudiante demande à la dame si elle préfère prendre son petit déjeuner avant le pansement ou après. La réponse est la suivante : « c'est comme ça vous arrange, je ne veux pas vous déranger, vous n'avez pas que moi à vous occuper ! ». L'étudiante insiste alors et pose à nouveau sa question essayant en cela de l'amener à dire ce qu'elle souhaite réellement. Une seconde fois, la réponse est du même registre : « comme vous voulez ». L'étudiante décide alors d'enchaîner sur le pansement alors que l'organisation du service prévoyait le petit déjeuner. Le jury regrettera que l'étudiante n'ait pas laissé la malade prendre son petit-déjeuner avant le pansement alors qu'à l'évidence, l'organisation du service le prévoyait. Lorsque l'étudiante quitte la chambre, elle prend soin de mettre le petit-déjeuner à disposition de cette personne mais sans vérifier si le café était encore chaud. Le jury intervient alors pour demander à la stagiaire d'aller faire réchauffer le café prévu pour la malade.
6. Bien qu'il s'agisse d'un pansement propre et non stérile, l'étudiante a eu des problèmes d'organisation lors de la réfection du pansement (pinces à l'opposé de sa main droite, plateau trop éloigné, sac poubelle peu « ouvert »). Elle saisira d'ailleurs les pinces par le milieu avec sa main gauche afin de les remettre dans sa main droite. Enfin, le port des gants s'est avéré inadéquat puisque l'étudiante les a retirés après avoir commencé le nettoyage de la plaie et non pas directement après avoir retiré le pansement souillé. Le jury ne comprend pas pourquoi l'étudiante prend du matériel stérile s'il s'agit d'un pansement propre. Au total, le jury

a estimé que si la candidate commençait son pansement en stérile, elle devait garder cette logique (superflue à leur avis) jusqu'au bout.

7. La personne soignée, assise, lève la jambe pour montrer son talon à l'étudiante qui ne lui propose pas de chaise pour pouvoir y reposer le pied. La situation devient alors inconfortable pour l'étudiante qui peut difficilement atteindre le talon de la personne mais également pour la personne soignée qui fait beaucoup d'efforts pour maintenir son pied en hauteur.

512 Discussion

Le but de cette séquence est de montrer que la mise en situation professionnelle ne saurait se réduire à des finalités formellement exprimées, par exemple évaluer la prestation d'un étudiant en situation de soins. Il faut alors relever un ensemble non exhaustif de facteurs qui orientent d'une manière ou d'une autre la notation, l'appréciation et la nature du renvoi envers l'étudiant. Pour la situation ci-dessus, voici quelques éléments qui sont intervenus dans la délibération :

1. L'étudiante est considérée par le cadre-infirmier du service de médecine comme une stagiaire de qualité qui la présente comme disponible, curieuse, agréable, investie. Rappelons que le cadre ne siège pas dans ce jury, mais qu'il s'agit d'une infirmière du service. Par contre, comme nous l'avons fait remarquer, le cadre est intervenu auprès du jury dans le couloir, son point de vue sur la stagiaire est réapparu pendant la délibération par l'intermédiaire de l'infirmière.
2. L'étudiante est connue par le formateur de l'institut comme peu performante dans ses évaluations théoriques (elle a du notamment passer par les épreuves de revalidation pour accéder en seconde année) mais par ailleurs, elle a montré une nette évolution au cours de la première année dans sa capacité à analyser les situations rencontrées. Elle a également fait preuve d'une réelle implication au cours de sa première année de formation. Elle montre enfin un état d'esprit positif face à des résultats

modestes puisqu'elle n'a jamais cherché à nier ses difficultés. Bref, elle dispose d'un capital de « sympathie » non négligeable.

3. Le formateur de l'institut, de par son parcours professionnel et ses propres sensibilités, porte un regard nécessairement plus affûté sur certaines dimensions du soin. Il en va sans doute de même pour le soignant du jury. Le formateur de l'institut a notamment déclaré pendant la délibération que *« le coup du petit-déjeuner, c'est comme si les malades devaient se plier à l'organisation des stagiaires alors moi, ce genre de truc, ça ne passe pas ! »*. Le formateur-soignant, quant à lui, a fait remarquer que *« au niveau technique, le soin d'escarre, c'est très moyen »*. L'un et l'autre ont ainsi pu mettre en avant leurs propres représentations du métier au travers de l'évaluation de Cécile.
4. Le formateur de l'institut connaît le service dont l'image est « bonne » auprès de l'institut, et ce même formateur a déjà évalué en mise en situation professionnelle avec ce même jury soignant. Les membres de ce jury ont donné l'impression de s'entendre quant à la décision finale qui n'a pas fait l'objet de controverse.

513 Conclusion

Cécile a obtenu 11/20. Cette note est-elle le reflet de sa prestation ? Des arguments ont plaidé en sa faveur notamment en ce qui concerne sa bonne connaissance des problèmes médicaux de la personne soignée. D'autres arguments, plus nombreux, sont évoqués par le jury comme lui étant défavorables. Pourtant, la note donnée signifie que sa prestation était acceptable au regard de son niveau de formation. Parmi les éléments qui ont conduit le jury à accorder 11/20, l'image institutionnellement positive de Cécile est intervenue. Sans doute peut-on considérer que cette image a eu un effet de pondération d'un jugement qui, à l'évidence, pouvait être plus sévère. Entre évaluation des prestations et évaluation des étudiants, l'exemple de Cécile montre assurément que la frontière est perméable.

521 Présentation

L'étudiante accueille le jury dans un service de médecine interne. Il s'agit d'une étudiante de début de seconde année. Elle présente la situation d'un homme de 90 ans, marié et père de deux enfants. Son épouse vit depuis trois ans en unité de long séjour, elle est atteinte d'une démence de type Alzheimer. Ce monsieur est présenté par l'étudiante comme ne parlant pas beaucoup, il est entré à l'hôpital pour asthénie et incurie.

La démarche de soins (présentation du cas) est exposée avant les soins et comporte un certain nombre d'éléments que le jury contestera :

1. Les problèmes de santé de la personne sont annoncés comme un listing de maladies. Aurélie ne présente aucun lien entre eux alors que pour certains, ils existent. L'étudiante cite successivement une bronchite infectieuse, une insuffisance cardiaque, un risque thromboembolique, un diabète non insulino-dépendant, une hypokaliémie, un ulcère gastrique, une constipation, des troubles mictionnels, une insomnie, un risque angoreux. En ce qui concerne les diagnostics infirmiers, l'étudiante note une altération de la communication et une incapacité à faire sa toilette. Le jury remarque donc quelques approximations autour de la notion de risque, l'étudiante n'a pas relevé par exemple de lien entre une hypokaliémie potentielle et un traitement diurétique. Les problèmes semblent envisagés à partir des médicaments donnés (1 médicament = 1 problème) alors que plusieurs médicaments peuvent répondre au même problème de santé. Le jury fait également observer que certains problèmes de santé peuvent exister sans qu'il y ait pour autant une réponse médicamenteuse. Enfin, selon le jury, sont allègrement mélangés dans cette présentation des problèmes de santé actuels et chroniques.
2. En référence aux propos du formateur-soignant participant au jury, ce patient a comme principal problème infirmier sa perte d'autonomie et le vécu particulièrement douloureux que cela entraîne. Par conséquent, les hypothèses diagnostiques infirmières proposées par l'étudiante sont

vraisemblablement trop réductrices. Ainsi, la question de son devenir se pose clairement (maison de retraite ?). L'étudiante n'envisagera pas ces diverses questions.

3. Le jury découvre ensuite dans la chambre que ce monsieur porte des bas de contention et une sonde urinaire sans que l'étudiante ait précédemment expliqué pourquoi.
4. L'étudiante annonce d'abord une phlébite pour ce patient puis plus tard simplement un risque thromboembolique. Le jury, qui semble avoir du mal à s'y retrouver, l'interroge à ce sujet et s'aperçoit en fait que l'information est tout à fait insuffisante. Le monsieur a bel et bien été traité pour une phlébite. Les précautions en terme de mobilité du malade par exemple sont par conséquent non maîtrisées.
5. Une béance anale a également été diagnostiquée pour ce patient et des explorations sont en cours. Un cancer colorectal est suspecté et, à ce jour, le monsieur n'en sait rien. Ces derniers éléments sont donnés par le formateur-soignant participant au jury et non par l'étudiante. Après cette présentation théorique, le jury semble pour le moins dubitatif sur les compétences de cette étudiante.

Au cours de la mise en situation professionnelle, l'étudiante présentera une toilette au lit, menée avec « tact et dextérité » auprès d'une autre personne soignée. Le formateur de l'institut lui fait toutefois remarquer qu'elle pose à la patiente des questions à formulation négative (« ce n'est pas trop froid ? », « vous avez moins envie de vomir ? »). Ceci étant, le jury a estimé que pendant cette toilette, l'étudiante a été particulièrement prévenante et respectueuse au mieux de la pudeur de la patiente. L'étudiante présente également une injection sous-cutanée d'un anti-coagulant auprès d'une autre malade. Elle va se trouver face à deux situations imprévues :

- Premièrement, elle doit injecter 0,7 mg de Lovenox SC (anticoagulant). Or, quelqu'un d'autre que l'étudiante avait déjà sorti les produits pour les injections du jour. En prenant donc ce matériel préparé à l'avance, l'étudiante se rend compte qu'on a mis à sa disposition, du Lovenox 0,8 mg. Elle s'en aperçoit avant de se rendre dans la chambre de la patiente, et

décide donc de changer le produit médicamenteux. Or, pas de Lovenox 0,7 mg en pharmacie (ce type de conditionnement n'existe pas), elle doit donc s'adapter. Pour cela, elle vérifiera à nouveau la prescription et se renseignera sur les différents types de conditionnement du Lovenox afin de préparer son injection. Le jury qui l'observe, par ses sourires, semble se réjouir de sa réactivité.

- Deuxièmement, en prenant contact avec la patiente, qui doit recevoir le Lovenox, celle-ci fait état d'une petite plaie au coude qui ne cicatrise pas depuis 24 heures (choc contre le mur). Ensuite, en soulevant la chemise de nuit de la personne, l'étudiante constate un gros hématome collecté d'environ 15 cm de diamètre sur l'abdomen au point d'injection habituel. Plusieurs autres petits hématomes sont visibles en d'autres endroits de l'abdomen. De suite, l'étudiante propose de ne pas faire l'injection. Le jury n'intervient pas à la place de l'étudiante et en profite pour lui demander la raison de sa décision. Elle précise que le Lovenox étant un anti-coagulant et vu les symptômes présentés, il convient de demander un avis médical face à ce qui semble être un surdosage en Lovenox. Le jury approuve cette hypothèse et demande effectivement à l'étudiante d'en parler au médecin. Présent dans le service, l'interne est alerté par l'étudiante en présence du jury. L'interne valide à son tour l'hypothèse soumise par Aurélie et décide de prescrire sur le champ l'arrêt des injections d'anticoagulants.

522 Discussion

Voici quelques éléments qui sont intervenus dans la délibération :

1. L'étudiante est connue par le formateur de l'institut comme ayant des résultats théoriques faibles mais plutôt satisfaisants du point de vue pratique.
2. A l'institut, il s'avère que cette étudiante ne participe jamais en cours, elle se montre très discrète.
3. Le stage se passe bien selon le formateur-soignant qui note pourtant comme le formateur de l'institut de la réserve, voire de la timidité de la part d'Aurélie.

4. Les deux membres du jury sont d'accord sur le fait que la présentation théorique d'Aurélié est non satisfaisante et qu'à ce titre, elle ne devrait pas avoir la moyenne.
5. Le jury manifeste cependant beaucoup d'ambivalence à l'égard d'Aurélié au vu de ses deux prises d'initiatives qui se sont révélées très pertinentes. L'indécision du jury porte sur la question suivante : « *Comment peut-elle se montrer aussi nulle en théorie et réagir de manière aussi adaptée au lit du malade ?* ».

523 Conclusion

Aurélié obtient 12/20 lors de cette mise en situation professionnelle bien que ses connaissances théoriques concernant les processus pathologiques sont apparues faibles au regard de son niveau de formation. Le jury, dans sa délibération est tombé d'accord sur un point qui a eu un effet loupe c'est-à-dire deux prises d'initiatives adaptées face à la situation rencontrée. Dès lors, les failles théoriques d'Aurélié ont été en quelque sorte minimisées. Le sens pratique de cette étudiante est particulièrement soutenu par le formateur-soignant. Quant au formateur de l'institut, il a fait remarquer que Aurélié, déjà en première année, avait montré ce décalage entre ses performances théoriques et pratiques. Ce décalage fait énigme pour le formateur de l'institut qui déclare : « on en a quelques-uns comme elle de temps en temps, je n'arrive pas à comprendre comment en théorie, ça peut être aussi faible et qu'elle puisse réagir de manière si adaptée dans les soins et puis on en a d'autres, c'est l'inverse, de bonnes notes en théories et en MSP [mise en situation professionnelle], ça coince ».

Malgré cette énigme, le sens pratique d'Aurélié a été prioritaire pour le jury sur l'exposé théorique du cas d'un malade. La connaissance du parcours de première année d'Aurélié (évoqué par le formateur de l'institut) a alimenté la délibération et est, de ce fait, intervenue dans la décision prise par le jury. Il en va de même pour le comportement d'Aurélié en stage, mis en avant par le formateur-soignant. Des arguments extérieurs à la situation évaluée sont ainsi venus faciliter la prise de décision du jury.

Conclusion

Jean-Marie Barbier (1994, op. cit. 91) a noté combien « *évaluer les agents en formation, c'est donc toujours juger (pour éventuellement le certifier) d'une existence, celle d'une réalité dont le support est un individu concret, qui se présente comme une organisation d'éléments composant pour partie sa personnalité et que selon les cas on désigne comme des compétences, des capacités, des dispositions ou plus généralement des "ressources" mentales ou psychiques* ». Il semble par conséquent inéluctable comme nous l'avons également montré, qu'une ambiguïté subsiste pour tout évaluateur sur la nature même de l'objet d'évaluation. Des compétences gestuelles et relationnelles peuvent ainsi être évaluées, lesquelles sont regardées au même titre que des aspects plus larges concernant la personnalité du candidat, ce que le jury tout au moins pense en percevoir comme étant plus ou moins compatibles avec l'exercice de la profession.

A travers la situation observée, « *si ce sont bien des états de la personnalité qui constituent l'objet réel de l'évaluation des agents, ceux-ci ne se donnent pas immédiatement à voir : on ne peut que les inférer à partir des manifestations que sont des conduites ou des comportements concrets...* » (Barbier, 1994, ibid. 94-95). Le jury convoque donc des éléments d'observation qui doivent lui permettre d'évaluer la disponibilité, la tolérance, la patience ou encore la « *force de caractère* ».

Parmi les autres aspects envisagés au cours de ce chapitre, le même acte d'évaluation semble répondre à plusieurs objectifs. Alors que l'épreuve vise à certifier des compétences attendues, certains évaluateurs endossent la casquette de formateur et participent à une régulation des apprentissages. Pour d'autres, l'évaluation est l'occasion de repérer des aptitudes afin d'orienter par exemple le projet professionnel. Jean-Marie Barbier (1994, ibid. 130) l'avait fait remarquer, « *il existe, bien entendu, de multiples fonctions déclarées des pratiques d'évaluation des agents. Dans un certain nombre de cas, on assiste même à ce tour de force qui consiste à attribuer à un même acte d'évaluation les fonctions les plus diverses : fonction de contrôle des acquis bien sûr, mais aussi fonction de diagnostic des aptitudes, fonction de sélection, fonction de feed-back ou de régulation, fonction éducative ou fonction d'incitation au travail* ». L'évaluation des stagiaires en

situation de soins ne fait pas exception. Manifestement, elle tente de répondre à de multiples objectifs, lesquels peuvent apparaître à certains moments incompatibles.

CHAPITRE 8 : Les effets du contrôle social

Introduction

Les chapitres précédents ont notamment permis de montrer comment les acteurs pouvaient tirer avantage de la situation d'évaluation soit en terme de bénéfices matériels immédiats (pour le candidat, obtenir une bonne note par exemple) soit en terme de bénéfices symboliques (pour l'évaluateur, devenir ou demeurer le formateur apprécié par les étudiants au sein de l'institut). Des aspects stratégiques sont à l'œuvre mais également des conflits de logiques dans lesquels évaluateurs et évalués tentent de réduire la dissonance cognitive qu'ils vivent en situation (Festinger, 1957)²¹⁴. Notre analyse avait porté jusqu'alors sur l'interaction entre les membres du jury mais aussi entre le jury et le candidat. Les acteurs directs de la situation d'évaluation ont ainsi pu être pris en compte mais d'autres acteurs, indirects cette fois, influencent les décisions qui vont être prises.

Tout d'abord, les responsables hiérarchiques, par leur propre positionnement sur les questions d'évaluation depuis la fonction qu'ils occupent, orientent en partie le déroulement de l'action. Ensuite, les collègues des évaluateurs dans un réseau en général plus informel, utilisent à leur tour, leurs possibilités d'action bien qu'ils ne soient pas officiellement concernés par l'épreuve. Cette autre dimension, facteur de contrôle social peut maintenant être analysée. Son influence est loin d'être négligeable comme Peter Berger (1973, op. cit. 101) l'a notamment rappelé : « *la société use de moyens variés pour ramener dans le droit chemin ses membres récalcitrants. Pas de société sans contrôle social* ». Pour Robert E. Park également, « *le contrôle social est le fait central de la société* » (Chapoulie, 1996, op. cit. 48) c'est-à-dire la tentative d'imposition à l'ensemble de ses membres, des normes sociales en vigueur au sein d'un groupe ou d'une société donnée. Dans la perspective interactionniste,

²¹⁴ Festinger Leon., *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, IL: Row, Perterson & Company, 1957.

ces normes ne sont pas considérées comme établies, elles sont sans cesse négociées, interprétées par les acteurs en situation. De ce point de vue, comme Daniel Bain (1995, p. 78) l'évoque : « *l'évaluation apparaît comme la résultante de pressions ou de contrôles sociaux divers* »²¹⁵. Nous allons désormais en développer quelques aspects.

1 Le contrôle hiérarchique et institutionnel

11 Le regard de la hiérarchie sur l'évaluation des étudiants

111 L'influence du directeur de l'institut de formation

A partir des entretiens réalisés, deux profils de directeurs d'institut de formation peuvent être dégagés, ils correspondent à deux conceptions différentes de leur fonction. La volonté de participer aux débats pédagogiques – et par conséquent de les orienter ou de les alimenter – au sein des équipes de formateurs marque cette frontière entre les deux postures professionnelles²¹⁶. Mis à part quelques cas isolés, il ne semble pas exister de directeur représentant le refus caractérisé de contribuer aux discussions pédagogiques²¹⁷.

²¹⁵ Bain Daniel., « Inégalité devant l'évaluation, orientation et réussite à l'école secondaire », in Allal Linda, Cardinet Jean, Perrenoud Philippe (direction)., *L'évaluation formative dans un enseignement différencié* (Actes du colloque à l'Université de Genève, mars 1978), Editions Peter Lang, Collection « Exploration », Suisse, 1995 (7^{ème} édition).

²¹⁶ Lors de nos prises de contact avec les directeurs, nous avons ainsi pu mesurer combien certains étaient curieux de notre démarche avec l'idée sous-jacente que nous pouvions leur apporter un état voire une analyse des pratiques au sein de leur propre institut. Pour d'autres, au contraire, il n'y avait pas de demandes plus ou moins explicites en la matière, la posture de chercheur devenant alors plus facile à tenir.

²¹⁷ Parmi ces cas isolés, nous avons rencontré certains responsables d'établissements privés qui définissent leur fonction de façon essentiellement administrative et financière. La supervision pédagogique de l'équipe, dans ce type d'organisation, appartient en général à un autre professionnel, par exemple un cadre. Les établissements publics, quant à eux, disposent parfois d'une ligne hiérarchique intermédiaire (entre le directeur et les cadres formateurs), les cadres supérieurs. Ils remplissent alors parfois ce rôle d'animateur et de régulateur pédagogique, en complément ou à la place du directeur.

Les relations entretenues entre les directions et les équipes pédagogiques influencent pour partie les décisions concernant les étudiants. Cette situation, pour logique qu'elle puisse apparaître, mérite une attention particulière.

Pour un premier profil de directeurs, le fait d'avoir un regard direct sur les procédures et résultats d'évaluation des étudiants relève de leur responsabilité. Certains choisissent même de garder une activité pédagogique au sein de l'institut, en donnant des cours par exemple. D'autres vont également jusqu'à maintenir une activité d'évaluation des étudiants, en étant occasionnellement membre du jury lors des mises en situation professionnelle. L'argument avancé par ces derniers concerne le désir de garder contact avec les réalités vécues par les formateurs afin de mieux comprendre les problématiques rencontrées par ceux qu'ils encadrent. L'un d'entre eux (DIR IFSI 5) donne sa position : *« oui, je fait encore quelques cours d'abord parce que j'aime ça et puis aussi parce que je reste au contact, c'est important pour un directeur, les formateurs te respectent davantage, tu es plus crédible quand tu parles de pédagogie avec eux »*. Ce directeur, au cours de l'entretien, annonce qu'il participe également aux divers jurys au sein de l'institut (mise en situation professionnelle, correction de copies ou encore travail de fin d'études).

Pour les tenants du second profil, ce positionnement est plus nuancé et va même jusqu'à considérer qu'un directeur d'institut doit faire le deuil de sa fonction de formateur. Une directrice (DIR IFSI 4) défend cet autre point de vue : *« faire de la pédagogie directe ? Ce n'est pas mon boulot ! Le directeur, c'est quelqu'un qui doit être à distance de l'équipe, qui vient justement interroger les pratiques parce qu'il n'est pas dedans. C'est comme les cadres qui ne font pas le deuil du métier d'infirmière et à la moindre occasion, ils remplacent celle qui est malade ou surbookée. On a autre chose à faire quand même ! »*. Plus loin dans l'entretien, cette interlocutrice précise que *« c'est pareil pour les évaluations, on en parle, c'est évident pour que chacun puisse évoluer, réajuster mais on fait quand même plutôt confiance aux formateurs »*.

En d'autres termes, certains directeurs s'avèrent plus ou moins inquisiteurs en matière d'évaluation des stagiaires ou, tout au moins, sont vécus ainsi par les formateurs. Au cours des entretiens, les formateurs décrivent la manière dont ils

ressentent le rôle du directeur autour de ces questions. Il est manifeste que les évaluateurs sont influencés dans leurs prises de décision par les positions du supérieur hiérarchique sur le sujet.

Cette influence est à entendre vers deux directions à considérer comme les pôles extrêmes d'un continuum représentatif de la diversité des pratiques. Les formateurs ont soit le sentiment d'être soutenus dans leurs décisions (c'est-à-dire le plus souvent reconnus dans leur pratique) soit, au contraire, ils déclarent devoir se justifier face à un pouvoir très préoccupé de contrôle des pratiques (la reconnaissance occupant alors moins de place à leurs yeux). Entre les deux, un éventail varié de discours se rencontre.

Plusieurs de nos interlocuteurs témoignent de cette interaction entre celui qui évalue et son supérieur hiérarchique. Les évaluateurs prennent des décisions qui sont parfois en accord avec leur appréciation de la situation ou qui, au contraire, s'en éloignent. Dans ce dernier cas, leur action s'avère conditionnée par la nature des relations entretenues avec la hiérarchie sur ces questions d'évaluation des stagiaires. Pour résumer, certains évaluateurs attribuent des notes qui ne sont pas conformes à ce que leur intime conviction leur aurait dicté. Cette attitude est généralement liée à une présence institutionnelle « forte » du directeur vécue par les formateurs comme autant d'occasions de contrôler les pratiques.

Un premier exemple est fourni par une cadre (CAD IFSI 12) qui évoque les réunions de travail avec la directrice. Pour cette interlocutrice *« le pré-requis à cette mise en commun est que tout ce qui est dit à cet endroit là est fait pour avancer, prendre du recul par rapport à un positionnement et lui donner sens. Si cela est fait avec une connotation de jugement, on revient à une situation où il y a inquisition. Car, sans “jouer” au formateur, le directeur peut alors donner son avis sur un positionnement et limiter les positionnements qu'il estime déviants. Et cela peut aller jusque dans le non verbal, les choses n'ont pas besoin d'être explicites. Quand j'expose la situation d'un étudiant pour qui la MSP [mise en situation professionnelle] a été catastrophique, au terme d'une année où il a cumulé les échecs, dans un stage qui le met en difficulté par des prises en charges de courts séjours des personnes hospitalisées, par des soins techniques à réaliser rapidement*

et où la relation de soins est primordiale pour optimiser le recueil de données et que la directrice pendant tout l'exposé tousse [...], je savais que j'allais droit dans le mur avant qu'elle ne conclut par un : "vous auriez pu mettre en avant tout l'investissement qu'il a mis dans sa formation, malgré ses nombreux arrêts maladies et ses problèmes familiaux" ».

Pour cette formatrice, l'intervention de la directrice, dans ses aspects verbaux et non-verbaux comme elle le souligne, n'est pas vécue comme un soutien de la décision, ni même comme une aide dans la prise de distance. Au contraire, elle met en avant ce qu'elle vit comme un jugement de sa pratique où le formateur est désavoué tandis que l'étudiant est en partie excusé pour son incompétence.

Une autre illustration est rapportée par une étudiante-cadre dans son mémoire professionnel (Augrand, 2004, pp. 49-50). Une formatrice, au sein d'un institut vient de participer à un jury de mise en situation professionnelle qui a attribué 10/20 à une étudiante dont la prestation n'a pas été satisfaisante. Cette formatrice exprime son sentiment à l'étudiante-cadre en position d'observatrice. Elle lui avoue ne pas avoir été « *suffisamment rigoureuse* ». Parmi les éléments d'analyse de la situation apparaît la pression hiérarchique car, « *mettre une note en dessous de 10 en MSP, n'est pas forcément bien vu à l'institut, ce qui occasionne à chaque fois une argumentation interminable auprès de la directrice sur les motifs. Donc quand on peut, on évite* »²¹⁸.

Dans le même ordre d'idée, une directrice (DIR IFSI 4) déclare que « *depuis que je suis arrivée [à ce poste], j'ai mis mon nez dans les notes des formateurs. Avant, il n'y avait que des bonnes notes dans cet institut, maintenant, je crois que c'est en train de changer, certains sont plus positionnés* ». Pour cette directrice, les notes accordées aux stagiaires étaient excessives, elle considère alors qu'il est de sa fonction que de provoquer une évolution des pratiques mêmes des formateurs.

²¹⁸ Augrand Sandrine., *Mises en situation professionnelle des étudiants en soins infirmiers : les enjeux de la co-évaluation*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Cadre de Santé et de la licence en Sciences de l'éducation, IFCS Nantes, Université de Provence Aix-Marseille, juin 2004.

De son point de vue, l'excès de bonnes notes est le signe de pratiques d'évaluation défailtantes auxquelles elle doit remédier.

Une formatrice (CAD IFSI 4) évoque, quant à elle, un changement de direction dans l'institut de formation : *« avec M. c'est notre précédente directrice, je ne me sentais pas contrôlée puisqu'on en parlait souvent [des situations d'étudiants], de leurs difficultés, tout ça. On avait travaillé en équipe aussi l'évaluation en MSP [mise en situation professionnelle]. Depuis que la nouvelle directrice est là, on a l'impression, enfin je parle pour moi, j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'un étudiant a une mauvaise note, elle nous le reprocherait presque »*. Le discours de cette enquêtée illustre les interactions possibles entre évaluateur et directeur. La première directrice est vécue comme une ressource possible notamment dans le traitement des situations pédagogiques, la seconde semblant davantage perçue comme mettant en doute la compétence des formateurs.

La plus ou moins grande inquisition des directeurs s'appuie en général sur des conceptions pédagogiques implicites. Deux types de conceptions illustrant deux profils de directeurs sont repérables.

Pour les directeurs tenants du premier profil, les formateurs portent l'essentiel de la responsabilité dans la réussite ou l'échec d'un étudiant. Les formateurs ont-ils mis en place tous les moyens nécessaires à la réussite de ceux qu'ils doivent préparer au métier ? Face à l'échec des étudiants, les directeurs tenants du premier profil interviennent sur le dispositif pédagogique et cherchent à comprendre en quoi celui-ci n'a pas répondu aux objectifs de formation. L'activité d'évaluation des formateurs est alors susceptible d'être mise en cause.

Les propos d'une directrice (DIR IFSI 6) illustrent ce premier profil : *« je trouve les formateurs trop exigeants parfois. En anatomie, c'est un bon exemple, ils leur demandent un niveau presque fac de médecine, je ne vois pas l'intérêt. Tout comme poser des questions sur les maladies tropicales, ils feraient mieux de s'en tenir aux pathologies prévalentes »*. Par conséquent, pour cette enquêtée, le rôle de directrice suppose de superviser entre autres, le contenu des sujets d'évaluation théorique. Elle s'y attache, considérant en cela que les formateurs n'ont pas une appréciation juste du niveau attendu.

Pour les directeurs tenants du second profil, les étudiants portent l'essentiel de la responsabilité de leur réussite ou de leur échec. Les formateurs mettent en effet à leur disposition une organisation pédagogique dont ils doivent se saisir. Face à l'échec des étudiants, les directeurs tenants du second profil cherchent à comprendre si ceux-ci se sont donnés les moyens nécessaires pour mener à bien leur formation. Le dispositif pédagogique en général et l'activité d'évaluation des formateurs en particulier ne sont alors pas remis en question.

Un directeur (DIR IFSI 2) fait remarquer que : *« l'équipe pédagogique, c'est du sérieux, je les vois bosser. Quand je reçois un étudiant en difficulté dans mon bureau, j'essaie toujours de savoir quel investissement il a pu mettre dans sa formation parce que je sais que les formateurs sont disponibles. Je me demande s'il a fait ce qu'il fallait pour profiter au mieux de sa formation »*. Cet enquêté évoque une relation de confiance avec l'équipe de formateurs dont il vante la qualité et la disponibilité. Pour lui, les difficultés des étudiants sont d'abord liées à l'absence d'investissement individuel²¹⁹.

Au total, pour certains formateurs, la décision semble sous influence alors que pour d'autres, la présence hiérarchique n'est pas ressentie comme inquisitrice. De temps à autre, des étudiants qui auraient pu obtenir de mauvaises notes limitant ainsi leurs chances de succès peuvent se voir attribuer des notes que nous pourrions qualifier d'apolémiques. Par exemple, 10 ou 11/20 peuvent signifier que la performance du candidat est moyenne voire limite satisfaisante. En même temps, ce type de note garantit la paix sociale vis-à-vis de l'étudiant à qui la note permet de continuer son parcours, et vis-à-vis de la direction qui

²¹⁹ Ce débat est somme toute classique dans l'ensemble du système éducatif et de l'appareil de formation. Concernant l'échec scolaire par exemple, l'école en porte-t-elle la responsabilité en tant que système de reproduction des inégalités et des modes de domination ? Les structures sont ainsi mises en cause dans une vision néo-marxiste des problématiques liées à l'échec scolaire. Autre point de vue, de référence plus libérale cette fois, les élèves, en tant qu'acteurs disposant d'une marge de liberté, d'une possibilité d'agir sur leur destin, sont avant tout capables de choisir leur mode d'adhésion au système éducatif qui leur est proposé. Dans le premier cas, l'école doit être remise en cause, dans le second, c'est l'élève au contraire qui apparaît inadapté (De Queiroz, 2005, [1995], op. cit. 22).

n'interviendra pas. Pour les directeurs que nous avons qualifié d'inquisiteurs, l'image de l'institut aux yeux de leurs partenaires voire des organismes de tutelle semble un facteur de justification des pratiques de contrôle. Nous y reviendrons plus loin.

112 L'influence des cadres

Si les directeurs peuvent exercer une influence sur les décisions prises par les formateurs de l'institut en situation d'évaluation, les cadres le peuvent tout autant vis-à-vis des formateurs-soignants.

Le cas suivant est livré par Sandrine Augrand (2004, op. cit.), dans le cadre de son mémoire professionnel. Nous le reprenons *in extenso* afin que le lecteur puisse envisager la chronologie des événements. L'influence du cadre sur l'infirmière devant évaluer une stagiaire est alors manifeste. Le narrateur est l'auteur du mémoire.

« J'étais donc arrivée dans le service de cardiologie à l'avance. L'étudiante qui allait être évaluée pleurait dans le bureau des infirmières en tentant désespérément d'organiser sa matinée entre les soins à effectuer, son évaluation et la kinésithérapie prévue pour un des deux patients pris en charge. J'avais tenté de la rassurer en lui conseillant de privilégier les soins aux personnes et que le jury s'adapterait aux aléas. L'infirmière qui allait l'évaluer lui tenait le même discours, sans pour autant être plus efficace. L'étudiante demeurait toujours aussi angoissée sans en dire davantage. Nous l'avons laissée à sa planification des soins.

Environ une demi-heure après, cette même infirmière, une autre de ses collègues ainsi que trois aides-soignantes, et moi-même, étions en train de boire un café à la tisanerie, quand la cadre de santé du service arrive dans la pièce et s'adresse aux deux infirmières " je ne trouve pas ça normal de voir une étudiante en pleurs et paniquée avant son évaluation. Elle me dit qu'elle n'a pas été encadrée depuis le début de son stage, je ne veux plus que cela se reproduise. Les DE (les évaluations pour le Diplôme d'Etat s'étaient déroulées la veille dans ce même service pour deux étudiants de fin de formation) ne doivent pas être un prétexte pour ne pas encadrer les autres étudiants. Je répète que ce n'est pas recevable et je ne veux plus revoir ce genre de chose". Elle parlait fort et le ton était ferme. Une des

deux infirmières a tenté de répondre. La cadre l'a interrompue "j'espère que c'est clair, je ne veux plus que cela se reproduise". L'étudiante, qui avait entendu la discussion malgré la porte fermée, est venue, les yeux rougis et larmoyants. Elle s'adressait à la cadre en parlant de l'infirmière remise en question "ce n'est pas de sa faute, les DE sont plus importants je le comprends". Puis, la cadre est partie. L'infirmière concernée s'est alors adressée à l'étudiante en disant qu'elle exagérait parce qu'elle avait été la plupart du temps encadrée par une des étudiantes qui passait son DE et qui travaillait très bien. Elle lui a aussi rappelé qu'elle même l'avait encadrée dernièrement deux jours consécutifs. L'étudiante a, à son tour, quitté la pièce. L'infirmière qui n'avait jamais vu l'étudiante travailler et qui allait l'évaluer, a demandé à sa collègue de lui dire ce qu'elle en pensait. Cette dernière lui a répondu "je te laisse juger par toi-même, on en reparlera après". Cette phrase ainsi que l'expression du visage qui l'accompagnait pouvaient laisser entrevoir que l'étudiante rencontrait des difficultés mais de quel ordre ? Ma présence a-t-elle contribué à ce qu'elle ne donne pas d'indication ?

Les deux évaluateurs (une formatrice de l'IFSI [institut de formation en soins infirmiers] et l'infirmière) se connaissaient bien pour avoir été collègues dans le service voisin et en situation de MSP [mise en situation professionnelle] régulièrement ensemble. La formatrice a demandé des informations sur les prévisions du déménagement du service et sur l'ambiance qui y régnait. "Toujours pareil, en plus, on vient de se faire remonter les bretelles par manque d'encadrement de l'étudiante" a répondu l'infirmière.

Tout au long des soins présentés et de la démarche [présentation théorique du cas], l'étudiante a fait de multiples erreurs à tous les niveaux des savoirs, tant sur le plan des connaissances, que du savoir-faire et que du savoir-être. L'infirmière remise en question par manque d'encadrement, que nous avons croisé dans le couloir au cours de l'évaluation, a demandé comment cela se déroulait. Sa collègue lui a répondu tout bas "pas bien" en faisant une grimace. Elle a alors rétorqué "je m'en doutais, vu comment elle travaille".

Lors de la délibération, le jury a évoqué tous ces éléments que j'avais pu de mon côté repérer. La soignante souhaitait mettre une note globale de dix sur vingt malgré l'énumération des nombreuses insuffisances et son argumentation pointant

que les soins de base de première année n'étaient pas acquis (l'étudiante était en début de deuxième année). L'infirmière avait fini par minimiser, en disant qu'effectivement l'encadrement avait été défaillant et que l'étudiante n'avait pas non plus étudié le module cardiologie. Elle avait rajouté à l'intention de la formatrice "on lui met dix sinon elle va me tomber dessus". Cette dernière était en harmonie avec les manques relevés et la note proposée ? Je ne comprenais pas pourquoi elle accédait aussi facilement à cette proposition considérant de mon point de vue que la prestation était largement surévaluée. D'ailleurs, au moment de la remise de la note, la formatrice est restée plutôt en retrait. L'infirmière a repris l'ensemble des insuffisances. Presque à chaque point soulevé, l'étudiante évoquait une excuse justifiant les carences de ses gestes et propos. Une discussion, entendue dans la lingerie entre les deux infirmières et deux aides-soignantes, soulignait le manque d'initiative et de motivation de cette étudiante depuis le début du stage. L'entretien réalisé auprès de cette dernière a mis en évidence qu'elle ne s'attendait pas à une note aussi élevée. Elle pensait avoir un maximum de huit sur vingt. Elle ne s'est pas non plus remise en question et a argumenté le manque d'encadrement de l'équipe de soins, de l'identité de la formatrice qui l'avait bloqué par sa réputation d'être sévère... Ce n'est qu'en toute fin d'entretien au moment où je prenais congé, qu'elle a verbalisé "tout compte fait, je n'étais pas prête pour ces soins".

Quant aux propos de l'infirmière tenus lors de l'entretien, ils ont montré un paradoxe dans sa façon d'exprimer ses exigences concernant les soins aux patients et sa façon de noter la prestation de l'étudiante qu'elle a qualifiée de nettement insuffisante. Elle a déploré mettre la moyenne mais elle ne se voyait pas faire autrement, au regard des reproches faits par la cadre du service juste avant la MSP [mise en situation professionnelle] ».

Dans les services de soins qui accueillent les stagiaires, les cadres jouent un rôle sur le positionnement des infirmiers qui participent à un jury. Le cas précédent montre un cadre qui, manifestement, n'est pas satisfait de l'encadrement effectué par les infirmières et de son retentissement sur les conditions dans lesquelles la candidate devra passer son épreuve. L'émotion dont fait preuve la candidate impulse une connotation dramatique à la situation. Pour le cadre, la responsabilité en revient avant tout aux infirmières dont l'encadrement

est jugé défaillant²²⁰. Une prise de position très tranchée de la part du cadre, des reproches vifs ont conduit l'infirmière ayant participé au jury à chercher avant tout à ne pas subir de nouvelles représailles.

Une infirmière qui travaille en chirurgie (IDE SS 11) évoque un autre cas, celui « *d'un étudiant, qui était là depuis très longtemps, (...) il avait deux patients en charge seulement, il les connaissait bien, et c'était toujours les deux même patients qu'il avait depuis le début qu'il était là, et il y avait un patient qui avait des problèmes au niveau des yeux, tu dis, et bien écoute c'est tes deux patients, tu vas mettre les gouttes dans les yeux de ton patient, et il y avait deux flacons, les gouttes pour les yeux et un produit contre les champignons, un antimycosique, je ne sais pas quoi, un truc qu'on met au pli de l'aine voire ailleurs, et il en a beurré les yeux de son patient comme ça, je suis désolé non, ça se peut que l'on se trompe de produit mais pas dans des conditions comme ça, c'était son patient, il le connaissait, il avait été évalué, il avait fait sa démarche de soins, il savait que son patient avait des gouttes, enfin il était censé le savoir en tous les cas, et c'est vrai que ce type dans tout son comportement, il était quand même assez dangereux, assez laxiste, c'est des détails, mais il s'asseyait pour préparer ses injections, il s'endormait pendant les transmissions, plein de petits trucs comme ça. (...) Il y avait plein de petites choses, mais alors le coup de l'antimycosique dans les yeux, alors là je me suis fâchée, et c'est un type à qui on a mis 14 et moi je me suis fâchée ce jour là, ça, ça mérite 8 et je ne sais même pas encore. (...) En fait, l'orthopédie septique est un tout petit service, et il a toujours été avec moi, c'est pas de bol, il a toujours été avec moi, donc j'étais la seule en fait qui l'avait suivi, qui pouvait donner son avis, et la surveillante, qui est là en fait comme surveillante, donc qui est là aussi pour un peu trancher, je crois qu'on ne lui a pas mis 14 finalement mais on a du lui mettre 12, un truc comme ça, pas une trop sale note quand même (rires). (...) Pour elle [la surveillante], 12 c'était une très mauvaise note de toute façon dans sa tête et après, à la suite de ça,*

²²⁰ Les cadres, comme les directeurs d'institut de formation évoqués plus avant, manifestent une idéologie pédagogique particulière. Dans cet exemple, le cadre met en cause les infirmières et, à travers elle, le dispositif tutoral dont elles ont la charge. La responsabilité de la stagiaire ne semble, quant à elle, pas mise en cause. Une nouvelle fois, l'opposition entre système et acteurs est activée.

j'ai pris des nouvelles comme ça par d'autres stagiaires et, en fait, il n'est resté qu'un an à l'école d'infirmières ». Selon cette infirmière, la décision est prise par la responsable hiérarchique en désaccord avec elle. La note de 12/20 est effectivement une note de stage faible au regard des notes accordées en moyenne dans le secteur chirurgical (Joutard, 2001, op. cit), elle est par contre sans conséquences concernant le risque de sanction voire d'exclusion du stagiaire dont l'incompétence est pourtant dénoncée. Dans cet exemple, la note de stage est accordée en théorie par les formateurs-soignants ayant encadré le stagiaire. Dans la réalité, une négociation s'engage entre le cadre et l'équipe soignante, négociation qui en fait paraît asymétrique du fait de la position hiérarchique du cadre.

Finalement, les cadres, du fait de leur position hiérarchique, peuvent influencer les décisions concernant les stagiaires et ce, même s'ils ne participent pas directement au jury d'une mise en situation professionnelle par exemple. Le premier cas est particulièrement éloquent en la matière. Ils peuvent choisir au contraire de se tenir à distance et laisser l'entière décision aux formateurs-soignants qui ont encadré l'étudiant ce que n'a pas choisi de faire le cadre du second exemple. Le plus souvent, les cadres présentent leur fonction comme l'occasion d'introduire un tiers dans la relation d'évaluation.

Un cadre (CAD SS 10) décrit son fonctionnement avec les équipes soignantes : *« moi, je les laisse faire, l'encadrement des stagiaires, c'est pour les infirmières. De toute façon, avec tous les stagiaires que l'on reçoit, je ne peux pas faire autrement. Par contre, je me tiens au courant, je suis tout ça à distance, je laisse traîner les oreilles. Et si je suis alertée, s'il y a un problème, je m'en mêle. J'essaie d'aider tout le monde à y voir plus clair vu que je ne suis pas directement impliquée, c'est un peu comme ça que je vois mon boulot* ». Ce cadre envisage effectivement sa responsabilité dans des interventions ponctuelles concernant des situations qui semblent poser problème. L'accueil de nombreux étudiants en stage (cf. chapitre 3) est avancé comme un frein à un investissement plus important des cadres autour de l'accompagnement des stagiaires. D'une manière générale, les cadres le regrettent et ce d'autant qu'ils sont les premiers garants de l'image du service.

Quels peuvent être les enjeux pour le directeur d'un institut ou le cadre d'un service de soins dans ce type de situation qui les amènent à prendre plus ou moins de place dans ces débats *a priori* internes ? Au-delà des convictions propres à chacun sur ce qu'évaluer veut dire, en quoi et pourquoi ces questions viennent-elles intégrer les préoccupations managériales des uns et des autres ?

L'image, que certains nomment la réputation, engage ceux qui ont officiellement la responsabilité de la véhiculer voire de la défendre. De ce point de vue, les cadres et directeurs ayant en charge un service (de soins ou de formation) sont particulièrement exposés aux demandes d'explication voire de justification de la part des autres partenaires réels ou potentiels. Comment peut-on assumer le fait d'avoir 30% d'échecs en formation pendant que l'institut voisin annonce quant à lui seulement 5% ? De même, lorsque tel ou tel service hospitalier accorde entre 18 et 20/20 à tous les stagiaires, comment peut-il ne pas être comparé et jugé vis-à-vis de celui qui ne semble pas pouvoir accorder de notes supérieures à 15 par exemple ?

Les différentes hiérarchies sont aussi évaluées à travers ce type d'éléments observables, elles doivent éventuellement en rendre compte comme un indicateur parmi d'autres de leur activité. La médiatisation des résultats, par l'intermédiaire de la presse locale, constitue un exemple des types d'évaluation implicites auxquelles les établissements de formation peuvent être soumis. Il s'agit d'un des éléments externes de pression auxquels doit faire face tout responsable (Dutercq, 2000, p. 65)²²¹. Dès lors, ceux qui occupent des fonctions hiérarchiques, en fonction de la place qu'ils accordent à l'image externe du service choisissent d'influencer plus ou moins le cours des choses.

Les formateurs exerçant en institut de formation ont en général bien repéré ce type de logique qui anime leur co-évaluateur. L'un d'entre eux nous faisait remarquer à ce propos que « *comme c'est le service qui l'a encadré, on veut*

²²¹ Dutercq Yves., *Politiques éducatives et évaluation. Querelles de territoires*, PUF, Collection « Education et formation », Paris, 2000.

quelque part qu'il réussisse parce que ça reflète une image du service donc on veut pas qu'il échoue donc on va minimiser les choses » (CAD IFSI 5). Parmi les classiques enjeux de toute situation d'évaluation d'un stagiaire, nous remarquons que l'image du terrain de stage est centrale. Au-delà de l'épreuve à proprement parler, une question transparait : *« le stagiaire a-t-il été bien encadré ? »*. Si la performance observée pendant l'épreuve n'est pas satisfaisante, le terrain de stage pourrait-il en être responsable ? Ainsi, et bien qu'une mise en situation professionnelle n'ait pas pour objet d'apprécier la qualité des pratiques au sein d'une unité de soins, il n'en demeure pas moins que la prestation du stagiaire permet d'accéder à un certain nombre d'informations sur le service d'accueil. Le formateur-soignant peut dès lors éventuellement considérer que sa propre pratique sera jugée à travers la prestation du candidat. Le formateur de l'institut se trouve alors dans l'obligation de clarifier ses intentions : *« on prend des précautions, c'est-à-dire que on prévient qu'on évalue non pas la technique du service, la pratique du service mais qu'on vient regarder un étudiant »* (CAD IFSI 9).

Une formatrice (CAD IFSI 10) se rappelle de *« l'année où on a eu 6 échecs au diplôme d'Etat alors que d'habitude, c'était 0 ou 1, exceptionnellement 2. Pendant les résultats, j'étais gênée d'abord vis-à-vis des étudiants qui étaient émus, ça m'avait angoissé même ! Et puis, il y avait des invités comme tous les ans, le directeur de l'hôpital, l'infirmière générale et toute la clique, j'avais même un peu honte d'être là. Le directeur qui faisait toujours un discours plutôt flatteur sur l'institut alors là, raté ! »*.

La presse, nous l'avons vu, constitue un moyen de pression en lien avec l'image d'un établissement qu'elle peut véhiculer. Les cérémonies rituelles qui marquent notamment l'entrée en formation ou les résultats au diplôme des étudiants en fournissent un autre exemple. Les intervenants extérieurs à l'institut peuvent y faire part de leur propre appréciation du fonctionnement du dispositif pédagogique. Ainsi, une remarque même sibylline du directeur général de l'hôpital de référence peut provoquer des répercussions sur les pratiques à venir des formateurs.

Pour un directeur (DIR IFSI 7) *« c'est vrai que vis-à-vis de beaucoup de gens y compris notre hiérarchie, les tutelles, taux de réussite égale qualité alors que pour*

moi c'est pas ça. Tiens, tu vois le palmarès des lycées, c'est pareil alors qu'il faudrait comparer ce qui est comparable et puis merde, un étudiant qui nous quitte parce que infirmier, ce n'est pas son truc, ça fait baisser les stats mais c'est pas un échec quand même. C'est vrai qu'on est amené à se justifier là-dessus parfois ». Ces exemples montrent comment le regard porté par les partenaires, en flattant la réussite ou, au contraire, en stigmatisant l'échec, génère des attitudes interprétatives de la part de ceux qui ont pour mission de former et d'évaluer. En première ligne, les responsables hiérarchiques peuvent alors être tentés d'influencer le cours des choses en les répercutant sur ceux qui accompagnent quotidiennement les stagiaires.

12 Les stratégies de survie des évaluateurs

Quel sens peut avoir le fait de donner une note qui ne reflète pas la valeur de l'étudiant du point de vue de l'évaluateur ?

Ce type de décisions est à rapprocher de ce que décrit Peter Woods (1997, op. cit. 351-376) à propos des enseignants et qu'il nomme « *stratégies de survie* ». Woods décrit en effet comment les enseignants peuvent accommoder leurs pratiques de telle sorte que, en évitant de s'exposer à la critique, ils puissent maintenir leur intégrité identitaire. Ce type de positionnement permet d'éviter d'avoir à se justifier sans se mettre en faute en maintenant une pratique globalement consensuelle. Sous cet angle, le fait de mettre 10 à un candidat peut permettre d'éviter toute forme de justification institutionnelle tandis qu'un 8 expose davantage. La réglementation a prévu des notes éliminatoires lors des épreuves pratiques donc, la note inférieure à 8 a cette fois une valeur particulière du fait de sa répercussion sur le devenir du candidat. Les notes éliminatoires disposent pour elles-mêmes d'une visibilité institutionnelle et, en ce sens, elles attirent l'attention.

La plupart de nos interlocuteurs semble avoir repéré ce risque de visibilité institutionnelle comme l'exprime par exemple cette formatrice (CAD IFSI 2) « *il y a des gens qui se sentent peut-être sécurisés de toujours mettre la moyenne parce qu'ils ne se mettent pas en difficulté vis-à-vis des étudiants et qu'ils sont des bons formateurs parce qu'ils ne sanctionnent pas* ». Cette recherche de sécurité évoquée

rejoint en cela les analyses de Woods concernant les enseignants. Selon la même interlocutrice, il est vrai que « *si on met une mauvaise note, il y a des étudiants qui ne le prennent pas bien et il y a une certaine réputation qui peut se faire* ».

Selon le contexte hiérarchique, les notes éliminatoires peuvent être lues de manière différente. Soit elles signent le positionnement professionnel de formateurs qui prennent et assument leurs responsabilités y compris en écartant des candidats jugés incompetents ; soit, au contraire, elles reflètent des pratiques plus ou moins sadiques rejoignant l'idée véhiculée par les étudiants qu'il existe des « casseurs » parmi les évaluateurs. Ainsi, conséquence logique, les pratiques de tel ou tel évaluateur n'ont pas la même portée en fonction de l'institut dans lequel elles s'exercent. La pression hiérarchique qui en résulte influence alors plus ou moins les pratiques individuelles dans un schéma proche d'une causalité de type circulaire.

2 Le contrôle social des pairs

21 Le groupe et son influence

Les formateurs de l'institut ou les formateurs-soignants peuvent être interrogés par les responsables hiérarchiques au sujet de leurs pratiques d'évaluation. Cette interrogation est parfois vécue par les évaluateurs comme un moment de contrôle dont la conséquence immédiate peut être la recherche d'une évaluation que nous avons qualifiée d'apolémique. Cette situation relève en général du contrôle formel puisque la fonction hiérarchique commande dans une certaine mesure de superviser voire de vérifier la conformité des pratiques professionnelles des agents. Maintenant, en quoi peut-on repérer des moments de contrôles plus informels, c'est-à-dire effectués par des collègues en relation uniquement fonctionnelle avec ceux qui évaluent ?

Avant de revenir sur ce point, quelques précisions théoriques s'imposent. Peter Berger (1973, op. cit. 110) souligne que « *le choix de telle profession (ou plus exactement la profession à laquelle on finit par aboutir) soumet inévitablement l'individu à quantité de contrôles, dont certains s'avèrent extrêmement rigoureux. Il y a les contrôles officiels de l'administration, des organisations professionnelles et*

des syndicats... Mais il y a aussi, non moins importants, les contrôles informels des collègues et collaborateurs ». La sociologie a régulièrement montré comment, à la suite des travaux de Goffman (1968²²², 1973, op. cit.), des individus au sein d'un groupe subissent des pressions visant la conformité aux valeurs du groupe concerné. Sous cet angle, le contrôle social ne peut être réduit à celui qu'imposent les relations hiérarchiques, il est aussi observable au sein d'un groupe de pairs.

Lorsque Goffman (1968, op. cit.) analyse les relations sociales dans un hôpital psychiatrique, et plus largement au sein d'institutions qu'il qualifie de totales, il observe que les pressions du groupe sont particulièrement efficaces pour faire accepter à l'individu une nouvelle image de lui-même. L'influence des pressions sociales conduit à délaissier toute forme de jugement personnel pour se rallier à la parole du groupe. Le concept de dépersonnalisation occupe alors chez Goffman une place centrale pour montrer comment les choix individuels s'effacent au détriment de la volonté collective et institutionnelle. Dans un autre ouvrage, Erving Goffman (1973, op. cit. 76) notait qu' *« être réellement un certain type de personne, ce n'est pas se borner à posséder les attributs requis, c'est aussi adopter les normes de la conduite et de l'apparence que le groupe social y associe »*.

Dans le champ de la psychologie sociale, Asch, dans les années 40-50, avait également mis en évidence les mécanismes de persuasion à l'œuvre qui permettent d'influencer l'autre en insistant particulièrement sur la nécessaire ambiguïté de l'information véhiculée par l'influenceur (Boudon, Bouricaud, 2000, op. cit. 319). Watzlawick (1978, p. 91) en référence à Asch fait remarquer que *« le facteur sans doute le plus angoissant pour les sujets était le désir ardent et inébranlable d'être en accord avec le groupe... La volonté de renoncer à son indépendance, de troquer le témoignage de ses sens contre le sentiment confortable, mais déformant la réalité, d'être en harmonie avec un groupe, est bien*

²²² Goffman Erving., *Asiles, études sur la conduite sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1968.

entendu l'aliment dont se nourrissent les démagogues »²²³. Watzlawick (ibid. 90) put ajouter que « *la force numérique de l'opposition (...) était un élément important* » mais que « *la présence d'un partenaire solidaire représentait une aide précieuse pour s'opposer à la pression du groupe...* ». A l'hôpital, les réseaux d'influence sont actifs au sein des groupes, les équipes de travail n'y font pas exception.

22 L'influence du groupe des pairs

Après avoir participé à un jury de mise en situation professionnelle comptant pour les épreuves du diplôme d'Etat, une infirmière (IDE SS 9) évoque les pressions de ses collègues : « *j'ai embauché le matin pour faire passer le DE, il y avait 2 étudiants dans le même service. J'avais essayé les jours précédents de me tenir à l'écart des conversations concernant les deux stagiaires, ce n'est pas facile quand tu travailles quasiment tous les jours avec eux. Mais, je voulais rester objective, ne pas être trop sous influence. J'avais déjà entendu qu'ils n'étaient pas du même niveau parce qu'on avait un garçon et une fille. Tout le monde vantait la fille alors que le garçon, apparemment, ce n'était pas une crème ! Alors, pendant la MSP [mise en situation professionnelle] pour rester zen, bonjour ! Je me disais, "et si c'est le garçon qui est meilleur que la fille, ils vont rien comprendre". Avec le cadre, qui avait bien compris le truc, on avait décidé que j'embauchais [je prenais mon service] le matin pour l'examen et dès que c'était terminé, je débauchais. Comme ça, pas de justifications à fournir même si je me doutais bien qu'à mon retour, j'y aurais le droit mais bon, j'avais le sentiment de moins avoir la pression* ».

L'exemple de cette infirmière illustre le fait que les collègues de celui qui participe au jury cherchent à savoir comment l'épreuve s'est déroulée et pour quel résultat. Ainsi, les collègues présents, par leurs questions amènent à une transposition dans l'espace public des délibérations du jury. Le formateur-soignant, en participant à un jury, sait en général qu'il devra plus ou moins « lâcher » quelques informations. En tension entre le secret de la délibération et la

²²³ Watzlawick Paul., *La réalité de la réalité*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n° 162, 1978.

dimension éminemment publique qui accompagne le suivi d'un étudiant lors du stage, le formateur-soignant est sommé de choisir son camp. Parmi les arrangements possibles pour éviter d'avoir à se justifier devant ses pairs, celui qui consiste à prévoir (avec l'éventuelle complicité du cadre) un planning de travail qui limite les confrontations. Ainsi, le formateur-soignant qui « part en congés » après l'épreuve pourra mieux résister aux pressions du groupe qui cherche à en savoir plus.

De la même façon, celui qui « revient de congés » peut-être identifié par la hiérarchie comme disposant de davantage de neutralité dans la mission qui lui est demandée. Pour illustrer ce point, une infirmière rencontrée après une mise en situation professionnelle « houleuse » évoque un « stagiaire, c'était un garçon, avait fait une MSP [mise en situation professionnelle] catastrophique, et des fautes d'asepsie, et des fautes d'hygiène et on l'avait trouvé limite respectueux vis-à-vis des malades, vraiment nul quoi ! Moi, je rentrais de congés, je ne le connaissais pas et justement la surveillante m'avait proposée de le faire parce que j'étais plus neutre et qu'en plus, c'était un rattrapage, l'enjeu était de taille. Ah oui, parce que j'ai oublié de dire que c'était un troisième année et que si la MSP était ratée, il n'était pas présenté au DE [diplôme d'Etat]. Je crois qu'on lui a mis 4 ou 5/20 et j'étais persuadée que mes collègues n'allaient pas être surprises, y'avait pas photo ! Quand je leur ai dit ça, je me suis fait mais agresser, il n'y a pas d'autre mot, je suis tombée des nues. Mes collègues qui me disaient qu'il était vachement bien ce garçon, efficace, super disponible et que je l'empêchais d'aller au DE, qu'on n'avait pas le droit de descendre quelqu'un en troisième année, fallait le faire avant, que c'était son avenir qui était en jeu. Je ne savais plus où donner de la tête surtout que la cadre, elle ne prenait pas position elle, je me suis mise à douter, je ne comprenais plus rien. Ben ça, ça m'a vacciné, la prochaine fois, j'y réfléchirai à deux fois parce que tout ce pataquès et puis merci pour la culpabilité et le conflit dans l'équipe ».

Peter Berger (1973, op. cit. 106) avait noté combien « le ridicule et les cancons sont de puissants instruments de contrôle social dans tous les groupes primaires ». Ainsi, les pairs disposent de moyens d'imposer à un membre récalcitrant une vision partagée du monde social qui les entoure et, le cas échéant, de le contraindre dans la direction choisie par le groupe. Parmi les

risques encourus dans les équipes de travail d'une manière générale, l'éviction du groupe s'avère souvent dissuasive comme d'autres travaux ont pu le montrer. Par exemple, Merle et Le Beau (2004), dans une ethnographie d'un centre de tri postal, montrent comment des processus de mise en quarantaine peuvent s'enclencher pour qui veut s'écarter des pratiques d'alcoolisation du groupe²²⁴. L'infirmière précédente se retrouve au ban des accusés car elle n'a pas pris en compte la position du groupe (elle revenait de congés) concernant le stagiaire. Voulant se faire son propre avis sur ce candidat, elle met à l'épreuve ses futures relations professionnelles dans l'équipe de travail.

De ce point de vue, « *en tant que nous faisons tous partie d'équipes diverses, nous devons tous entretenir au fond de nous-mêmes un peu de l'agréable sentiment de culpabilité qui caractérise les conspirateurs* » (Goffman, 1973, op. cit. 103). Ainsi, celui qui évalue, ou plutôt qui co-évalue, trouve l'occasion de prouver sa loyauté aux valeurs portées par ses pairs. A moins qu'il ne choisisse de conspirer au sens de Goffman et de prendre une position qui ne soit pas vécue comme étant celle du groupe.

L'exemple le plus manifeste présent dans les entretiens (évoqué par CAD SS 2) porte sur la situation d'un stagiaire dont le niveau est considéré comme faible voire dangereux. Une infirmière fait par exemple remarquer au stagiaire pendant son stage les diverses situations où celui-ci s'est montré incompetent et elle conclue de la manière suivante : « *heureusement que tu n'as pas fait ça devant le formateur, il t'aurait boulé c'est sûr. Et puis ici, on casse pas les stagiaires, t'as de la chance* ». Comme Goffman le souligne, « *... il y a ce que l'on appelle parfois des secrets "inavouables". Ils consistent en des faits concernant une équipe, des faits qu'elle connaît, qu'elle cache et qui sont incompatibles avec l'image d'elle-même qu'elle s'efforce de maintenir devant son public* » (Goffman 1973, op. cit. 137). Dans l'exemple précédent, la conspiration a pour victime le formateur de l'institut. Les formateurs-soignants, quant à eux, en possession du secret (l'incompétence du stagiaire), défendent une identité collective de protecteurs d'étudiants.

²²⁴ Merle Pierre, Le Beau Bertrand., « Alcoolisation et alcoolisme au travail, ethnographie d'un centre de tri postal », *Revue française de sociologie*, 45-1, 2004.

Pour une de nos interlocutrices (CAD IFSI 12) qui réagissait par mail à certaines de nos analyses, « *on en revient à la dualité entre le bon terrain qui va accueillir ces futurs professionnels (position maternante) quels que soient leurs défauts ! Et le méchant institut qui vient représenter la loi, seul à trancher (position paternelle) et qui aide ainsi à la prise d'autonomie !* ». De l'avis de certains formateurs d'institut, le secteur psychiatrique est coutumier d'une position maternante. Par exemple, cette interlocutrice, ex-formatrice dans un institut, signale que « *en psychiatrie et ça, c'est mon expérience de formatrice qui me fait parler parce que c'était toujours les notes qu'on avait, c'est à dire des notes très élevées, (...) le problème est à mon avis une surprotection, une surprotection des équipes qui ont tendance à voir les gens comme une grande famille et les étudiants rentrant vite dans cette grande famille* » (CAD SS 1).

Mais la conspiration peut aussi être l'occasion de signifier son désir de collaboration avec le cadre tout en craignant de s'écarter des normes définies par le groupe infirmier. L'exemple suivant est rapporté par un cadre (CAD SS 8) : « *pendant les entretiens d'évaluation du personnel, j'ai tous les ans, une ou deux infirmières qui profitent de ce moment-là pour m'envoyer des messages. C'est vrai que j'ai une équipe assez raide avec un ou deux leaders négatifs enfin surtout un. Cet infirmier, c'est un homme, le seul de l'unité d'ailleurs, il a de l'aisance, de l'expérience mais il ne rate pas une occasion de critiquer l'institut. Les infirmières, je vois bien qu'elles se rangent à son avis. Et bien, c'est là que je voulais en venir, c'est pendant son absence ou en entretien avec moi qu'elles essayent de se démarquer* ». Comme le fait remarquer ce cadre, les pressions existent au sein des équipes infirmières, elles peuvent notamment tenter de définir la conduite groupale à tenir vis-à-vis des stagiaires et de l'institut de formation.

Les entretiens menés montrent une tension entre ce que Clot (2005, p. 15) appelle les dimensions personnelles, interpersonnelles et transpersonnelles du travail²²⁵. Clot qualifie de personnelle toute la « *dimension subjective et*

²²⁵ Clot Yves (sous la direction de)., *Enjeux du travail et « genres » professionnels dans la recomposition en cours des métiers de la fonction publique : le cas des professeurs de l'enseignement secondaire et du personnel soignant de gérontologie*, Rapport final présenté au

personnelle d'un sujet engagé dans une activité : son histoire personnelle, en particulier son histoire professionnelle qu'il cherche à rejouer ». Une seconde dimension est la dimension interpersonnelle qui « se caractérise par les relations interindividuelles, qu'il s'agisse de relations hiérarchiques, de relations entre pairs et plus largement des relations avec ceux qui ont le même métier ou le même objet de travail, auxquelles s'ajoutent les relations avec les destinataires, directs ou indirects, du travail réalisé ». Enfin, la dimension transpersonnelle « est le résultat, cristallisé à un moment donné mais jamais fixé, de l'histoire de la réorganisation du travail par ceux qui le font. Il dit la manière de prendre les choses et les gens dans la situation, il dit ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Cependant, en même temps qu'il soutient l'action, il la contraint par la même histoire des compromis qu'il porte. On comprend alors que ce genre professionnel n'appartienne à personne même quand chacun s'en porte garant, ce qui est loin d'être toujours le cas. Ainsi cette dimension transpersonnelle et son effet générique est une sorte de prescription endogène qui prend sa source dans le travail des collectifs de travail ».

Parmi les exemples qui illustrent les tensions entre ces trois pôles, celui de cet infirmier (IDE SS 14) qui évoque une stagiaire : « elle était "muette", ça je me rappelle, on n'entendait pas le son de sa voix. Son référent lui en avait parlé vers le milieu du stage, elle disait qu'elle était timide, pas très à l'aise. En fait, le stage s'est terminé et rien n'a changé, côté relationnel pas terrible quoi ! Alors quand il a fallu faire sa feuille de stage, moi j'ai dit qu'il fallait sanctionner ce qui me semblait être carrément de l'inhibition, pour des métiers comme les nôtres, ne pas parler aux gens, vous vous rendez compte... Quand j'ai dit ça, ça a provoqué un tollé dans l'équipe, les collègues me trouvaient dur, ils disaient que la timidité ça ne se sanctionne pas, ils étaient d'accord pour dire que le stage n'était pas terrible mais ils la trouvaient serviable. C'est devenu un peu tendu dans la salle de soins avec ceux qui étaient là. Une de mes collègues a dit que notre boulot, c'est d'aider les stagiaires et pas de les couler, que des ex-timides dans le personnel, il y en avait d'autres, que tout le monde pouvait évoluer... J'ai eu l'impression d'un rouleau

compresseur qui avançait sur moi, j'ai fini par leur dire de faire comme elles voulaient mais même avec du recul, quand tu es hospitalisé, tu as besoin d'avoir des gens qui te parlent, t'expliquent, etc. Je ne suis pas satisfait de la décision parce qu'on a rien fait pour la faire bouger et que finalement, pour certains collègues, du moment que tu es serviable... ».

Cet extrait d'entretien montre comment les convictions personnelles sur le métier (il est important de communiquer pour pouvoir échanger avec les malades et les collègues) se heurtent à d'autres convictions personnelles défendues au sein de l'équipe de travail (tout le monde peut évoluer, elle est serviable). Les dimensions personnelles (ce à quoi je crois et je tiens) et interpersonnelles (confrontation entre les dimensions personnelles) sont ainsi mises en évidence. Quant à la dimension transpersonnelle, elle apparaît lorsque les valeurs du groupe sont avancées (notre boulot, c'est d'aider les stagiaires, pas de les couler). Des situations similaires ont déjà été rencontrées et face à ce type de situation, c'est comme ça que l'on doit agir (des ex-timides dans le personnel, il y en avait d'autres).

23 Le risque de mauvaise réputation

Que l'évaluateur représente l'institut de formation ou le terrain de stage, les pressions sur celui-ci sont multiples. Elles émanent de la hiérarchie ou des pairs et différents champs de valeur, parfois incompatibles, sont à l'œuvre. En tout état de cause, les questions de réputation sont toujours en jeu.

La crainte principale ne pourrait-elle pas être de devenir le « *formateur qui colle* » (CAD IFSI 2) ? Au sein des équipes pédagogiques, des rôles peuvent être en effet institutionnellement attribués. Des formateurs pourraient ainsi devenir spécialistes des missions délicates. Selon certains interviewés, le risque existe. Pour une formatrice (CAD IFSI 2), « *tiens, les cas litigieux, les étudiants à problèmes, c'est chacun son tour parce que c'est pas qu'on a envie d'être aimé mais un minimum quand même parce que moi, je sais que je veux être juste mais on est tous humains quoi, sinon qui c'est qui va se trimballer la mauvaise réputation* ».

En effet, pour une autre enquêtée (CAD IFSI 1) « *ça va vite chez les étudiants, je vais peut-être monter les notes pour qu'on me foute la paix et que je ne passe pas*

pour la vilaine du coin». Les formateurs interviewés évoquent le risque de stigmatisation voire d'ostracisme au sein des équipes de travail. Ce risque apparaît fondé tant les étudiants, de leur côté, tentent de cerner les attentes mais aussi le profil de celui qui doit les évaluer (cf. chapitre 6).

Conclusion

Evaluer un stagiaire fait manifestement émerger des enjeux spécifiques dans le cadre d'une formation par alternance. Les terrains de stage sont toujours susceptibles d'être eux-mêmes évalués par l'institut de formation. Sont-ils en effet de bons terrains de stage ? Offrent-ils des garanties suffisantes quant à la qualité de la formation ? Peut-on leur faire confiance lorsqu'ils rendent un jugement concernant un étudiant ? Les réponses à ces questions, non exhaustives, contribuent à améliorer ou à détériorer l'image du terrain de stage. Il en va de même concernant les instituts qui par exemple, à l'occasion de la proclamation du taux de réussite des étudiants aux épreuves du diplôme d'Etat, ont l'occasion d'être jugés par leurs partenaires voire les institutions tutélaires. Ce regard peut être flatteur ou accusateur, contribuant à son tour, à construire la réputation de l'institut.

Ce contexte conduit parfois les responsables hiérarchiques à intervenir directement dans les procédures d'évaluation des étudiants. Certains tentent même d'infléchir les décisions prises par les évaluateurs. Ainsi, une activité de contrôle des pratiques d'évaluation tend à s'exercer de la part des responsables hiérarchiques. Il ne s'agit que d'une des deux dimensions possibles du contrôle social observé au cours de cette recherche. La seconde, parfois plus insidieuse, concerne le contrôle effectué par les pairs. Elle peut conduire à des attitudes collectives de protection des stagiaires, elle peut tout aussi bien conduire à leur exclusion.

Ainsi, tout évaluateur, qu'il agisse pour le compte de l'institut ou pour celui du terrain de stage, prend ses décisions dans un champ de contraintes sociales, lequel influence au moins pour partie, les décisions concernant les performances des stagiaires.

Le chapitre suivant montre comment les malades, loin d'être passifs, viennent à leur tour, participer aux décisions.

CHAPITRE 9 : Les malades, acteurs de l'évaluation des stagiaires

Introduction

Si les malades se rendent à l'hôpital avant tout pour y être soignés, il n'en demeure pas moins qu'ils participent également à la formation des soignants. L'étude des processus pathologiques au travers de cas cliniques fait partie des leviers essentiels de tout dispositif de formation aux professions de santé. De plus, les malades bénéficient de soins qui leur sont parfois dispensés par les « apprentis », qu'ils soient médecins, infirmiers ou encore aides-soignants. Dans cet échange avec ceux qui apprennent le métier, les malades peuvent adopter une posture plus ou moins active. Ils peuvent par exemple refuser de participer à cet apprentissage et exiger d'être pris en charge par un professionnel expérimenté ou, à tout le moins, diplômé. Ils peuvent tout autant choisir une situation plus passive et accepter de subir les différentes interventions des soignants. Dans une position médiane, ils collaborent et portent intérêt à ceux qui sont identifiés comme stagiaires. En tout état de cause, les malades déterminent le niveau de coopération qui sera le leur dans la formation des futurs soignants.

L'objet de ce chapitre consiste à mettre en évidence que les malades ne sont pas passifs dans une organisation de santé, bien au contraire. Ils en sont les acteurs, au même titre que les membres du personnel, mais leurs interventions sortent du cadre institutionnellement établi. Concernant l'évaluation des stagiaires, ils n'ont en effet aucun rôle officiel. Pour autant, ils peuvent tenter d'influencer, de manière plus ou moins consciente, les décisions d'un jury.

1 Solliciter la participation des malades

Lors des évaluations cliniques ou pratiques, appelées également « mises en situation professionnelle », rappelons que les stagiaires doivent présenter et exécuter des soins devant un jury composé de deux personnes. L'une d'entre elles, infirmière ou cadre, représente le service de soins autrement dit le terrain

de stage. L'autre membre du jury est un formateur de l'institut et par conséquent, étrangère au service dans lequel se déroule l'épreuve.

Les stagiaires doivent au préalable solliciter l'accord des personnes soignées afin qu'elles acceptent la présence du jury, lequel vient observer et noter la qualité des soins dispensés par le candidat. Les malades, que Bernard Dropsy (1995, op. cit.) appelle les « *collaborateurs souvent involontaires de l'apprentissage* », peuvent accepter ou refuser d'être les sujets d'une épreuve. Ils peuvent également donner leur accord sous conditions. Par exemple, une femme hospitalisée n'a pas souhaité donner son aval si le jury était masculin. Elle avait mis en avant sa pudeur et la difficulté pour elle de se retrouver nue devant plusieurs personnes, *a fortiori* masculines. Parfois, en raison de troubles psychiques, les malades refusent (en lien avec un sentiment de persécution notamment) et, de temps à autre, les équipes soignantes déconseillent au stagiaire de solliciter tel ou tel malade qui pourrait être perturbé par l'épreuve ou qui apparaît particulièrement fatigué. Mais, d'une manière générale, les personnes soignées donnent plutôt facilement leur accord même si les étudiants doivent souvent prendre le temps d'expliquer les finalités d'une telle organisation.

Officiellement, les malades ne sont pas désignés pour évaluer le stagiaire qui doit leur prodiguer des soins, ils n'ont donc aucune fonction d'évaluation affichée comme telle lors des épreuves. Leur collaboration consiste à accepter d'être regardés recevant des soins pendant que le candidat les dispense. Malgré tout, les malades utilisent, consciemment ou non, divers moyens de faire connaître leur degré de satisfaction et par conséquent, leur degré de soutien au candidat qui passe l'épreuve. Les évaluateurs se voient ainsi plus ou moins contraints de prendre en compte l'avis des personnes soignées, lesquelles peuvent aussi, de ce point de vue, influencer le cours de l'épreuve.

Anselm Strauss (1992, op. cit.), lorsqu'il évoque l'hôpital et son ordre négocié, a montré combien les malades étaient acteurs à part entière des

controverses qui engagent quotidiennement les personnels de santé²²⁶. Hughes ([1956], 1996, p. 65), quant à lui, mettait en évidence le rôle des malades dans la division même du travail entre les différents professionnels²²⁷. Ainsi, loin d'être passifs, les malades agissent et usent de leur marge de liberté dans une négociation plus ou moins officielle avec les membres du jury.

2 La parole des personnes soignées

21 Un indicateur de la qualité des soins

Il est désormais admis que le degré de satisfaction exprimé par les clients est un indicateur parmi d'autres de la qualité d'un produit ou d'un service. L'univers de la santé n'y fait pas exception. L'utilisateur est invité à donner son avis sur la qualité du service rendu. Le questionnaire de satisfaction constitue le principal outil de recueil des appréciations portées par les personnes soignées et leurs familles. La représentation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics de santé participe de la reconnaissance de cette parole. Si cette démarche officielle ne souffre aujourd'hui d'aucune contestation, des situations moins officielles cette fois permettent à ceux qui sont accueillis dans un établissement de santé de soutenir ou de dénoncer la qualité des soins dont ils estiment être l'objet.

L'étudiant en soins infirmiers peut alors plus ou moins compter sur la participation des malades en tant que soutien de sa propre épreuve. Il peut également être l'enjeu de tensions entre personnel soignant et malades autour de la qualité des soins dispensés.

²²⁶ Sur cette question de l'ordre négocié, on pourra se référer à Strauss (1992, op. cit.). Dans cet ouvrage, l'article « Négociations : introduction à la question » (1978), montre pourquoi, selon l'auteur, l'ordre social est obligatoirement un ordre négocié et donc nécessairement instable (pp. 250-251). Ce concept est également repris par Danièle Carricaburu et Marie Ménoret dans un pertinent ouvrage sociologique de synthèse sur l'univers de la santé (2004, op. cit. 30-33).

²²⁷ Voir pour cela : « Division du travail et rôle social », Midwest Sociologist, 1956 in Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996.

Bernard Dropsy, (1995, op. cit.) notait que « *lorsqu'une personne prise en charge renvoie une image de confiance et complimente l'étudiante sur ses capacités, cette élémentaire relation de transfert permet l'intégration d'une image professionnelle positive. Certains malades doivent le ressentir intuitivement, s'en servent avec une certaine complicité lors des évaluations en situation professionnelle, en insistant auprès des examinateurs sur les qualités intrinsèques de l'étudiante* ». L'interaction malade/stagiaire offre l'occasion au jury d'observer de manière plus ou moins explicite la connivence entre celui qui reçoit les soins et celui qui les exécute.

Manifestement, certains étudiants cherchent à montrer au jury et ce, sans ambiguïté, à quel point la personne soignée est d'ordinaire satisfaite des soins réalisés. Si d'aventure l'épreuve se déroulait mal, cela pourrait-il avoir un effet d'atténuation aux yeux du jury ? Le pari semble engagé en ces termes comme cette interaction observée en situation vise à le montrer :

- *Stagiaire : bonjour, Mme L., c'est Magali, je vous présente Mr J., mon professeur et Mme C., la cadre du service, vous la connaissez ?*
- *Malade : oui, elle est déjà venue me voir...*
- *Stagiaire : vous vous rappelez, ils viennent voir comment je travaille, je vous en ai parlé hier... (après les présentations, le jury se déplace pour saluer Mme L.),*
- *Malade : oui, oui, c'est moi qu'ils ont choisie alors ?*
- *Stagiaire : c'est ça, vous êtes toujours d'accord ?*
- *Malade : on fait comme d'habitude, vous m'avez dit, hein ?*
- *Stagiaire : oui, madame L., ça se passe bien d'habitude entre nous...*
- *Malade (Mme L. regarde le jury) : oh, c'est une brave petite, et puis elle est douce vous savez, oh oui qu'est-ce qu'elle est douce ! Ah, parce qu'elles ne sont pas toutes comme ça...*
- *Stagiaire : vous êtes gentille Mme L. (échange de sourires entre la stagiaire et Mme L.).*

Ce cas montre une complicité à peine voilée où le jury reçoit des informations en lien avec l'interaction malade/stagiaire depuis le début du stage. L'épreuve voit alors interférer des éléments extérieurs à la situation de soins à proprement parler. Le stage offre l'occasion au stagiaire de tisser des liens avec les malades, lesquels peuvent, au moment de l'épreuve, en faire état devant les membres du jury.

Les stagiaires peuvent également être confrontés à des malades qui prennent l'initiative, l'ambiguïté entre situation de soins et situation d'évaluation devenant alors patente. En situation d'observation, nous avons relevé le cas suivant :

La mise en situation professionnelle se déroule dans un hôpital de jour qui accueille des personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'étudiante, Anita, est en troisième année. Le jury est constitué de deux hommes, l'un est formateur en institut de formation, l'autre est infirmier, membre de l'équipe soignante qui a accompagné Anita pendant son stage. La situation de soins consiste en un entretien entre Anita et Roselyne, une patiente accueillie à l'hôpital de jour. Selon Anita, Roselyne est atteinte d'une « *déficience intellectuelle accompagnée d'angoisses massives parfois teintées d'agressivité* ». L'objectif de l'entretien, toujours selon Anita, consiste à faire le point sur la situation suivante. Anita a mis en place un atelier « fresque » à l'hôpital de jour et a sollicité Roselyne pour y participer. Celle-ci a refusé et depuis, ne cesse de solliciter Anita pour lui faire part de son goût pour la peinture. Anita souhaite donc éclaircir ce qui lui semble être un malentendu et éventuellement envisager comment Roselyne pourra s'inscrire dans un prochain atelier car en effet, l'atelier mis en place par Anita est complet à ce jour.

Pendant l'entretien auquel assiste les membres du jury, Roselyne fait part à Anita qu'elle a fait un dessin pour lui montrer ce qu'elle sait faire, elle ajoute également en se tournant vers le jury que ça plaira aux deux messieurs. En fait, comme Anita l'analyse plus tard devant le jury, Roselyne a voulu lui faire plaisir pour deux raisons semble-t-il. Tout d'abord, elle a semblé se culpabiliser d'avoir refusé la participation à l'atelier, ensuite, ayant compris qu'il s'agissait d'un

examen pour Anita, elle a tenu à montrer à quel point elle pouvait être coopérante.

Du simple fait de sa présence, le jury influence la relation soignant/soigné dans laquelle sont engagés un étudiant en stage et un malade. La situation de soins n'est pas immédiatement dissociable de la situation d'évaluation. Ainsi, se comporter en « bon » ou en « mauvais » malade offre l'occasion au stagiaire de faire face à un degré variable d'imprévu. Anita avait-elle choisi Roselyne parce qu'elle pensait qu'elle allait probablement se comporter ainsi devant le jury ? Roselyne pouvait-elle utiliser la situation pour en quelque sorte se racheter aux yeux d'Anita ? En acceptant de participer à l'épreuve d'Anita, Roselyne ne donnait-elle pas déjà un minimum de garanties quant à la teneur de sa participation ? Probablement, quoique dans un certain nombre de cas, le malade peut aussi se saisir de la situation pour faire état de son mécontentement.

23 Une occasion pour le malade de dénoncer les mauvaises pratiques

Comme nous l'avons précédemment fait remarquer, la situation d'évaluation d'un stagiaire favorise la complicité avec les malades qui acceptent de participer à l'épreuve. En ayant demandé les autorisations nécessaires, le stagiaire est entré en communication avec la ou les personnes soignées et généralement, ces dernières ont le souci d'être de « bons » malades afin de ne pas entraver un dénouement favorable de l'épreuve. Cependant, il arrive qu'il puisse en être autrement lorsque la présence de plusieurs personnes dans la chambre, et notamment celle d'un tiers extérieur au service (le formateur de l'institut) offre l'occasion au malade de faire entendre sa plainte. La situation suivante résulte d'une observation dans un service de cardiologie.

Les membres du jury (un cadre représentant l'institut de formation et le cadre de l'unité de médecine concernée) pénètrent dans une chambre. L'étudiante en troisième année est arrivée la première quelques minutes auparavant. En entrant, le jury constate la colère de la patiente face à laquelle l'étudiante semble décontenancée. Le cadre décide alors de prendre les devants et va se présenter à cette patiente, ce qui donne l'interaction suivante :

- *Cadre : bonjour, madame D., je suis madame B. la surveillante du service, quelque chose ne va pas ?*
- *Malade : ah, vous tombez bien vous, parce que la petite (regard vers la stagiaire), elle est bien gentille mais elle ne décide de rien elle ! Ca fait plusieurs fois qu'elle me dit qu'elle prévient le médecin, je sors cet après-midi et rien, je ne sais toujours pas avec quels médicaments je sors, je n'ai pas eu les résultats de mes derniers examens mais j'apprends que je sors, comme ça, sans explications !*
- *Stagiaire : j'ai prévenu le docteur G. mais madame D. dit qu'il n'est pas venu la voir.*
- *Cadre : il est dans le couloir, il fait sa visite, je retourne le prévenir, il va venir vous voir, ne vous inquiétez pas.*

La surveillante sort de la chambre et effectivement se dirige vers le médecin qui discute avec un interne dans le couloir. Elle revient dans la chambre quelques instants après et informe Mme D. que le médecin passera « sans faute » la voir avant sa sortie. L'étudiante peut alors commencer ses soins auprès de Mme D.

Plus tard, lors de l'annonce de la note, le cadre du service reprochera à la stagiaire de ne pas s'être montrée suffisamment insistante auprès du médecin. Ce cadre considère qu'une étudiante de troisième année, à quelques mois de son diplôme, doit aussi assumer ce type d'interface au sein de l'équipe soignante. La stagiaire lui répondra qu'elle n'a pas osé déranger le médecin. Le cadre répondra à son tour que le docteur G. est un homme charmant et que si elle n'ose pas avec lui, qu'est-ce qu'elle fera face à certains médecins autoritaires comme il peut en exister²²⁸.

²²⁸ Les rapports sociaux à l'hôpital sont encore parfois imprégnés d'une relation dominant/dominé où les statuts prennent le pas sur la compétence et où le monde masculin exerce son pouvoir dans une organisation au personnel pourtant majoritairement féminin. Voir Dubet François., « Entre technique, relations et organisation : les infirmières » in Dubet François., *Le déclin de l'institution*, Editions du Seuil, Collection « L'épreuve des faits », Paris, 2002, p. 227.

Ce dernier cas montre que la personne soignée, mécontente des conditions prévues pour sa sortie de l'hôpital, ne prend pas en compte la situation d'examen à laquelle est confrontée la stagiaire. Pour cette malade, à l'évidence, la colère due à ce qu'elle considère comme un dysfonctionnement du service de cardiologie l'emporte sur une éventuelle connivence avec la candidate. Contrairement aux cas précédents, la candidate n'est pas repérée comme un interlocuteur fiable par la malade qui trouve cependant dans la situation d'examen un moyen d'exprimer publiquement son mécontentement. Le jury en tiendra compte dans son évaluation en retenant l'argumentation du cadre du service selon laquelle une étudiante de troisième année doit pouvoir mieux remplir son rôle d'interface entre les malades et l'équipe médicale.

24 Dire ou ne pas dire son mécontentement

Les malades sont parfois dans une position ambiguë vis-à-vis des stagiaires avec lesquels ils ont pourtant noué des liens au cours de l'hospitalisation. Le cas suivant en fournit l'illustration.

Caroline est étudiante en deuxième année. Elle se rend dans la chambre d'une personne soignée. Il s'agit d'un homme d'environ 50 ans hospitalisé pour un état dépressif. Caroline doit lui poser une perfusion d'antidépresseurs. La préparation de la perfusion n'a pas posé de problèmes particuliers à cette étudiante. Par contre, la pose du cathéter dans le bras de la personne la met en difficulté. A deux reprises, Caroline échoue, elle ne parvient pas à introduire le cathéter dans la veine de la personne soignée. Caroline se montre de plus en plus mal à l'aise, elle a le visage rouge, tremble, bafouille. A l'évidence, elle ne sait pas quelle décision prendre. Elle propose alors de faire une troisième tentative. Le formateur de l'institut refuse, le formateur-soignant acquiesce à la décision de son collègue. Le jury estime que la collaboration du malade a assez duré, une infirmière du service va donc intervenir et poser la perfusion à la place de Caroline.

Pendant les tentatives de Caroline, le malade vivait manifestement une situation d'inconfort. Cet homme grimaçait à chaque tentative de la stagiaire. Son regard semblait chercher le soutien des membres du jury ce qui a

vraisemblablement précipité leur intervention. Pour autant, avant que le jury et la candidate ne quittent la chambre, le malade s'adresse à Caroline pour lui dire : « *pourtant d'habitude, vous y arrivez bien* ».

Le jury, lors de la délibération, ne reproche pas à Caroline d'avoir échoué dans la réalisation de son geste. De manière quasi-unanime, les évaluateurs considèrent que n'importe qui, même expérimenté peut ponctuellement faire preuve de maladresse. En revanche, pour le jury, un candidat qui donne l'impression de vouloir « s'acharner » sur une personne soignée, plus préoccupé de sa propre réussite que du confort de celui à qui elle prodigue des soins, est un candidat qui doit être sanctionné.

Le malade, peu loquace pendant cette situation d'examen, a tenu malgré tout à faire savoir au jury que d'habitude Caroline faisait preuve d'une meilleure dextérité comme si finalement, il demandait aux examinateurs d'en tenir compte mais son intervention n'a pas abouti.

Conclusion

Au cours de ce chapitre, nous avons mis en évidence combien les malades pouvaient agir au bénéfice mais aussi au détriment du stagiaire y compris pendant le déroulement de l'épreuve. Une infirmière (IDE SS 11) résume la situation et souligne que lorsque « *les patients nous disent "oh ! ce qu'il est gentil votre petit stagiaire" ou des choses comme ça, moi je me rappelle on avait un élève qui était nul, mais nul, mais quand il faisait, il avait pris en charge plusieurs malades qui avaient un cancer osseux, il faisait la toilette complète le matin, il aimait bien faire ça, et les gens ne voulaient que lui, et je trouve que c'est bien, c'était un plus pour lui, parce que c'est vrai qu'il n'était pas très bon par ailleurs, il avait du mal à apprendre, je crois, il avait du mal à faire ses calculs de doses, il lui fallait une demi-heure pour calculer un truc, il prenait des papiers, des crayons et tout, c'est vrai que c'était dur pour lui, mais je pense que dans une équipe on l'aurait bien vu, parce que, aussi bien vis-à-vis des médecins, que du reste du personnel, que des patients, c'était quelqu'un qui était bien, bien à sa place et qui aurait pu faire quelque chose de bien* ». Autrement dit, bien que ne faisant pas partie du jury, les malades interviennent et, de manière plus ou moins explicite, cherchent à influencer les

décisions qui vont être prises. Parfois complices des stagiaires, parfois plus à distance, en tout état de cause, leurs réactions constituent pour l'évaluateur un des indicateurs de la qualité des soins dispensés.

CHAPITRE 10 : De l'effet évaluateur à l'effet établissement

1 Effet-maître et effet-évaluateur

Depuis les années 50 aux Etats-Unis et à partir des années 80 en France (Altet et al, 1994/1995), de nombreuses recherches ont montré que le style de l'enseignant (Altet, 1996), toutes choses égales par ailleurs, avait des répercussions sur les performances des élèves²²⁹. Ce que l'on a appelé l'effet-maître oriente pour partie le niveau de réussite aux épreuves scolaires et valide l'hypothèse selon laquelle le processus enseigner-apprendre ne peut se réduire à la mise en œuvre de procédures et méthodes, fussent-elles didactiquement validées. Selon Altet et al, (1994/1995, op. cit.), les conclusions de l'ensemble des travaux sur l'effet-maître convergent et le quantifient de 10 à 20% de la variance totale des acquisitions. Ainsi, l'interaction entre le maître et l'élève participe du processus même d'apprentissage et, comme Marc Bru l'a montré, le degré de variabilité dans l'organisation pédagogique est considérable d'une classe à une autre (Bru, 1991). Dès lors, la trajectoire de l'élève peut s'en trouver sensiblement modifiée²³⁰.

Cette même variabilité est observable concernant les pratiques d'évaluation qui font partie intégrante de l'effet-maître (Felouzis, op. cit. 1997). La docimologie et, à sa suite, la sociologie de l'évaluation, ont apporté un certain nombre de réponses explicatives de cette variabilité dans le champ des pratiques

²²⁹ Altet Marguerite, Bressoux Pascal, Bru Marc, Leconte-Lambert Claire., *Vers une meilleure connaissance de l'effet-maître, les caractéristiques des pratiques d'enseignement au CE2*, Rapports de recherche (Etude exploratoire des pratiques d'enseignement en classe de CE2, 1994 et Etude des pratiques d'enseignement au CE2, deuxième phase, 1995).

²³⁰ Bru Marc., *Les variations didactiques dans l'organisation des conditions d'apprentissage*, Editions universitaires du sud, Toulouse, 1991. Voir également à ce propos Bressoux Pascal., « Réflexions sur l'effet-maître et l'étude des pratiques enseignantes », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 2001.

scolaires (Abernot, 1996, op. cit. ; Bonniol, 1972 ; Felouzis, 1997, op. cit. ; Merle, 1998, op. cit. ; Piéron, 1969)²³¹.

On peut donc parler d'un effet-évaluateur même s'il semble difficile d'en cerner la portée quant au devenir de ceux qui sont évalués. Toutefois, les différents travaux en la matière ont montré que si le baccalauréat devait se dérouler sur une seule épreuve, quelle qu'elle soit, il serait difficile d'en prévoir le résultat pour les élèves concernés. Le degré de prévisibilité de la réussite des candidats au regard des résultats observés sur l'ensemble de l'année s'en trouverait considérablement réduit. Autrement dit, la réussite ou l'échec à l'examen serait trop tributaire de l'examineur. Le baccalauréat comportant plusieurs épreuves, cet effet s'en trouve alors atténué (Merle, 1998, op. cit. 9-10). En d'autres termes, obtiennent leur examen les élèves qui doivent en principe l'obtenir, c'est-à-dire ceux dont les résultats observés tout au long de l'année offraient un certain nombre de garanties quant à leur potentiel de réussite.

Nous pouvons dès lors raisonnablement nous demander dans quelle mesure les pratiques des évaluateurs et l'organisation des épreuves au sein des instituts de formation orientent en partie la trajectoire des candidats ? Les chapitres précédents ont permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs interférant dans la décision d'un jury en situation d'évaluation. L'étude qui va suivre porte sur les pratiques d'évaluation au sein de deux instituts de formation, lesquelles apparaissent plutôt dissemblables en la matière.

2 De la diversité des manières de noter, l'effet évaluateur

Au sein des équipes pédagogiques, les formateurs évaluent et notent les prestations des étudiants. Leurs pratiques en la matière s'avèrent pour le moins hétérogènes. Cette disparité peut être observée entre les évaluateurs au sein d'un même institut mais également entre les instituts eux-mêmes.

²³¹ Bonniol Jean-Jacques., *Les comportements d'estimation d'une tâche d'évaluation d'épreuve scolaire*, étude de quelques-uns de leurs déterminants, Thèse de 3^{ème} cycle, Aix-en-Provence, Université de Provence, 1972 ; Piéron Henri, *Examen et docimologie*, PUF, Paris, 1969.

21 Choix des établissements

211 Des établissements aux réputations différentes

L'objectif a été d'organiser une collecte de notes dans des établissements où, manifestement, les pratiques divergent. Ainsi, nous souhaitons comprendre pourquoi ces pratiques se distinguent entre elles, c'est-à-dire identifier les logiques d'actions qui les sous-tendent.

Deux instituts de formation ont été retenus car leur « réputation » en terme d'évaluation diffère. Des entretiens informels menés dans le premier institut (IFSI Ambroise Paré), faisaient état d'une directrice plutôt de type « maternant ». Certains interlocuteurs avaient remarqué par exemple, qu'elle accordait systématiquement le redoublement aux étudiants qui le sollicitaient. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'exclusions dans cet institut ces dernières années. En outre, dans cet institut, il n'existe pas de travail institutionnel autour des pratiques d'évaluation.

Concernant le second établissement (IFSI Léonie Chaptal), la réputation était inverse. Les redoublements n'étaient pas systématiquement accordés et des exclusions régulières d'étudiants avaient lieu (une pour motif disciplinaire et les autres pour des insuffisances théoriques ou pratiques). Par ailleurs, dans le second institut, une réflexion institutionnelle sur l'évaluation avait vu le jour et avait conduit à une refonte des outils utilisés (grilles) ainsi qu'à la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques pédagogiques.

A partir de ces premières informations, nous avons choisi de retenir ces deux établissements qui par ailleurs, étaient relativement faciles d'accès (géographiquement notamment). En effet, des « collègues-relais » ont permis d'accéder aux données (feuilles d'évaluation) qui étaient disponibles dans les dossiers des étudiants. Le travail de saisie qui s'en est suivi nécessitait au minimum la collaboration des formateurs ou des secrétaires qui avaient accès aux dossiers.

Il ne s'agit pas ici de chercher à comparer ces deux instituts de formation toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en isolant une variable (l'hétérogénéité des pratiques d'évaluation par exemple) pour en mesurer les

effets sur le taux de réussite des étudiants par exemple. Comme nous le verrons, ces deux instituts ne sont pas semblables en plusieurs points. Nous essaierons plutôt d'analyser en quoi les pratiques diffèrent entre ces deux instituts et quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer ces différences.

212 Les données recueillies : les notes de mise en situation professionnelle

La collecte des données s'est déroulée lors du dernier trimestre 2005. Elle porte sur l'ensemble des notes attribuées au cours des épreuves de « mise en situation professionnelle » et disponibles dans les dossiers des étudiants en formation au moment de la saisie. Nous avons donc recueilli des données relatives à l'activité d'évaluation de ces deux instituts à un instant donné, sur une période identique.

Les notes de mises en situation professionnelle sont accordées, nous l'avons vu, par un jury constitué de deux personnes. Le formateur-soignant est en quelque sorte un évaluateur occasionnel. Par contre, le formateur de l'institut évalue des étudiants toute l'année. Autrement dit, le formateur de l'institut constitue la permanence tandis que le formateur-soignant est un collaborateur ponctuel. Concrètement, les jurys sont composés à chaque fois de personnes différentes. Sur l'ensemble de l'activité d'évaluation d'un institut de formation, l'effet « formateur-soignant » est alors secondaire vis-à-vis de l'effet « formateur de l'institut ». Ponctuellement, et concernant l'étude de cas particuliers, il en va bien sûr tout autrement comme nous l'avons notamment évoqué au cours du chapitre 5. Par contre, sur une activité plus générale, à l'échelle d'un établissement, cet effet est négligeable.

Ainsi, les formateurs-soignants participent, sauf exceptions, à moins de 10 jurys de mises en situation professionnelle par année alors que les formateurs de l'institut peuvent en évaluer entre 40 et 70 sur la même période²³². C'est pourquoi

²³² La fourchette donnée est large car nous avons constaté dans les établissements enquêtés que les différents évaluateurs n'ont pas une activité semblable. Certains formateurs-soignants ne participent jamais aux jurys de mise en situation professionnelle tandis que d'autres y sont régulièrement convoqués. Leur plus ou moins grand niveau d'investissement autour de la formation des stagiaires peut être un facteur explicatif (cf. chapitre 5). Concernant les formateurs

nous avons relevé les notes accordées par les jurys auxquels ont participé les formateurs de l'institut selon les modalités présentées ci-dessous :

Jury n°1	Membres du jury	Fonction
	Mr Martin	Cadre de santé, formateur de l'institut
	Mme Dupont	Infirmière, formateur-soignant

Jury n°2	Membres du jury	Fonction
	Mr Martin	Cadre de santé, formateur de l'institut
	Mr Laurent	Infirmier, formateur-soignant

Jury n°3	Membres du jury	Fonction
	Mr Martin	Cadre de santé, formateur de l'institut
	Mme Lemoine	Cadre de santé, formateur-soignant

L'ensemble des notes des jurys auxquels Mr Martin, cadre de santé, formateur de l'institut a contribué, a été relevé. Ces notes ont été identifiées comme étant celles accordées par Mr Martin considérant que l'action de l'autre membre du jury n'est pas significative sur l'ensemble des évaluations conduites par le formateur de l'institut.

Nous avons choisi de mettre en évidence plusieurs indicateurs, lesquels permettent de comparer les pratiques au sein des deux instituts retenus :

de l'institut, le phénomène est également observable même s'il semble moins aigu puisque certains participent, à temps de travail égal, à presque deux fois plus de jurys que d'autres.

- la moyenne des notes accordées par chaque évaluateur souligne les différences entre évaluateurs au sein d'un même institut,
- de manière complémentaire, pour affiner l'analyse, l'écart-type, la note la plus haute et la plus basse sont présentées pour chaque évaluateur,
- ces mêmes indicateurs sont également présentés et globalisés pour chaque institut en vue d'identifier les différences entre les deux établissements,
- les notes inférieures à 10 ont été mises en évidence puisqu'elles ont des répercussions sur la poursuite ou l'arrêt de la formation des étudiants. Les notes inférieures à 8 sont également distinguées car elles sont éliminatoires²³³.

213 Le public accueilli : similitudes et différences

Les étudiants accueillis dans ces deux instituts viennent-ils des mêmes filières ? Ces publics peuvent-ils être considérés comme homogènes ? Deux indicateurs sont mobilisables :

- le niveau scolaire des étudiants avant leur accès à la formation,
- la catégorie socioprofessionnelle des parents.

Les tableaux suivants montrent de manière comparative l'origine scolaire des étudiants présents au sein des deux instituts.

²³³ Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

Par conséquent, depuis cette évolution réglementaire, les règles ont changé. Une note inférieure à 8 est désormais éliminatoire ce qui n'était pas le cas avant le texte de 2001. Autrement dit, un étudiant qui obtenait 7 et 14 était jusque là reçu puisqu'il obtenait les 20 points minimum nécessaires sur les deux épreuves. Maintenant, ce même candidat doit passer une épreuve de rattrapage puisque la note 14 ne compense pas celle de 7.

	IFSI Ambroise Paré	IFSI Léonie Chaptal
Niveau d'études ou diplôme inférieur au baccalauréat	1,38%	1,28%
Baccalauréat	79,31%	75,64%
Niveau d'études ou diplôme supérieur au baccalauréat	19,31%	23,08%
Total	100%	100%

Source : Etablissements de formation aux professions de santé,
Rapports annuels de fonctionnement 2004 et 2005.

Série du baccalauréat	IFSI Ambroise Paré	IFSI Léonie Chaptal
L	9,61%	7,02%
ES	21,4%	21,05%
S	41,48%	36,84%
STI	0%	0%
STL	1,31%	0%
STT	5,68%	3,51%
STPA	0%	1,75%
SMS	19,65%	28,07%
HOT	0%	0%
F11	0%	0%
PRO	0,87%	1,75%
NR	0%	0%
TOTAL	100%	100%

Source : Etablissements de formation aux professions de santé,
Rapports annuels de fonctionnement 2004 et 2005.

Les données montrent un public relativement homogène du point de vue de l'origine scolaire entre ces deux instituts à une réserve près. Elle concerne la proportion des bacheliers S et SMS. L'institut Ambroise Paré reçoit en effet 41,5% de bacheliers série S et 19,6% de bacheliers série SMS. L'institut Léonie Chaptal reçoit, quant à lui, 36,8% de bacheliers série S et 28,1% de bacheliers série SMS. Un second tableau montre que, parmi les étudiants présents au sein des deux

instituts, l'institut Léonie Chaptal a plus d'étudiants ayant entamé des études post-baccalauréat avant d'avoir commencé la formation infirmière.

Au total, si les bacheliers série S sont moins représentés au sein de l'institut Léonie Chaptal, les étudiants ayant entamé des études post-baccalauréat y sont par contre plus nombreux (23,1% pour 19,3%).

Le public accueilli dans l'institut Ambroise Paré peut-il toutefois être considéré comme disposant de davantage de chances de réussite ? Et avec l'argument que les bacheliers de la série S réussissent mieux en formation que ceux des autres séries et notamment ceux de l'autre série la plus représentée à savoir la série SMS ?

L'absence de données nationales sur le sujet conduit à explorer l'origine scolaire des étudiants ayant échoué en formation au sein de l'institut Ambroise Paré. Nous avons considéré comme étudiants ayant échoué ceux qui ont, ou bien abandonné la formation ou en ont été exclu ou encore ceux qui ont du redoubler.

IFSI Ambroise Paré, taux d'échec par filière du baccalauréat :

Série du baccalauréat	Pourcentage d'étudiants inscrits	Pourcentage d'étudiants en échec	Ratio (Echecs/Inscrits)
SMS	19,65%	20,97%	1,07
S	41,48%	35,48%	0,86
ES	21,4%	16,13%	0,75
STT	5,68%	12,90%	2,27
L	9,61%	9,68%	1,01

Source : données statistiques internes (années 2001-2006).

Nb : Dans ce tableau, apparaissent les chiffres des cinq séries du baccalauréat les plus représentatives. Ainsi, les données concernant les baccalauréat professionnels ou les diplômes professionnels (diplôme professionnel d'aide-soignant par exemple), trop peu significatives, sont exclues de la présentation bien que permettant l'accès au concours.

Ce tableau de synthèse montre que la proportion de bacheliers série L ou SMS ayant échoué est sensiblement la même que celle des inscrits. Par contre, la proportion des bacheliers série S ou ES ayant échoué est inférieure à celle des inscrits. Pour la série STT, par contre, la proportion des étudiants ayant échoué s'avère supérieure à celle des inscrits. Au final, et pour cet institut, les bacheliers série S ou ES réussissent mieux en formation que ceux des séries SMS, L et STT.

Concernant l'institut Léonie Chaptal, ces premiers constats sont-ils similaires ?

IFSI Léonie Chaptal, taux d'échec par filière du baccalauréat.

Série du baccalauréat	Pourcentage d'étudiants inscrits	Pourcentage d'étudiants en échec	Ratio (Echecs/Inscrits)
SMS	28,07%	27,27%	0,97
S	36,84%	27,27%	0,74
ES	21,05%	18,18%	0,86
STT	3,51%	9,09%	2,59
L	7,02%	6,06%	0,86

Source : données statistiques internes (années 2001-2006).

Ce second tableau de synthèse montre que la proportion de bacheliers série L ou SMS ayant échoué est sensiblement la même que celle des inscrits. Par contre, la proportion des bacheliers série S ou ES ayant échoué est inférieure à celle des inscrits. Pour la série STT par contre, la proportion des étudiants ayant échoué s'avère supérieure à celle des inscrits. Au final, pour l'institut Léonie Chaptal, les bacheliers série S ou ES réussissent mieux en formation que ceux des séries SMS, L et STT. Le phénomène observé est grosso modo le même que pour l'institut Ambroise Paré.

Par conséquent, si l'on considère l'origine scolaire des étudiants présents dans ces deux instituts, il faut remarquer que ceux qui sont accueillis au sein de l'IFSI Ambroise Paré ont potentiellement une meilleure chance de réussite que ceux de l'IFSI Léonie Chaptal.

Le deuxième indicateur retenu concerne l'origine sociale des étudiants inscrits dans ces deux établissements.

Le tableau suivant montre l'origine sociale des étudiants nouvellement inscrits en 2004 et 2005. La catégorie sociale retenue est celle du parent chef de famille.

	IFSI Ambroise Paré	IFSI Léonie Chaptal
Agriculteurs	4,84%	7,59%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,84%	12,66%
Cadres et professions intellectuelles du supérieur	31,83%	17,72%
Professions intermédiaires	16,61%	13,92%
Employés	18,34%	21,52%
Ouvriers	18,34%	22,78%
Inactifs	1,04%	0%
Non réponse	4,15%	3,8%
Total	100%	100%

Source : Etablissements de formation aux professions de santé,
Rapports annuels de fonctionnement 2004 et 2005.

Concernant l'origine sociale des étudiants inscrits dans ces deux établissements, deux caractéristiques sont présentes :

- la proportion d'étudiants, enfants de cadres et professions intellectuelles du supérieur, est plus élevée (31,8% pour 17,7%)

dans le premier établissement (Ambroise Paré) qui est un institut situé en milieu urbain. Le second institut (Léonie Chaptal) est implanté en secteur rural,

- *a contrario*, la proportion d'étudiants, enfants d'ouvriers et d'employés, est supérieure dans le second établissement (44,3% pour 36,7%).

Du point de vue de l'origine sociale, les populations ne peuvent être considérées comme homogènes. La situation urbaine de l'institut Ambroise Paré génère une attractivité supérieure vis-à-vis de catégories socioprofessionnelles favorisées ce qui n'est pas le cas pour l'institut Léonie Chaptal²³⁴.

Comme nous l'avons déjà précisé, la comparaison entre les deux établissements ne peut être envisagée toutes choses égales par ailleurs. Cette distinction entre les publics accueillis, si elle doit nuancer les analyses qui suivront, n'interdit pas pour autant un examen des pratiques d'évaluation des formateurs dont les notes constituent la trace la plus visible.

En effet, si les publics ne sont pas immédiatement comparables, il n'en demeure pas moins que plusieurs arguments plaident en faveur d'une plus grande sévérité constatée au sein de l'IFSI Léonie Chaptal.

²³⁴ Ces phénomènes de ségrégation sociale et territoriale sont désormais bien identifiés. La situation géographique d'une école ou d'un organisme de formation draine en tant que telle des flux de population différents en lien avec les capacités économiques des dites populations mais également au regard de raisons plus sociales, notamment la recherche de l'« entre-soi » (voir Maurin Eric., *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, Editions Seuil, Collection « La république des idées », 2004 ; Felouzis Georges, Liot Françoise, Perroton Joëlle., *L'apartheid scolaire, enquête sur la ségrégation ethnique dans les collèges*, Editions du Seuil, 2005).

22 Une plus grande sévérité au sein de l'institut Léonie Chaptal

L'ensemble des données est disponible en annexe 8. Le tableau suivant en présente la synthèse :

	IFSI Ambroise Paré	IFSI Léonie Chaptal
Moyenne des notes accordées par les évaluateurs	14,89	12,49
Ecart-type	2,82	2,77
Note maxi	20	18
Note mini	4	4
Nombre de notes inférieures à 10	41	69
Nombre de notes inférieures à 10 accordées/Nombre total de notes accordées (%)	4,85%	15,83%
Nombre de notes inférieures à 10 mais supérieures ou égales à 8	28	37
Nombre de notes inférieures à 10 mais supérieures ou égales à 8 accordées/Nombre total de notes accordées (%)	3,31%	8,49%
Nombre de notes inférieures à 8	13	32
Nombre de notes inférieures à 8 accordées/Nombre total de notes accordées (%)	1,54%	7,34%

Ensemble des notes accordées par les évaluateurs des deux instituts, tableau de synthèse.

Comme ces premières données le laissent supposer, les notes accordées en moyenne sont donc supérieures au sein du premier institut ce qui est confirmé par la moyenne des notes accordées par l'ensemble des évaluateurs, toutes promotions confondues (IFSI Ambroise Paré : 14,89 ; IFSI Léonie Chaptal : 12,49, écart : 2,4 points). Par contre, la distribution de ces notes autour de la moyenne est semblable pour ces deux instituts, comme l'écart-type le montre (IFSI Ambroise Paré : 2,82 ; IFSI Léonie Chaptal : 2,77, écart : 0,05 point).

Au sein de l'institut Ambroise Paré, et sur l'ensemble des promotions, 8 évaluateurs sur 28 n'ont pas donné de note inférieure à 10. Au sein de l'institut Léonie Chaptal, et sur l'ensemble des promotions, tous les évaluateurs ont accordé, au moins une fois, une note inférieure à 10. Au sein de l'institut Ambroise Paré, et sur l'ensemble des promotions, 18 évaluateurs sur 28 n'ont pas donné de note inférieure à 8. Au sein de l'institut Léonie Chaptal, et sur l'ensemble des promotions, tous les évaluateurs sauf un ont accordé, au moins une fois, une note inférieure à 8. La norme, dans l'institut Léonie Chaptal, semble être que chaque évaluateur puisse accorder des « mauvaises » notes, ne pas le faire constitue une exception. Ces données mettent en évidence que la proportion de notes inférieures à 10 puis à 8 est supérieure au sein de l'institut Léonie Chaptal.

D'autres éléments sont observables et convergents. Les notes « maxi » accordées par chaque évaluateur dans l'institut Ambroise Paré sont comprises entre 18 et 20 alors que dans l'institut Léonie Chaptal, elles sont comprises entre 16 et 18 selon l'évaluateur.

Concernant les notes « mini » de l'institut Ambroise Paré, elles sont comprises entre 4 et 11 selon l'évaluateur. Les notes mini accordées dans l'institut Léonie Chaptal sont, quant à elles, comprises entre 4 et 8,5 selon l'évaluateur.

En outre, on constate une certaine constance au sein de chaque établissement puisque si l'on met en évidence l'écart-type des écart-types des notes posées par chaque évaluateur, on obtient 0,41 pour l'institut Ambroise Paré et 0,51 pour l'institut Léonie Chaptal. Cela signifie que la distribution de l'ensemble des notes accordées par chaque évaluateur autour de la moyenne des notes accordées par ce même évaluateur est homogène. Autrement dit, les notes accordées en moyenne divergent entre évaluateurs mais ceux-ci notent de

manière relativement homogène malgré tout en terme de distribution des notes autour de leur note moyenne.

Parmi les facteurs explicatifs d'une plus grande proportion de notes inférieures à 10 au sein l'institut Léonie Chaptal, on peut retenir l'hypothèse d'un public étudiant moins favorisé scolairement et socialement, lequel dispose d'une moindre chance de réussite. Pour autant, l'effet-étudiant ne saurait expliquer à lui seul la disparité des pratiques observées. L'hypothèse de pratiques d'évaluation plus sévères au sein de l'institut Léonie Chaptal reste valide comme les analyses suivantes vont le confirmer.

Au sein de l'institut Ambroise Paré, et sur l'ensemble des promotions, l'évaluateur n°28 (cf. annexe 8) note en moyenne à 13,29 tandis que l'évaluateur n°9 accorde, toujours en moyenne 16,03 soit 2,74 points d'écart entre celui qui note le plus haut et celui qui note le plus bas.

Au sein de l'institut Léonie Chaptal, et sur l'ensemble des promotions, l'évaluateur n°3 note en moyenne à 10,21 tandis que l'évaluateur n°1 accorde, toujours en moyenne 13,50 soit 3,29 points d'écart entre celui qui note le plus haut et celui qui note le plus bas.

Par conséquent, les écarts, au sein de chaque institut, entre celui qui note en moyenne de la manière la plus généreuse et celui qui note de la manière la plus sévère se situent entre 2,7 et 3,3 points. Cet écart permet de situer l'hétérogénéité entre les évaluateurs au sein d'un même institut. En effet, les écarts constatés ne sont pas imputables à un quelconque effet-candidat. C'est-à-dire qu'aucun formateur ne peut se prévaloir d'avoir dû évaluer des candidats de moins bonne ou de meilleure qualité que ses collègues.

Toujours est-il que si l'on considère les deux instituts, et sur l'ensemble des promotions, l'évaluateur n°9 (IFSI Ambroise Paré) accorde, toujours en moyenne 16,03 alors que l'évaluateur n°3 (IFSI Léonie Chaptal) note en moyenne à 10,21 soit 5,82 points d'écart entre celui qui note le plus haut et celui qui note le plus bas.

En conclusion, et malgré des différences significatives quant au public accueilli, les évaluateurs de l'IFSI Léonie Chaptal semblent montrer plus de

sévérité dans leurs pratiques d'évaluation. Afin de le prouver, il est désormais pertinent d'affiner l'approche statistique pour isoler l'effet étudiant et déterminer l'influence réelle du facteur évaluateur.

23 Approche statistique de l'effet évaluateur

Nous proposons désormais d'appliquer un modèle mathématique aux données disponibles afin de mettre en évidence la présence d'un « effet-évaluateur » dans les deux établissements qui ont fait l'objet de l'étude présentée au cours de ce chapitre²³⁵.

Deux questions orientent cette approche statistique :

- existe-t-il une différence significative entre les notes attribuées par les différents évaluateurs de chaque institut ?
- existe-t-il une différence significative entre les notes attribuées au sein des deux instituts ?

En réponse à la première question, la différence entre les notes attribuées par les différents évaluateurs de chaque institut est significative. Concernant l'IFSI Ambroise Paré, le résultat de l'ANOVA est en faveur d'un léger « effet-évaluateur » alors que pour l'IFSI Léonie Chaptal, cet effet apparaît de manière plus nette. Autrement dit, l'« effet-évaluateur » est présent dans les deux établissements mais dans des proportions différentes.

Consécutivement, en réponse à la seconde question, la plus grande sévérité constatée au sein de l'IFSI Léonie Chaptal se double de pratiques d'évaluation plus hétérogènes. Par conséquent, leur répercussion sur la trajectoire des étudiants y est plus manifeste que pour ceux de l'IFSI Ambroise Paré.

²³⁵ Une analyse de la variance (ANOVA) permet d'étudier l'influence d'un ou plusieurs facteurs sur une variable quantitative. Pour ce faire, nous avons sollicité l'assistance de Me Marie-Thérèse Rapiau, ingénieur de recherche au CNRS, qui a accepté de participer au traitement des données. Les modalités de traitement sont disponibles en annexe 8.

L'ensemble des données disponibles dont nous avons fait état dans ce chapitre permet d'expliquer ce qui distingue les deux établissements. Pour l'IFSI Ambroise Paré, il est manifeste que l'effet-évaluateur repose sur des différences de pratiques entre les évaluateurs. Nous avons repéré ces écarts notamment en ce qui concerne les moyennes des notes accordées par chaque évaluateur. Cet effet est classique et rejoint ce que les divers travaux docimologiques ont montré.

En ce qui concerne l'IFSI Léonie Chaptal, les entretiens ont montré que les pratiques d'évaluation étaient abordées dans les réunions de travail ce qui ne semble pas avoir eu pour effet d'homogénéiser les notes accordées. Au contraire, on observe que certains évaluateurs, au sein de l'IFSI Léonie Chaptal, semblent avoir radicalisé leurs décisions. Les entretiens menés avec les formateurs de l'IFSI Léonie Chaptal permettent de valider cette hypothèse. Deux exemples vont dans ce sens. Pour Annie, *« je marque davantage la différence entre les bons étudiants et les moins bons parce que, il faut savoir ce que l'on veut, on ne peut pas se plaindre d'avoir des étudiants faibles et leur mettre des 9 ou des 10 qui leur permettent de finir leur formation »*. Quant à Christian, il fait remarquer que *« lorsqu'on en avait parlé en équipe, ça avait procuré un malaise, on avait travaillé à partir de l'ensemble des notes accordées dans l'IFSI et on remarquait très vite les différences entre les uns et les autres, je suppose que ça a favorisé une certaine prise de conscience chez des collègues »*. Comme Christian le souligne, aborder cette question en réunion d'équipe produit vraisemblablement des effets mais quant à savoir si l'ensemble des formateurs a réagi comme Annie, les données ne permettent pas de l'affirmer. Annie fait cependant partie de ceux qui ont des pratiques de notation désormais plus radicales.

Conclusion

Les données recueillies montrent combien les disparités entre établissements sont patentées. Les chapitres précédents ont montré quelques-uns des déterminants possibles de cette disparité, laquelle influence en partie la trajectoire en formation des étudiants. L'étude de cas que nous venons de présenter met en évidence à quel point les pratiques d'évaluation diffèrent au sein d'un même institut de formation mais également d'un établissement à l'autre.

Parmi les particularités repérées en formation infirmière, la fonction d'évaluation qui incombe à chaque formateur est utilisée comme un moyen de sélectionner chaque année les étudiants qui semblent offrir les meilleures garanties de compétence à venir ou de réussite au diplôme d'Etat. Ainsi, dans un certain nombre de cas, la sévérité des évaluateurs est grandissante au fur et à mesure que la formation avance. Mais pour d'autres, il convient plutôt de prendre des décisions le plus tôt possible en formation afin de ne pas leurrer les candidats sur leur capacité à suivre la formation et exercer le métier d'infirmier. Entre positions magnanimes ou sévérité, les pratiques sont effectivement multiples, les arguments également. Les instituts de formation, sous la responsabilité des chefs d'établissement, tentent parfois d'harmoniser les pratiques mais paradoxalement, une politique institutionnelle peut avoir pour effet de radicaliser certaines pratiques d'évaluation. En conséquence, la trajectoire de certains étudiants peut s'en trouver réellement influencée.

Un dernier chapitre vise maintenant à élucider le traitement d'une situation particulière en formation infirmière. Elle concerne les étudiants qui vont se réorienter en cours de formation vers le métier d'aide-soignant. Majoritairement, il s'agit d'étudiants en échec au cours de la formation en soins infirmiers qui, de manière plus ou moins subie, se dirigent vers cette autre activité soignante comme la réglementation leur en laisse la possibilité.

CHAPITRE 11 : Devenir aide-soignant : une porte de sortie pour les étudiants en difficulté ?

1 Les étudiants en situation d'échec

La sélection des étudiants s'effectue avant d'entrer en formation ce qui revient à dire qu'un candidat qui accède en première année a déjà subi des épreuves censées vérifier ses aptitudes à suivre le cursus de formation²³⁶. Pour autant, régulièrement, des étudiants quittent la formation qu'ils ont pourtant choisie et pour laquelle ils ont été sélectionnés. Nous avons précisé, lors des chapitres précédents, que cette situation s'est accentuée depuis l'augmentation des quotas décidée par le ministère jusqu'à atteindre 20 à 25% d'arrêts ou de redoublements en cours de cursus (cf. chapitre 3). Plusieurs scénarios sont possibles :

- les étudiants sont exclus suite à un passage en conseil de discipline (faits disciplinaires)²³⁷,
- les étudiants sont exclus suite à un passage en conseil technique (inaptitudes théoriques ou pratiques)²³⁸,

²³⁶ Les candidats doivent en effet passer une épreuve écrite d'admissibilité qui comporte deux étapes, d'abord des tests psychotechniques puis une épreuve de culture générale. Ensuite, si leurs résultats le permettent, ils se présentent à une épreuve orale d'admission. Le niveau de sélectivité est très variable d'un institut à l'autre puisque certains déclarent entre 4 et 5 inscrits pour une place en formation. D'autres instituts contactés ont entre 7 et 8 candidats pour une place tandis que certains organisent deux concours la même année pour atteindre leur quota d'étudiants en formation. Par conséquent, la situation est très hétérogène sur le territoire national. La région des Pays de la Loire annonce par exemple un taux d'accès en formation de 16% alors qu'au niveau national, ce taux est de 23% (DRASS Pays de la Loire, 2006, op. cit.).

²³⁷ Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, articles 7 à 15 (texte en vigueur au moment de la recherche remplacé depuis par l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : voir annexe 5).

- les étudiants quittent l'institut de leur propre chef.

L'analyse de ces « échecs » peut montrer en quoi les attentes institutionnelles n'ont pas été satisfaites et ainsi en quoi elles n'ont pas répondu aux espérances des étudiants concernés. La manière dont l'institution de formation organise l'accompagnement de ces étudiants permet également de comprendre la place accordée aux modalités d'évaluation des compétences des formés. Quant aux étudiants concernés, ils peuvent adopter des stratégies de repli : la fonction puis le métier d'aide-soignant constituent une porte de sortie envisageable voire un moyen de garder la face (Goffman, 1974, op. cit.).

2 Aide-soignant : une activité socialement peu reconnue

L'hôpital constitue un univers « où médecins et infirmières polarisent non seulement l'attention du public, mais également celle des sciences sociales » (Carricaburu, Ménoret, op. cit. 71). Qualifiés de « *personnel invisible* » par Arborio (1995)²³⁹, les aides-soignants sont chargés du « *sale boulot absolu* », c'est à dire « *des tâches socialement dévalorisées* » (Arborio, 2001, p. 123)²⁴⁰. Bien qu'ils constituent le « *premier barreau de la hiérarchie des personnels soignants* », les aides-soignants ne sont-ils pas considérés le plus souvent comme « *une catégorie située au sommet de la hiérarchie du personnel de service* » (Arborio, 2001, op. cit. 294) ?

Pour les étudiants en difficulté, devenir aide-soignant est-il considéré comme une déqualification ou au contraire comme une porte de sortie acceptable ?

²³⁸ Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, articles 2 à 6.

²³⁹ Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13, 3, 1995.

²⁴⁰ Arborio Anne-Marie., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 2001.

Everett C. Hughes ([1967], 1996, op. cit. 175-185) nous donne quelques exemples de carrières qui ont « glissé » de l'activité « *centrale* » vers des activités « *accessoires* » (ibid. 180)²⁴¹. Toute activité professionnelle repose sur une combinaison de ces deux types d'activités. Or, pour des raisons diverses, organisationnelles par exemple, Hughes montre qu'une partie de ce qui compose ces deux activités peut être délaissée voire abandonnée, ce qui ne suppose pas d'ailleurs que l'activité considérée comme centrale soit de fait préservée. Ainsi, sous une définition identique d'un métier, existent des activités professionnelles dissemblables. Les acteurs ont la possibilité d'orienter leurs pratiques vers des activités plus ou moins périphériques, investissant ou délaissant telle ou telle facette de l'emploi occupé.

Sous cet angle, nous pouvons, entre autres, regarder comment l'abandon d'une activité centrale participe – ou non – d'un processus de sélection (ibid. 182). Pour cela, l'arrêt de formation, qu'il soit le fait de l'étudiant ou non, notamment entre la première et la seconde année, mérite une attention particulière.

Le témoignage de Mélanie, aide-soignante, va dans ce sens. Elle se souvient de ses stages de seconde année en formation infirmière : *« c'est vrai que plus on avançait en formation, plus je décrochais. J'avais peur des responsabilités, je ne me voyais pas assumer tout ça. Une surveillante m'a dit un jour que j'étais trop avec les aides-soignantes, que je devais en deuxième année aller avec les infirmières, qu'il fallait que je passe à autre chose que les soins d'hygiène. Maintenant, je comprends mieux pourquoi je me sentais mieux avec les aides-*

²⁴¹ Il ne s'agit pas de considérer ici le terme « *accessoire* » comme un synonyme de superflu. Hughes donne notamment l'exemple de l'institutrice qui règle le chauffage dans sa classe (activité *accessoire* bien qu'indispensable) alors que son activité centrale est évidemment l'enseignement (p. 180). L'action syndicale nous offre un autre exemple d'activités *accessoires* au sens de Hughes. On peut observer notamment comment un infirmier représentant syndical (non permanent) peut sur son temps de travail mettre en œuvre son action militante bien que ce ne soit pas son activité centrale. L'activité *accessoire* pourra alors plus ou moins empiéter sur l'activité centrale avec en général l'aval des collègues qui peuvent tirer avantage de la situation (en terme d'informations institutionnelles par exemple).

soignantes. Les soins techniques m'ont toujours fait peur finalement ». Le cas de Mélanie montre comment, au cours de ses stages, ce qui constitue les activités périphériques de nombreuses infirmières (les soins d'hygiène) était devenu une activité centrale pour elle et, en cela, annonciateur de sa future réorientation.

Rappelons que la première année d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, si elle est validée, procure une équivalence du DPAS (diplôme professionnel d'aide-soignant) ce qui correspond au premier niveau qualifié de la filière infirmière. Les étudiants qui ont validé cette première année peuvent travailler comme aide-soignant pendant le temps laissé libre par la formation. Il s'agit d'un moyen désormais classique de financer la suite de ses études. En 2004, 2240 diplômes d'aides-soignants ont été délivrés en France à des étudiants en soins infirmiers qui ont validé leur première année d'études puis arrêté leur formation (Marquier, 2006, op. cit.). Ce phénomène concerne presque 3% des inscrits, il ne peut donc pas être considéré comme marginal²⁴².

L'essentiel de l'activité aide-soignante consiste à accompagner les malades autour de leurs activités quotidiennes (hygiène, repas par exemple). Ces activités, relevant du rôle propre de l'infirmier, s'effectuent sous le contrôle et la responsabilité des infirmiers et infirmières. En d'autres termes, l'aide-soignant effectue des actes infirmiers qui lui ont été délégués même si ce terme de délégation semble juridiquement impropre (Devers, 2004)²⁴³. Au quotidien, ces activités sont l'objet d'un « *conflit de frontière* » entre infirmiers et aides-soignants, ces derniers revendiquant l'exclusivité des soins dits de base, le plus souvent délaissés par les infirmiers (Petitat, 1994, op. cit. 244).

Sociologiquement, comme Hughes notamment l'a montré, les actes infirmiers procurant moins de reconnaissance sociale, ont été cédés aux catégories occupant une place hiérarchiquement inférieure. Sur la division du travail et les processus de délégation entre les catégories professionnelles, Everett C Hughes ([1956], 1996, pp. 61-68) montre comment les tâches

²⁴² 18600 diplômes d'aide-soignant ont été délivrés cette même année 2004 donc 1/9 environ par équivalence.

²⁴³ Devers Gilles., « Déléguer ? Non, collaborer », *Soins Cadres* n° 50, mai 2004.

abandonnées par les catégories dites hiérarchiquement « supérieures » sont investies par celles occupant des positions de « moindre importance ». De ce point de vue, l'activité des médecins, infirmières et aides-soignantes se caractérise par des glissements successifs entre les différents groupes professionnels²⁴⁴.

Les tâches relatives à l'hygiène des malades sont donc dévolues à l'aide-soignant, éloignant de fait les infirmiers de la « saleté ». Hughes ([1956], 1996, *ibid.* 64) précise que : « *La division médicale du travail est connue pour la rigidité de sa hiérarchie. La place dans celle-ci est en relation avec le degré d'impureté des fonctions remplies. À mesure que leur statut professionnel s'élève, les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. Nul n'est inférieur, dans la hiérarchie de l'hôpital, à ceux qui sont chargés du linge sale et, à l'hôpital psychiatrique, au garçon de salle dont le travail combine certaines tâches malpropres et l'usage de la force* ». La presse non professionnelle, à ce propos, vient alimenter ce type de division. En guise d'exemple, un article récent du Monde de l'éducation (Prusak, 2005, pp. 64-65) évoque, parmi les causes possibles à la « panne des vocations », les conditions d'accueil des stagiaires dans les unités de soins. L'auteure ajoute que les étudiants sont « *souvent chargés des tâches les plus ingrates, comme la toilette des patients* »²⁴⁵. Par conséquent, les infirmiers effectuent les soins techniques relevant de leur rôle sur prescription pendant que les aides-soignants assument les soins d'hygiène théoriquement sous le contrôle et en collaboration avec les mêmes infirmiers. Cette division du travail est désormais classique et se rencontre dans la majeure partie des établissements hospitaliers.

²⁴⁴ Hughes Everett C., « Division du travail et rôle social », 1956 in Hughes Everett C., *Le regard sociologique, Essais choisis* (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996.

²⁴⁵ Prusak Lucie., « Infirmier(ère) : la panne des vocations », *Le Monde de l'éducation* n° 339, septembre 2005.

Si l'activité infirmière apparaît en effet socialement plus valorisée que celle de l'aide-soignant, s'agit-il réellement d'une déqualification professionnelle pour les étudiants en soins infirmiers qui se voient contraints de quitter la formation ?

3 Aide-soignant : une activité par défaut selon les étudiants

Tous les étudiants en soins infirmiers déclarent en général être entrés en formation avec la volonté d'obtenir leur diplôme d'Etat pour exercer la profession infirmière. Ce discours est à entendre avec prudence car un certain nombre de candidats envisagent une porte de sortie plus ou moins tôt dans la formation. Devenir aide-soignant est une possibilité qui s'offre à ceux qui sont en situation d'échec face aux exigences de la formation infirmière et ce, d'autant plus que la formation aide-soignante est payante alors que la formation infirmière est gratuite (tout au moins dans le secteur public). Autrement dit, et il s'agit d'un raisonnement envisagé d'emblée par certains candidats, pourquoi ne pas tenter le concours infirmier ?

A l'occasion des entretiens de sélection (novembre 2005), une candidate à la formation infirmière développe l'argumentation suivante : « *moi, je suis très motivée, je veux vraiment être infirmière depuis toute petite, je n'ai pas l'intention d'arrêter après la première année pour être aide-soignante* ». A l'évidence, ces scénarios de repli sont bien connus des candidats. Pour une infirmière, ex-aide-soignante (IDE SS 13), ces schémas sont évidents « *eh bien moi, ça me fait bien chier d'avoir du payer ma formation aide-soignante, c'est sûr, j'ai pas été finaude sur ce coup là. Dans ma promotion, il y en a 4 ou 5 qui ont arrêté la formation [d'infirmier] en cours de route pour faire aide-soignant. Ils ne s'en flattent pas auprès des formateurs, c'est sûr mais comme ça, ils ont du boulot dans la foulée et la formation gratuite par équivalence* ».

« *Ils ne s'en flattent pas* » déclare cette infirmière car effectivement, ce raisonnement n'est en général pas affiché publiquement. Il pourrait précipiter la décision institutionnelle, les étudiants « jouent leur chance » en formation infirmière autant que possible, ce que l'on pourrait traduire par : « tant que je gagne, je joue ! ». Les aides-soignants, ex-étudiants en soins infirmiers, confient leur satisfaction – mais aussi leur soulagement parfois – à leurs ex-collègues de

promotion tout d'abord et parfois aux formateurs s'ils ont l'occasion de les rencontrer. Pour Françoise par exemple, *« ça a été dur de prendre la décision d'arrêter mais plus la formation avançait et plus je décrochais, je voulais y croire mais mes résultats devenaient de plus en plus mauvais. Depuis, je suis soulagée »*. Quant à Nelly, *« je suis contente, je ne me prends plus la tête maintenant, je vais travailler, je gagne ma vie sans dépendre de mes parents parce que j'ai souffert en formation, c'était trop dur »*.

La psychologie de l'engagement nous offre alors un cadre d'analyse possible de ce phénomène. En effet, comme Joule et Beauvois (1987, op. cit.) ont pu le montrer, les étudiants en difficulté sont engagés en formation infirmière et cet engagement les contraint en quelque sorte à poursuivre malgré les obstacles. Les formateurs sont en général surpris par ce qui est vécu parfois comme un vain acharnement. Dès lors, effectivement, rares sont les étudiants qui souhaitent mettre fin à la formation pour se « contenter » de devenir aide-soignant. Le sentiment de perdre la face – c'est-à-dire *« la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier »* (Goffman, 1974, op. cit. 9) – est alors trop présent, notamment vis-à-vis de leurs pairs, les autres étudiants. Plus largement, les étudiants en soins infirmiers repèrent assez vite également combien l'image sociale positive des infirmières est sans commune mesure avec celles des aides-soignantes, métier moins connu et moins médiatisé. Les images d'Epinal entourant les deux professions invitent les étudiants à tenter de devenir infirmier ou infirmière, le choix de devenir aide-soignant s'imposant alors à certains candidats comme une solution de repli.

Lors du chapitre 3, nous avons mis en évidence la composition sociale particulière de la population des étudiants en soins infirmiers. Les étudiants issus des milieux ouvriers ou employés y sont plus représentés que dans les autres formations paramédicales de niveau équivalent. Peut-on considérer que le fait de devenir aide-soignant lorsque l'on est étudiant en soins infirmiers soit facilité par l'origine sociale des parents ? Les cas de Nelly et Françoise, évoqués ci-dessus, donnent quelques éléments de réponse.

Pour Françoise, « *ma référente [formatrice IFSI] m'avait dit que finalement, il fallait mieux être une aide-soignante heureuse qu'une infirmière malheureuse. Elle m'a demandé également quelle image j'avais du métier d'aide-soignante ? Une bonne image puisque mes parents sont aides-soignants tous les deux, ils sont contents que je fasse ça* ». Au-delà de la catégorie socioprofessionnelle des parents, il s'agit sans doute davantage de l'image du métier telle qu'ils ont pu la véhiculer auprès de leurs enfants qui semble opérante.

Pour Nelly, le « passage » a été plus douloureux même s'il semble accepté aujourd'hui : « *j'ai eu beaucoup de mal à accepter mon échec mais plus je travaillais et moins j'y arrivais. C'était vraiment mon projet [devenir infirmière], je me croyais capable et je n'arrivais pas à écouter ceux qui me disaient de penser à autre chose, à changer de voie. Quand j'ai été exclue, le ciel m'est tombé sur la tête, je pensais redoubler et que ça allait repartir et puis après finalement, ça a été un soulagement* ».

Les expériences relatées par Nelly et Françoise montrent que le fait de devenir aide-soignant est accepté avec plus ou moins de difficultés. L'image positive de cette activité et l'autonomie financière qu'elle procure sont des arguments qui ont permis semble-t-il à ces deux ex-étudiantes en soins infirmiers d'assumer leur échec.

Pour d'autres, au contraire, devenir aide-soignant est vécu négativement au point de préférer envisager une réorientation. L'image socialement peu valorisée du métier est alors à l'œuvre. Pour Amandine, il est inconcevable de « *passer son temps à laver des vieux, déjà que j'ai fait ça toute la première année, je préférerais changer de métier* ». Dans les soirées étudiantes, les propos sont même parfois plus violents et traduisent à quel point le travail aide-soignant est déconsidéré par certains étudiants. Par exemple, ces étudiants qui pensent « *qu'il y a plus épanouissant que de passer ses journées à laver des culs* » ou encore « *les mains dans la merde* ». Pour ceux-là, la seule perspective à terme consiste à devenir infirmier. Envisager l'échec suppose alors de changer radicalement d'orientation. Kevin a choisi la formation d'aide-médicopsychologique qui lui a permis de « *trouver sa voie* ». Lorsqu'il évoque la formation infirmière, il fait remarquer : « *j'ai cru que c'était un métier pour moi mais en cours de première année, les résultats ne*

suivaient pas, je n'arrivais pas à me motiver, je ne savais pas bien pourquoi au début et puis je n'ai pas été autorisé à redoubler, ça veut dire que tu es viré quoi ! Un moment, j'ai pensé faire aide-soignant mais aide-soignant à l'hôpital, tu n'es vraiment pas considéré, tu es un peu la dernière roue du carrosse avec les ASH [agent des services hospitaliers], les médecins ne te parlent pas, ton avis, ils s'en foutent ». Plus loin dans l'entretien, Kevin expliquera qu'avec le métier d'AMP, il a le sentiment d'appartenir à une équipe, il travaille actuellement avec des éducateurs, des psychologues et des psychiatres.

Le point commun entre ces témoignages réside effectivement dans le fait que ces ex-étudiants en soins infirmiers ont eu un projet identique : devenir infirmier. En situation d'échec, ils ont opté pour une réorientation. Le métier d'aide-soignant est alors envisagé par défaut. Pour autant, certains y trouvent des sources d'épanouissement professionnel pendant que d'autres n'y voient qu'une activité socialement dévalorisante et dévalorisée.

4 Aide-soignant : une alternative selon les formateurs

Le raisonnement des formateurs de l'institut est sensiblement différent même si, dans leur esprit, le fait de pouvoir proposer à un étudiant en difficulté la possibilité d'exercer comme aide-soignant constitue également une porte de sortie. L'argumentation des formateurs relève en général de la sphère économique parfois doublée d'une certaine bienveillance. En effet, comme nous le propose cet interlocuteur, *« s'ils ont au moins le DPAS, ils peuvent être autonomes financièrement, ils ne partent pas avec rien »* et puis *« c'est important qu'un jeune puisse avoir un diplôme »* (CAD IFSI 11).

Un formateur (CAD IFSI 9) évoque la situation d'Aline, exclue de l'institut de formation en deuxième année qui exerce depuis comme aide-soignante : *« comment dire, c'était une gentille fille, agréable. Elle avait fait un BTA et déjà en théorie, ses résultats étaient mauvais, elle était passée ric-rac en seconde année, après les revalidations je crois. Et puis en deuxième année, ça a été l'apothéose, elle a raté ses MSP [mise en situation professionnelle] et c'est moi qui était jury [membre du jury] de la MSP de revalidation. Quelle galère ! Incapable de faire une prise de sang en fin de deuxième année, complètement paniquée, la malade était mal*

installée, je voyais bien que ça allait partir en vrille ! Ca n'a pas raté, en plus elle voulait s'acharner, on l'a arrêté ! Elle avait aussi fait une toilette à un monsieur ce matin-là et là, je l'avais trouvée pas mal, prévenante, à l'écoute. Je me suis dit, aide-soignante, elle doit pouvoir mais infirmière pas pour le moment. On était d'accord avec l'infirmière [l'autre membre du jury] ». La mise en situation professionnelle qui est relatée s'est terminée par une note éliminatoire pour Aline. Son dossier a donc été présenté au conseil technique, instance qui statue notamment sur les demandes de redoublement formulées par les étudiants. Aline a donc sollicité un redoublement. Le formateur qui témoigne siège également au conseil technique. Il poursuit l'évocation du cas d'Aline : « au moment de voter, c'était un cas de conscience. Le dossier n'était vraiment pas bon mais en même temps, c'était pas une fumiste cette fille. On avait appris entre temps qu'Aline vivait chez ses parents et qu'elle-même disait qu'elle manquait d'autonomie dans la vie en général, que ses parents devaient toujours lui rappeler de faire ceci ou cela ! Je me suis dit que ça lui ferait du bien d'aller travailler comme aide-soignante, elle pourrait prendre son autonomie peut-être, au moins sur un plan financier alors j'ai voté contre le redoublement comme une majorité des membres du conseil ce jour-là ».

Le cas d'Aline montre comment un formateur en situation d'évaluateur prend parfois en compte les répercussions de sa décision. Aline peut-elle travailler comme infirmière ? Le jury a estimé que non. Mais alors que va-t-elle devenir ? Peut-on penser qu'elle fera (malgré tout) une « bonne » aide-soignante ? Si tel est le cas, la décision de note éliminatoire paraît plus facile à prendre. Ainsi, comme la formatrice référente de Françoise (cf. ci-dessus) lui avait fait remarquer : « *il fallait mieux être une aide-soignante heureuse qu'une infirmière malheureuse* ». Proposer aux étudiants en échec de se réorienter vers le métier d'aide-soignant fait partie des alternatives possibles. Les formateurs des instituts considèrent souvent qu'il s'agit d'une possibilité qui leur est offerte afin de répondre à la double exigence qui leur est faite à savoir garantir la compétence des futurs infirmiers et accompagner l'ensemble des étudiants qui leur sont confiés. Envisager pour certains étudiants la carrière d'aide-soignant paraît alors un moyen pour les formateurs de l'institut de réduire la complexité liée à cette double exigence.

Conclusion

Lors des épreuves qui rythment la formation infirmière, les étudiants tentent d'atteindre les notes qui leur permettront d'obtenir le diplôme d'Etat. Cet objectif est généralement affiché mais pour certains candidats, il s'avère trop ambitieux. Devenir aide-soignant est une porte de sortie possible, tout au moins pour ceux qui n'ont pas une image péjorative de cette activité. Pour les formateurs de l'institut, le métier d'aide-soignant est un recours envisageable lorsqu'ils doivent accompagner les étudiants qui échouent en formation infirmière. Ce recours peut même s'avérer un moyen de faire face à des injonctions paradoxales du type : « *soyez exigeants mais pas trop sévères* ». Ainsi, orienter un étudiant vers le métier d'aide-soignant permet de l'exclure de la formation infirmière tout en lui assurant un avenir professionnel.

Conclusion générale

En introduction à leur ouvrage, Pascal Bressoux et Pascal Pansu (2003, op. cit. 1) rappellent que l'institution scolaire, au même titre que l'institution judiciaire, a le pouvoir de prononcer un jugement sur des individus, de le faire accepter ainsi que les conséquences qui en découlent. S'il n'est pas question de déterminer la culpabilité d'un élève ou d'un formé, il s'agit bien dans le cas des étudiants en soins infirmiers, d'en déterminer la valeur afin d'autoriser ou non leur exercice professionnel. Lorsque les formateurs, quels qu'ils soient, permanents ou tuteurs de stage, doivent évaluer les pratiques soignantes effectuées par les stagiaires, le jugement qui en découle détermine la poursuite ou non du cursus de formation. Les décisions prises n'ont pas toujours strictement à voir avec les compétences mises en évidence par le stagiaire tant l'expression d'un jugement concernant les étudiants remplit des fonctions éminemment sociales (Bressoux, Pansu, 2003, ibid. 3). L'évaluateur et l'évalué, pour le dire autrement, sont « *soumis à l'air du temps, au consensus, aux évidences, aux allants de soi, aux normes et aux surnormes sociales, à des affects, des investissements symboliques, à un "imaginaire"* » (Vial, 2001, op. cit. 11). De nombreux travaux déjà cités ont permis d'identifier dans le cadre scolaire les facteurs qui interviennent dans la construction du jugement d'un enseignant vis-à-vis d'un élève.

Le principe même de la formation par alternance, et par conséquent d'espaces de co-construction des décisions, sur lesquels a porté notre attention implique des problématiques particulières. Car en effet, si l'on s'accorde avec Doray et Maroy (2001a, op. cit. 20) à considérer « *les processus de rapprochement économie/éducation [...] comme un processus d'échange où se joue à la fois des ajustements organisationnels et des rapports symboliques* », la formation des futurs professionnels engage nécessairement des prises de position de la part des acteurs en présence. Sous cet angle, tout dispositif de formation ne saurait être réduit à une expression des besoins identifiés pour répondre aux nécessités du monde du travail. Plus largement, la formation professionnelle nécessite

compromis, arrangements ou encore transactions entre les acteurs pour lesquels le désir de coopération ne va pas de soi (Doray, Maroy, 2001a, *ibid.* 7).

Nous avons identifié quelques-uns de ces arrangements locaux qui peuvent avoir des répercussions directes sur le déroulement des épreuves destinées à valider les compétences des stagiaires. L'évitement du conflit (formateurs de l'institut et directeur ; formateur de l'institut et formateur soignant ; formateurs et étudiants par exemple), constitue pour les évaluateurs un soubassement possible de la décision. Parfois, au contraire, l'affirmation d'une rivalité, la non-reconnaissance de la légitimité de l'autre (le terrain de stage par l'école ou vice versa) sont autant de raisons pour que l'évaluation des stagiaires soit l'occasion de faire apparaître les points de tension au sein du dispositif même de formation.

Ainsi, les formateurs qui ont la charge d'évaluer les étudiants en soins infirmiers évoluent dans un champ de contraintes dont ils n'ont en général que partiellement conscience. Ce résultat recoupe les propositions de Max Weber, lesquelles ont étayé les analyses développées au cours de cette thèse. Pour Weber, ([1922], 1995, *op. cit.* 51), l'activité humaine « *se déroule dans une obscure semi-conscience ou dans la non-conscience du « sens visé ». L'agent le « sent » imprécisément plus qu'il ne le connaît ou ne le « pense clairement » ; il agit dans la plupart des cas en obéissant à une impulsion ou à la coutume. Ce n'est qu'occasionnellement qu'on prend conscience du sens (qu'il soit rationnel ou irrationnel) de l'activité... ».*

Sous cet angle, nous avons cherché à comprendre le sens des pratiques des évaluateurs en situation d'évaluation des stagiaires. L'épreuve dite de « mise en situation professionnelle » ainsi que l'appréciation réalisée à la fin de chaque stage ont été les supports de l'approche empirique. La première est évaluée par un jury constitué d'un formateur-soignant et d'un formateur de l'institut. La seconde est réalisée par les formateurs-soignants uniquement. La première est source d'arrêts de formation pour certains stagiaires, la seconde ne remplit qu'exceptionnellement ce rôle. Lorsque les instituts de formation et les terrains de stage doivent collaborer autour de l'évaluation des stagiaires, les conflits de légitimité et autres artéfacts viennent interférer dans le processus de décision. Ainsi, si les épreuves auxquelles sont soumis les étudiants sont d'abord une

source d'enjeux pour eux-mêmes (réussir ou échouer), les membres du jury composent avec des enjeux d'une autre nature (assumer voire préserver l'image de l'institution à laquelle ils appartiennent, les éventuelles injonctions ou pressions hiérarchiques, voir sa compétence reconnue, défendre une représentation du métier, affirmer des choix pédagogiques...).

L'évaluation des stagiaires pourrait-elle tendre alors vers un arbitraire ? Une analyse du processus qui porterait son attention sur l'interaction entre les acteurs directs d'une situation donnée pourrait éventuellement le montrer. Cependant, des pratiques repérées à un niveau institutionnel participent à la régulation des actions individuelles et donc à la limitation des différentes formes d'arbitraire. Cette thèse, en faisant apparaître un certain nombre de logiques d'actions (individuelles et institutionnelles), a cherché à associer en permanence ces deux niveaux (l'acteur et l'organisation à laquelle il appartient). Ainsi, face à l'hétérogénéité des pratiques d'évaluation, certains instituts cherchent à en limiter les effets contre-productifs. Des réunions d'harmonisation concernant le déroulement des épreuves ou les grilles de correction vont dans ce sens. Des espaces d'analyse des pratiques pédagogiques ou encore l'élaboration de règles de fonctionnement évitent une trop grande proximité entre évaluateurs et évalués et y participent également.

Plus largement, cette thèse apporte une contribution à l'analyse des déterminants qui fondent toute situation d'évaluation. En ce sens, elle permet de mettre en perspective la portée institutionnelle d'un dispositif qui a pour finalité annoncée l'évaluation des stagiaires ou tout au moins celle de leurs compétences professionnelles. Nous avons montré avec le cas des étudiants en soins infirmiers que ceux qui doivent évaluer (c'est-à-dire penser et mettre en œuvre les dispositifs *ad hoc*) prennent des décisions empreintes d'idéologies imprégnées des diverses représentations du métier mais également pédagogiques. Par exemple, la fonction même de l'évaluation en formation recouvre chez les formateurs des représentations hétérogènes, lesquelles semblent aller de la fonction de contrôle la plus stricte à la régulation des apprentissages. Les choix politiques nationaux ne sont pas sans effets non plus, notamment quand il s'agit d'assumer à un niveau local (l'institut de formation), des orientations nationales

(augmenter ou diminuer le quota de candidats admis en formation). Des questions de survie peuvent alors entrer en jeu et ce d'autant plus si l'offre concurrentielle existe sur un territoire donné (de nature publique/privée mais aussi publique/publique). En effet, le maintien d'un effectif « suffisant » amène parfois à se montrer magnanime. Pour un certain nombre d'acteurs de la formation, notamment ceux qui la situent dans une logique de marché, si l'essentiel de l'offre de formation appartient au secteur public, il n'en demeure pas moins qu'une concurrence demeure autour du maintien ou de la suppression des différents sites. Les dernières fermetures d'instituts à la fin des années 1990 (cf. chapitre 3) sont encore dans un certain nombre de mémoires²⁴⁶. En outre, le secteur privé peut nourrir quelques ambitions notamment en raison d'un coût de formation considéré plus faible que celui proposé par le secteur public. Le passage récent des instituts de formation sous tutelle régionale dans le cadre de la loi de décentralisation pourrait amener, de ce point de vue, un bouleversement des hiérarchies établies (Dutercq, 2000, op. cit. 77). L'ensemble de ce contexte sociopolitique n'est pas sans influence sur les pratiques quotidiennes des acteurs de la formation car, comme une directrice (DIR IFSI 6) le fait remarquer : « *dans notre région, on nous demande un suivi précis de ce que devient chaque étudiant, on nous dit également que les budgets seront alignés sur le nombre d'étudiants présents. Si ça se confirme, personne n'aura vraiment intérêt à avoir des places inoccupées* ». Autrement dit, les questions d'évaluation et de sélection en formation se poseront dans des termes réellement différents²⁴⁷.

Cette recherche contribue parmi d'autres, dans une société surmédiatisée où l'évaluation, la compétition, les classements envahissent le débat public, à

²⁴⁶ Au niveau national, à chaque fois qu'une décision d'augmentation ou de réduction des quotas d'étudiants est prise, elle doit se décliner au niveau régional. Localement, des instituts de formation peuvent ainsi être ouverts ou fermés, ou tout au moins fragilisés ou renforcés. Les questions de survie y sont alors prégnantes.

²⁴⁷ Au niveau des établissements scolaires, de nombreux auteurs ont analysé les effets des politiques nationales voire supranationales sur les acteurs locaux. Voir par exemple, Dutercq Yves (sous la direction de), *Les régulations des politiques d'éducation*, Presses universitaires de Rennes, 2005.

toujours considérer avec prudence les dispositifs destinés à apprécier voire à valider des niveaux de performance, quels qu'ils soient (Duru-Bellat, 2006)²⁴⁸. Car s'il était encore besoin de le démontrer, prétendre rendre une évaluation objective voire indépendante relève encore une fois de l'idéologie. Derrière chaque évaluateur, chaque décision prise, des acteurs interagissent, des conflits d'intérêts surgissent. Le détour de l'analyse doit permettre d'en tenir à distance les effets les plus pervers.

De ce point de vue, l'enquête PISA commanditée par l'OCDE n'échappe pas à ces travers. Destinée à comparer les performances des élèves des pays membres, elle ne permet pas toutefois d'en comprendre les écarts lors de la passation de tests standard. L'hétérogénéité des domaines de compétence mobilisés par les élèves évalués y apparaît insuffisamment et limite ainsi la portée des résultats auxquels PISA veut prétendre. Les travaux menés par l'équipe de l'ESCOL (Bautier et al., 2004) montrent par exemple que les épreuves auxquelles les élèves sont soumis conduisent à mobiliser des ressources extérieures au contexte purement scolaire²⁴⁹. Ainsi, l'objectif premier de PISA s'en trouve partiellement détourné en évaluant des compétences construites pour partie hors du champ scolaire.

En cela PISA vient rejoindre une liste désormais longue de dispositifs d'évaluations qui ont voulu avoir pour objet la diffusion d'un palmarès de la qualité, notion qui en elle-même devrait porter une plus large signification que celle à laquelle elle est bien souvent réduite. Ainsi, les établissements de santé sont à leur tour régulièrement évalués tout comme les professionnels qui y travaillent. Il s'agira alors de ne pas perdre de vue qu'au-delà des outils nécessaires à toute évaluation formalisée, des acteurs les mettent en œuvre. Dès

²⁴⁸ Duru-Bellat Marie., *Inflation scolaire : Marie Duru-Bellat réplique à l'OCDE*, <http://www.cafepedagogique.net/dossiers/contribs/durubellat.php>, mars 2006.

²⁴⁹ Bautier Elisabeth, Crinon Jacques, Rayou Patrick, Rochex Jean-Yves., *Rapport de recherche (DEP) sur l'évaluation PISA. Socialisation scolaire et non scolaire des élèves. Présupposés et mobilisés chez les jeunes évalués*, Equipe ESCOL, Université Paris 8, 2004. Voir également Duru-Bellat (op. cit. 2006).

lors, les problématiques liées à l'intersubjectivité doivent être analysées sinon les dogmatismes prennent le pas sur les finalités d'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Index des noms propres et auteurs cités

Abernot, 12, 185, 229, 238, 243, 291
 Acker, 112, 113
 Aïach, 11, 82
 Allal, 238, 256
 Allouche-Bénayoun, 142, 216
 Altet, 31, 290
 Anzieu, 185
 Arborio, 310
 Ardoino, 27, 29, 211, 226
 Asch, 271
 Augrand, 259, 262
 Bachelard G, 39
 Bachelard P, 122, 189
 Bain, 256
 Bajoit, 158
 Baluteau, 190, 236
 Barbier, 226, 253
 Baszanger, 10, 31, 56
 Bautier, 325
 Beauvois, 180, 315
 Beauvue-Fougeyrollas, 78, 79
 Becker, 30, 33, 34, 49, 54, 55, 56, 192,
 203, 219
 Berger G, 226
 Berger P, 13, 255, 270, 273
 Berland, 11
 Blake, 216, 219
 Boltanski, 24, 25, 50, 160, 236
 Bonniol, 12, 226, 291
 Bon-Saliba, 63, 111, 153
 Boudon, 144, 271
 Boulet, 112, 115, 221
 Bouricaud, 271
 Bourneville, 62, 63, 65
 Bourret, 129
 Bourricaud, 144
 Bouvier, 125, 126, 142, 145, 148, 177
 Bressoux, 40, 212, 228, 290, 321
 Bru, 290
 Bucher, 10, 83
 Cardinet, 226, 238, 256
 Carricaburu, 11, 66, 116, 178, 282,
 310
 Ceccaldi, 17, 137
 Chaix, 24, 25, 48, 125, 129, 130, 152,
 156, 157, 190
 Champagne, 186
 Chapoulie, 19, 60, 255, 282, 313
 Chaptal, 63, 66
 Charest, 25, 28

Charles, 80, 81, 83
Chauvenet, 11
Clénet, 122
Clot, 275
Cohen, 34
Collière, 63, 65, 66, 80, 81, 90
Coulon, 19, 25, 28, 189, 194
Crinon, 325
Crozier, 180, 181, 188, 190
Davis, 178
De Kervasdoué, 112
De Queiroz, 198, 223, 261
Dejours, 186
Delaporte, 94, 109
Demazière, 32, 33, 34
Derouet, 235, 236
Devers, 312
Dion, 93, 101, 102
Dodier, 50, 51
Doray, 121, 321
Dropsy, 73, 86, 90, 130, 156, 157, 170,
178, 281, 283
Dubar, 10, 25, 32, 33, 34
Dubet, 30, 223, 286
Dumazedier, 14
Durand, 31
Durkheim, 59
Duru-Bellat, 26, 325
Dutercq, 30, 267, 324
Elias, 28, 162
Esquirol, 78
Fabre, 125, 142, 150, 189
Fassin, 11, 82
Felouzis, 18, 290, 291, 302
Feroni, 80, 81, 83, 84, 85, 113, 170
Festinger, 255
Foret, 67, 81
Forquin, 13, 14, 179
Friedberg, 180, 181, 182, 188, 190
Fritsch, 14
Galant, 62, 67, 81
Galaup, 93, 102, 114
Galland, 154
Garfinkel, 25
Garrachon, 93, 102, 114
Geer, 192, 203
Gérard, 122
Gilly, 237
Glaser, 31
Goffman, 160, 162, 170, 184, 189, 202,
203, 223, 271, 274, 310, 315
Guérel, 92

Hadji, 225
Hamilton, 65
Henderson, 70
Hirschman, 157, 158
Hughes, 10, 18, 19, 60, 178, 192, 203,
282, 311, 312, 313
Imbert, 80
Jaeger, 82
Jospin, 113
Joule, 180, 315
Joutard, 112, 115, 132, 154, 195, 221
Jovic, 91
Juppé, 113
Kaës, 185
Kaufmann, 29, 32, 44
Kergoat, 80
Knibiehler, 85
Lahire, 30, 42
Lang, 12
Le Beau, 274
Le Doare, 80
Lecointe, 43
Leconte-Lambert, 290
Lerbet, 125
Lhez, 150
Liot, 302
Lipovetsky, 85
Magnon, 59, 63, 64, 69, 70, 91
Malglaive, 142, 216
Maroy, 121, 321
Marquier, 94, 98, 99, 101, 102, 104,
105, 107, 109, 110, 111, 112, 312
Maurin, 302
Ménoret, 11, 66, 116, 178, 282, 310
Merle, 18, 45, 132, 136, 234, 235, 274,
291
Meuret, 26, 137, 192, 223
Meyer, 77
Michaud, 63, 74, 78, 80, 82, 84
Millet, 147, 148, 150
Montésinos, 68, 69, 89
Morin, 28
Mouton, 216, 219
Nightingale, 65
Obin, 73, 125, 126, 142, 145, 148
Ouvry-Vial, 63, 111
Palazzeschi, 14, 15, 60
Pansu, 40, 212, 228, 321
Pariat, 142, 216
Park, 255
Pasteur, 59, 78
Pelletier, 226

Perrenoud, 13, 14, 23, 125, 130, 137,
147, 150, 153, 171, 181, 185, 187,
189, 190, 194, 205, 208, 209, 210,
229, 238, 240, 256

Perroton, 302

Petitot, 82, 312

Peyré, 122

Piéron, 291

Pinaud, 15, 16, 92, 97, 100, 102, 114,
147

Pinel, 78

Plenchette, 232

Poisson, 63

Poletti, 90

Postic, 211

Prusak, 313

Rapiau, 306

Rayou, 48, 192, 325

Reynaud, 208

Rochex, 325

Rogers, 46

Roux, 60

Roy, 178

Royer-Rastoll, 126, 179

Ruano-Borbolan, 225

Saint Vincent de Paul, 62

Saliba, 11, 63, 65, 66, 111

Séguier, 150

Senotier, 80

Signeyrole, 27

Simon, 180, 181

Strauss, 10, 31, 56, 83, 90, 281, 282

Thévenot, 24, 25, 50, 160, 236

Thomas LV, 185

Thomas WI, 30

Tripier, 10, 25

Van Haecht, 23

Vial, 12, 27, 140, 212, 226, 321

Vinatier, 74

Walter, 67

Watzlawick, 271, 272

Weber, 29, 143, 151, 154, 322, 351

Wenner, 60

Woods, 179, 269, 270

Bibliographie

Abernot Yvan., *Les méthodes d'évaluation scolaire*, Editions Dunod, Collection « Savoir enseigner », Paris, [1988], 1996 (2^{ème} édition revue et augmentée)

Acker Françoise., « Les infirmières : une profession en crise ? » in De Kervasdoué Jean., *La crise des professions de santé*, Editions Dunod, Paris, 2003, pp. 281-306

Aïach Pierre, Fassin Didier, Saliba Jacques., « Crise, pouvoir et légitimité » in Aïach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de)., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994, pp. 9-42

Aïach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de)., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994

Allouche-Benayoun Joëlle, Pariat Marcel., *La fonction formateur : analyse identitaire d'un groupe professionnel*, Editions Privat Dunod, Série « Formation et travail social », Paris, 1993

Altet Marguerite, Bressoux Pascal, Bru Marc, Leconte-Lambert Claire., *Vers une meilleure connaissance de l'effet-maître, les caractéristiques des pratiques d'enseignement au CE2*, Rapports de recherche (Etude exploratoire des pratiques d'enseignement en classe de CE2, 1994 et Etude des pratiques d'enseignement au CE2, deuxième phase, 1995)

Altet Marguerite., « Les styles pédagogiques », *Sciences humaines*, hors-série n°12, février-mars 1996, pp. 78-80

Altet Marguerite., « Analyse transversale, Enseigner-apprendre : un travail interactif d'ajustement en situation », in *Analyse plurielle d'une séquence d'enseignement-apprentissage*, Cahiers du CREN, 1999, pp. 79-81

Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13, 3, 1995, pp. 93-126

Arborio Anne-Marie., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 2001

Ardoino Jacques, Berger Guy., « L'évaluation comme interprétation », *Pour* n°107, 1986

Ardoino Jacques., *Communications et relations humaines : esquisse d'un modèle d'intelligibilité des organisations*, Institut d'administration des entreprises de l'université de Bordeaux, 1966

Ardoino Jacques., « Polysémie de l'implication », *Pour* n° 88, mars/avril 1983

Ardoino Jacques., « Conclusion : L'implicite, l'irrationnel et l'imprévisible en pédagogie », *Les cahiers de l'ISP* n°19, 1992, pp. 125-149

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Augrand Sandrine., *Mises en situation professionnelle des étudiants en soins infirmiers : les enjeux de la co-évaluation*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Cadre de Santé et de la licence en Sciences de l'éducation, IFCS Nantes, Université de Provence Aix-Marseille, juin 2004

Bachelard Gaston., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, [1938], 1999

Bachelard Paul., *Apprentissage et pratiques d'alternance*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », 1994

Bain Daniel., « Inégalité devant l'évaluation, orientation et réussite à l'école secondaire », in Allal Linda, Cardinet Jean, Perrenoud Philippe (direction)., *L'évaluation formative dans un enseignement différencié* (Actes du colloque à l'Université de Genève, mars 1978), Editions Peter Lang, Collection « Exploration », Suisse, 1995 (7^{ème} édition)

Bajoit Guy., « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, XXIX, 1988, pp. 325-345

Baluteau François., *Le conseil de classe : « Peut mieux faire ! »*, INRP, Hachette Education, Collection « Pédagogies pour demain », Paris, 1993

Barbier Jean-Marie., *L'évaluation en formation*, PUF, Collection « Pédagogie d'aujourd'hui », Paris, [1985], 1994 (3^{ème} édition corrigée)

Baszanger Isabelle., « Les chantiers d'un interactionniste américain » in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger)., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992, pp. 11-63

Bautier Elisabeth, Crinon Jacques, Rayou Patrick, Rochex Jean-Yves., *Rapport de recherche (DEP) sur l'évaluation PISA. Socialisation scolaire et non scolaire des élèves. Présupposés et mobilisés chez les jeunes évalués*, Equipe ESCOL, Université Paris 8, 2004

Beauvue-Fougeyrollas Claudie., *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Editions Lamarre, Collection « Infirmière, société et avenir », Paris, 1991

Becker Howard S, Geer Blanche, Hughes Everett C., *Boys in White. Student Culture in Medical School*, University of Chicago Press, Chicago, 1961

Becker Howard S, Geer Blanche, Hughes Everett C., *Making the Grade, the Academic Side of College Life*, Wiley, New York, 1968

Becker Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, [1963], 1985

Becker Howard S., *Les ficelles du métier*, Editions La Découverte, Collection « Guides repères », Paris, [1998], 2002

Berger Peter., *Comprendre la sociologie*, Editions du centurion, Paris, 1973

Blake Robert R., Mouton Jane S., *Les deux dimensions du management*, Éditions d'Organisation, 1972

Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds.), *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989

Boltanski Luc, Thévenot Laurent., *De la justification : les économies de la grandeur*, Editions Gallimard, Paris, 1991

Bonniol Jean-Jacques., *Les comportements d'estimation d'une tâche d'évaluation d'épreuve scolaire, étude de quelques-uns de leurs déterminants*, Thèse de 3^{ème} cycle, Aix-en-Provence, Université de Provence, 1972

Bonniol Jean-Jacques, Vial Michel., *Les modèles de l'évaluation (Textes fondateurs avec commentaires)*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogie », Série « Portefeuille », Bruxelles, 1997

Bon-Saliba Brigitte., « Le temps de la reconnaissance », in Saliba Jacques., Bon-Saliba Brigitte., Ouvry-Vial Brigitte., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Editions Syros, Paris, 1993, pp. 89-130

Boudon Raymond, Bourricaud François., *Dictionnaire critique de la sociologie*, PUF, Quadrige, Paris, [1982], 2000

Boulet Nelly, Joutard Thierry., « Santé et perception de l'état de santé des étudiants en soins infirmiers », *Soins Cadres* n°55, août 2005, pp. 52-58

Bourret Paule., *Dans les chaînes du travail de lien : les cadres infirmiers à l'hôpital*, Thèse de Sociologie, CNAM, Paris, 2005

Bouvier Alain., « Le rapport au terrain » in Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998, pp. 193-202

Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998

Bressoux Pascal., « Réflexions sur l'effet-maître et l'étude des pratiques enseignantes », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 2001, pp. 35-52

Bressoux Pascal, Pansu Pascal., *Quand les enseignants jugent leurs élèves*, PUF, Collection « Education et formation », Paris, 2003

Bru Marc., *Les variations didactiques dans l'organisation des conditions d'apprentissage*, Editions universitaires du sud, Toulouse, 1991

Bucher Rue, Strauss Anselm., « La dynamique des professions », 1961 in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger)., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992, pp. 67-86

Carricaburu Danièle, Ménoret Marie., *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Editions Armand Colin, Collection « U », Paris, 2004

Ceccaldi Sylviane., « Nouveau diplôme d'Etat infirmier, analyse des résultats en région PACA », *Soins Cadres* n°59, août 2006, pp. 82-84

Chaix Marie-Laure., *Se former en alternance, le cas de l'enseignement technique agricole*, Editions L'Harmattan, Collection « Savoir et formation », Paris, 1993

Chaix Marie-Laure., « L'alternance enseignement-travail comme lieu d'observation privilégié des processus de construction identitaire », *Education permanente* n°128, 1996

Chapoulie Jean-Michel., « E.C. Hughes et la tradition de Chicago », in Hughes Everett C., *Le regard sociologique, Essais choisis* (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996, pp. 13-57

Charest Pauline., « Ethnométhodologie et recherche en éducation », *Revue des Sciences de l'éducation*, Vol. XX, n°4, 1994, pp. 741-756

Charles Geneviève., *L'infirmière en France : d'hier à aujourd'hui*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1979

Charles Geneviève., *Quel avenir pour l'infirmière française ?*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1981

Charlon Elisabeth., « Les enjeux du projet pédagogique », *Soins Formation Pédagogie Encadrement* n°6, 1993

Charlot Bernard., *Du rapport au savoir, éléments pour une théorie*, Anthropos Editions Economica, Collection « Education », Paris, 2002

Chauvenet Antoinette., « L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social », *Projet* n°90, 1974, pp. 1137-1148

Circulaire DGS/SDO n°5-92 du 9 décembre 1992 relative à la formation des étudiants infirmiers

Clénet Jean, Gérard Christian., *Partenariat et alternance en éducation*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », Paris, 1994

Clot Yves (sous la direction de)., *Enjeux du travail et « genres » professionnels dans la recomposition en cours des métiers de la fonction publique : le cas des professeurs de l'enseignement secondaire et du personnel soignant de gérontologie*, Rapport final présenté au Ministère de la Recherche, Laboratoire de psychologie du travail et de l'action, CNAM, Paris, janvier 2005

Code de la santé publique (intégrant le Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), 4^{ème} partie, Livre 3, Titre 1, Chapitres 1 et 2

Cohen Samy (sous la direction de)., *L'art d'interviewer les dirigeants*, PUF, Collection « Politique d'aujourd'hui », Paris, 1999

Collière Marie-Françoise., « Les débuts de la période moderne de la profession d'infirmière en France (1870-1914) », *Soins* T. 22, N°s 1 et 2, 5 et 20 janvier 1977, pp. 77-86

Collière Marie-Françoise., *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1982

Conseil Isabelle., *La personnalité de l'infirmière et son incidence sur ce choix professionnel*, Editions Lamarre, Collection « Recherche infirmière », Paris, 1990

Coulon Alain., *L'ethnométhodologie*, PUF, Paris, 1987

Coulon Alain., *Ethnométhodologie et éducation*, PUF, Collection « L'éducateur », Paris, 1993

Coulon Alain., *Le métier d'étudiant : l'entrée dans la vie universitaire*, PUF, Paris, 1997

Crozier Michel, Friedberg Erhard., *L'acteur et le système*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n°248, Paris, 1977

Dagognet François., *La maîtrise du vivant*, Editions Hachette, Paris, 1990

Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier, article premier

Dejours Christophe., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, INRA Editions, Collection « Sciences en questions », Paris, 2003

Delaporte François., *La formation aux professions de la santé en 2000-2001*, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°37, juin 2002

Demazière Didier, Dubar Claude., *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion*, Editions Nathan, Collection « Essais et recherches », Série « Sciences humaines », 1997

Derouet Jean-Louis., « L'établissement scolaire comme entreprise composite, programme pour une sociologie des établissements scolaires », in

Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds)., *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989

Derouet Jean-Louis., *Ecole et justice. De l'égalité des chances aux compromis locaux ?*, Editions Métailié, Collection « Leçons de choses », Paris, 1992

Devers Gilles., « Déléguer ? Non, collaborer », *Soins Cadres* n° 50, mai 2004, pp. 44-45

Dion Jean-Emmanuel., « Et si la licence était le remède à la crise que traverse la profession d'infirmier », *Soins Cadres* n° 51, août 2004, pp. 76-77

Direction des hôpitaux, *Synthèse de l'étude d'évaluation de la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier*, Responsables de stage, septembre 1997

Direction générale de la santé, *Synthèse de l'étude d'évaluation de la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier*, Infirmiers diplômés–Instituts de formation, juin 1997

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), service statistique, *Les étudiants en instituts de formation en soins infirmiers*, Echo des stat. n°33, Pays de la Loire, février 2006

Dodier Nicolas., « Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité », in Boltanski Luc, Thévenot Laurent (Eds)., *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du centre d'études et de l'emploi n°33, PUF, 1989

Dodier Nicolas., « Agir dans plusieurs mondes », in *Critique* n°529-530, 1993, pp. 427-458

Doray Pierre, Maroy Christian., « La construction des relations écoles/entreprises, le cas de la formation en alternance en Communauté Française de Belgique et au Québec », *Cahier de recherche du GIRSEF* n°11, Université de Louvain, mai-juin 2001a

Doray Pierre, Maroy Christian., *La construction sociale des relations entre éducation et économie, le cas des formations en alternance en Wallonie et au Québec*, De Boeck Université, Collection « Economie, Société, Région », Bruxelles, 2001b

Doray Pierre, Maroy Christian., « Vers un nouveau mode de régulation de la formation professionnelle » in Doray Pierre, Maroy Christian., *Les relations entre économie et éducation, vers de nouvelles régulations ?*, Editions L'Harmattan, 2003

Dropsy Bernard., « Des élèves-infirmières aux étudiants en soins infirmiers : une identité en mutation », in Obin Jean-Pierre., *La face cachée de la formation professionnelle*, Hachette Education, Collection « Pédagogies pour demain », Paris, 1995, pp. 146-170

Dubar Claude, Tripier Pierre., *Sociologie des professions*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, 1998

Dubet François., *Sociologie de l'expérience*, Editions du Seuil, Collection « La couleur des idées », Paris, 1994

Dubet François., « Sentiments et jugements de justice dans l'expérience scolaire », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999, pp. 178-194

Dubet François., *Le déclin de l'institution*, Editions du Seuil, Collection « L'épreuve des faits », Paris, 2002

Durand Marc., *L'enseignement en milieu scolaire*, PUF, Paris, 1996

Durkheim Emile., *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Quadrige, Paris, [1937], 2002

Duru-Bellat Marie., « La sociologie des inégalités sociales à l'école, entre "engagement et distanciation" », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999, pp. 22-36

Duru-Bellat Marie., *Inflation scolaire : Marie Duru-Bellat réplique à l'OCDE*, <http://www.cafepedagogique.net/dossiers/contribs/durubellat.php>, mars 2006

Dutercq Yves., *Politiques éducatives et évaluation. Querelles de territoires*, PUF, Collection « Education et formation », Paris, 2000

Dutercq Yves., *La situation de l'acteur de l'éducation et son positionnement dans des mondes multiples*, Séminaire de DEA, Université de Nantes, décembre 2003

Dutercq Yves (sous la direction de)., *Les régulations des politiques d'éducation*, Presses universitaires de Rennes, 2005

Elias Norbert., *Engagement et distanciation, contributions à une sociologie de la connaissance*, Editions Fayard, « Collection Agora », 1993, (1^{ère} édition, 1983)

Fabre Michel., *Penser la formation*, PUF, Collection « L'éducateur », Paris, 1994

Felouzis Georges., *L'efficacité des enseignants, sociologie de la relation pédagogique*, PUF, Collection « Pédagogie d'aujourd'hui », Paris, 1997

Felouzis Georges, Liot Françoise, Perroton Joëlle., *L'apartheid scolaire, enquête sur la ségrégation ethnique dans les collèges*, Editions du Seuil, 2005

Feroni Isabelle., *Les infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel*, Thèse de Sociologie, Université de Nice, 1994

Festinger Leon., *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, IL: Row, Perterson & Company, 1957

Formations de santé, Profession infirmier, *Recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession*, Berger-Levrault, Réf. 531 001, non daté

Forquin Jean-Claude., « La nouvelle sociologie de l'éducation en Grande-Bretagne : orientations, apports théoriques, évolution », in *Revue française de pédagogie* (collectif), *Sociologie de l'éducation : dix ans de recherches*, INRP, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1990

Forquin Jean-Claude (présentation et choix de textes)., *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogie », Série « Portefeuille », Bruxelles, 1997

Fraty Monique., « Le formateur en IFSI et les relations école-stage dans la formation infirmière », *Objectif Soins* n°54, juin 1997

Friedberg Erhard., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n°341, Paris, [1993], 1997, 2^{ème} édition

Galant Marie-Odile., *Histoire de la formation infirmière*, document pédagogique IFCS Nantes, 1999-2000

Galland Olivier., *Sociologie de la jeunesse*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, [1997], 2004, 3^{ème} édition

Galland Olivier, « La jeunesse n'est plus ce qu'elle était... », *Soins Cadres* n°53, février 2005, pp. 39-41

Galaup Annie, Garrachon Philippe., « Rentrée 2004, et si... on reparlait des quotas », *Info CEFIEC* n°4, septembre 2004, pp. 4-5

Garfinkel Harold., *Studies in ethnomethodology*, Englewood-Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1967

Gilly Michel., *Maître-élève, rôles institutionnels et représentations*, PUF, Paris, 1980

Goffman Erving., *Asiles, études sur la conduite sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1968

Goffman Erving., *La mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1973

Goffman Erving., *Les rites d'interaction*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1974

Goffman Erving., *Stigmates, les usages sociaux du handicap*, Les éditions de minuit, Collection « Le sens commun », Paris, 1975

GRIPI (Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière)., *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'Aujourd'hui », Paris, 1986

Guérel Marie-France., « Formation : tous concernés », *Revue de l'infirmière*, Hors-Série, août 2004a, p. 3

Guérel Marie-France., « La formation, une arme contre la pénurie », *Revue de l'infirmière*, Hors-Série, août 2004b, pp. 7-8

Hirschman Albert O., *Défection et prise de parole*, Paris, Editions Fayard, Collection « L'espace du politique », [1970], 1995

Hughes Everett C., « Division du travail et rôle social », 1956 in Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996, pp. 61-68

Hughes Everett C., « Carrières », 1967 in Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996, pp. 175-185

Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Essais choisis (Textes rassemblés par Jean-Michel Chapoulie), Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996

Jaeger Marcel., « L'infirmier en santé mentale : un professionnel ? » in Aïach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de)., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994, pp. 261-280

Joule Robert-Vincent, Beauvois Jean-Leon., *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Vies sociales », 1987

Joutard Thierry., *L'évaluation des étudiants en soins infirmiers sur les terrains de stage : un analyseur possible d'une dynamique professionnelle. Esquisse d'une lecture sociologique des faits d'évaluation*, Mémoire de DEA « Sciences de l'éducation et didactiques », Université de Nantes, octobre 2001

Joutard Thierry., « Jeunes professionnels et organisations de santé, une rencontre à construire », *Soins Cadres* n°53, février 2005, pp. 72-74

Jovic Ljiljana., « Les questions posées et les objectifs du congrès » in Congrès national infirmier, *La réponse infirmière aux besoins de santé en France, l'affirmation d'une discipline*, Nantes, 22-24 mars 2006

Kaës René, Anzieu Didier, Thomas Louis-Vincent., *Fantasme et Formation*, Editions Dunod, Paris, [1975], 1997

Kaufmann Jean-Claude., *L'entretien compréhensif*, Editions Nathan, Collection 128, Paris, 1996

Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène, Senotier Danièle., *Les infirmières et leur coordination : 1988-1989*, Editions Lamarre, Paris, 1992

Knibiehler Yvonne (sous la direction de)., *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Editions Hachette, France, 1984

Lahire Bernard., *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Editions Nathan, Collection « Essais et recherches », Série « Sciences sociales », Paris, 1998

Lang Vincent., « Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux », *Soins Cadres* n°50, mai 2004, pp. 21-24

Lecoïnte Michel., *Les enjeux de l'évaluation*, Editions L'Harmattan, Collection "Défi-Formation", Paris, 1997

Lipovetsky Gilles., *Le crépuscule du devoir, l'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Editions Gallimard, Paris, 1992

Lipovetsky Gilles., « L'ère de l'après-devoir », in *La société en quête de valeurs, pour sortir de l'alternative entre scepticisme et dogmatisme (collectif)*, Maxima Laurent du Mesnil Editeur, Collection « Institut du management d'EDF et de GDF », Paris, 1996, pp. 23-30

Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, Article premier modifiant l'article L. 473 du code de la santé publique

Magnon René., *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Editions Lamarre, Paris, 1991

Magnon René., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Editions Masson, Paris, 2001

Malglaive Gérard., *Politique et pédagogie en formation d'adultes*, Edilig, 1981

Marquier Rémy., *La formation aux professions de la santé en 2004*, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), série statistiques, n°86, août 2005

Marquier Rémy., *Les étudiants en soins infirmiers en 2004*, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats, n°458, janvier 2006

Maurin Eric., *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, Editions Seuil, Collection « La république des idées », 2004

Merle Pierre., *L'évaluation des élèves, enquête sur le jugement professoral*, PUF, Paris, 1996

Merle Pierre., *Sociologie de l'évaluation scolaire*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1998

Merle Pierre., « Equité et notation : l'expérience subjective des lycéens », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999, pp. 214-226

Merle Pierre, Le Beau Bertrand., « Alcoolisation et alcoolisme au travail, ethnographie d'un centre de tri postal », *Revue française de sociologie*, 45-1, 2004, pp. 3-36

Meyer L., *Le personnel infirmier au CHS de Rouffach : éléments historiques, sociologiques et évolution*, Thèse de Médecine, Université de Strasbourg, 1986

Michaud Françoise, *Histoire du personnel soignant en psychiatrie*, Congrès de psychiatrie et de neurologie (actes), AERLIP, Auxerre, 1974, pp. 13-25

Millet Dominique., « La formation des enseignants spécialisés », in Bouvier Alain, Obin Jean-Pierre (coordonné par)., *La formation des enseignants sur le terrain*, Hachette Education, Collection « Former, organiser pour enseigner », Paris, 1998, pp. 69-85

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Fonction publique hospitalière, Données démographiques, Horizon 2015*, mai 2003 (consultable sur www.sante.gouv.fr)

Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Sous-direction : Fonction publique hospitalière, Bureau infirmier, *La formation professionnelle de l'étudiant en soins infirmiers par l'action pédagogique du stage*, octobre 1994

Montésinos André., *Formation des infirmières à l'organisation du travail*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1977

Montésinos André., *L'infirmière et l'organisation du travail*, Editions Le Centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1981

Morin Edgar., *La complexité humaine*, Flammarion : Champs-L'essentiel, Paris, 1994

Palazzeschi Yves., *Introduction à une sociologie de la formation, Anthologie de textes français (1944-1994), Les pratiques constitutives et les modèles*, Volume 1, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1998a

Palazzeschi Yves., *Introduction à une sociologie de la formation, Anthologie de textes français (1944-1994), Les évolutions contemporaines*, Volume 2, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1998b

Perrenoud Philippe., « Vers un retour du sujet en sociologie de l'éducation ? Limites et ambiguïtés du paradigme stratégique », in Van Haecht Anne (direction) *Socialisations scolaires, socialisations professionnelles*, Bruxelles, Université Libre, Institut de sociologie, 1987, pp. 20-36

Perrenoud Philippe., « Des différences culturelles aux inégalités scolaires : l'évaluation et la norme dans un enseignement indifférencié », in Allal Linda, Cardinet Jean, Perrenoud Philippe (direction)., *L'évaluation formative dans un enseignement différencié* (Actes du colloque à l'Université de Genève, mars 1978), Editions Peter Lang, Collection « Exploration », Suisse, 1995 (7^{ème} édition)

Perrenoud Philippe., *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Editions ESF, Collection « Pédagogies », Paris, [1994], 1996 (3^{ème} édition)

Perrenoud Philippe., *La division du travail entre les formateurs d'enseignants : quelques enjeux émergents*, Contribution au symposium « Quelle professionnalisation des formateurs d'enseignants ? », Réseau Education-Formation (REF), Toulouse, 26-27 octobre 1998

Perrenoud Philippe., « Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance » in Lhez, Pierrette, Millet Dominique, Séguier Bernard (direction)., *Alternance et complexité en formation. Éducation, Santé, Travail social*, Paris, Editions Seli Arslan, 2001a, pp. 10-27.

Perrenoud Philippe., *Former à l'action, est-ce possible ?*, Journée « Former à des savoirs d'action, est-ce possible ? Comment faire ? », IUFM de Lyon, 5 juillet 2001b

Perrenoud Philippe., *L'approche épistémologique de la compétence dans les différents champs disciplinaires*, Journées d'études ARSI : « Le concept de compétence », Paris, 26 et 27 janvier 2006

Petitot André., « La profession infirmière, un siècle de mutations », in Aïach Pierre, Fassin Didier (sous la direction de)., *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos, Collection « Sociologiques », Paris, 1994, pp. 227-259

Peyré Pierre., « La formation en soins infirmiers », *Soins Formation Pédagogie Encadrement* n°24, 1997

Peyré Pierre., *Projet professionnel, formation et alternance : essai de sociopédagogie appliquée en milieu sanitaire et social*, Editions L'Harmattan, Collection « Alternances et développements », Paris, 1995

Piéron Henri, *Examen et docimologie*, PUF, Paris, 1969

Pinaud Michel., *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*, Rapport au Conseil économique et social, 2004

Poisson Michel., *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Les éditions hospitalières, Paris, 1998

Poletti Rosette., *Les soins infirmiers : théories et concepts*, Editions Le centurion, Collection « Infirmière d'aujourd'hui », Paris, 1978

Postic Marcel., *La relation éducative*, PUF, Paris, [1978], 2001, (9^{ème} édition)

Programme des études conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant, Ministère du travail et des affaires sociales, Berger-Levrault, Réf. 531 060

Prusak Lucie., « Infirmier(ère) : la panne des vocations », *Le Monde de l'éducation* n° 339, septembre 2005, pp. 64-65

Queiroz (de) Jean-Manuel., *L'école et ses sociologies*, Editions Armand Colin [Nathan, 1995], Collection 128, Paris, 2005

Rapport annuel de l'ONDPS (Observatoire national des professions de santé), Tome 3, *Analyse de trois professions, La profession infirmière*, 2004, pp. 51-105

Rayou Patrick., « "Combien t'as eu ?" Les lycéens à l'épreuve de la dissertation de philosophie », in Meuret Denis (Ed.), *La justice du système éducatif*, De Boeck Université, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 1999, pp. 228-240

Revue française de pédagogie (collectif), *Sociologie de l'éducation : dix ans de recherches*, INRP, Editions L'Harmattan, Collection « Education et formation », Série « Références », 1990

Reynaud Jean-Daniel., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Editions Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », Paris, 1997, 3^{ème} édition

Reynaud Michel, Lopez Alain (et al.), *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*, Editions Frison-Roche, Paris, 1994

Rogers Carl., *Hommes et techniques* n°169, 1959, pp. 87-89

Roux Christian., *Thèmes et problématiques de l'histoire en éducation*, Université de Provence, Aix-Marseille I, Département des Sciences de l'éducation, 1996 (document de formation, non publié)

Royer-Rastoll Philippe., « Pour une nouvelle formation par alternance », *Soins Formation Pédagogie Encadrement* n°6, 1993, pp. 4-11

Ruano-Borbolan Jean-Claude., *Eduquer et former : Les connaissances et les débats en éducation et en formation*, Editions Sciences humaines, Auxerre, 1998

Saliba Jacques., « Histoire d'une vocation », in Saliba Jacques., Bon-Saliba Brigitte., Ouvry-Vial Brigitte., *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, Editions Syros, Collection « Des gens », Paris, 1993, pp. 11-86

Signeyrole Jean., « Les enjeux d'une approche clinique, entre recherche et pratiques professionnelles », *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 2000, pp. 41-50

Statistiques et indicateurs de la santé et du social, STATISS 2003, Les régions françaises, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2003

Statistiques et indicateurs de la santé et du social, STATISS 2004, Les régions françaises, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2004

Strauss Anselm., « Négociations : introduction à la question », 1978 in Strauss Anselm (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger)., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Editions L'Harmattan, Collection « Logiques sociales », Paris, 1992, pp. 245-268

Ulmann Anne-Lise., *Le contrôle : traçage et transmission. L'analyse de l'activité des contrôleurs des Caisses d'allocations familiales*, Thèse de Sciences de l'éducation, Université de Paris 13, 2005

Vial Michel., *Se former pour évaluer, se donner une problématique et élaborer des concepts*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogies en développement », Bruxelles, 2001

Walter Béatrice., *Le savoir infirmier : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*, Editions Lamarre-Poinat, Collection « Recherche Infirmière », France, 1988

Watzlawick Paul., *La réalité de la réalité*, Editions du seuil, Collection « Points », Série « Essais » n° 162, 1978

Weber Max., *Economie et société, Tome 1, Les catégories de la sociologie*, [1922], Editions Plon 1971, Pocket 1995, Collection « Agora, Les classiques », n° 171

Weber Max., *Le savant et le politique*, Editions La découverte, Paris, [1919], 2003

Wenner Micheline., *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?*, Thèse de Sociologie des organisations, Université Paris Dauphine, 1987

Wenner Micheline., *Sociologie et culture infirmière*, Editions Seli Arslan, Paris, 2001

Woods Peter., « Les stratégies de “survie” des enseignants », in Forquin Jean-Claude (présentation et choix de textes)., *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques*, Editions De Boeck, Collection « Pédagogie », Série « Portefeuille », Bruxelles, 1997

Liste des annexes

ANNEXE 1, EXEMPLES DE FEUILLES D'APPRECIATION DE STAGE..... III

Appréciation de stage de chirurgie

Appréciation de stage de chirurgie

Appréciation de stage de psychiatrie

Appréciation de stage de santé publique

ANNEXE 2, EXEMPLES DE GRILLES D'EVALUATION CONCERNANT LA MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE IV

Mise en situation professionnelle n°1

Mise en situation professionnelle n°2

Mise en situation professionnelle n°3

ANNEXE 3, RAPPORTS DE SERVICE CONCERNANT LA DANGEROUSITE REELLE OU POTENTIELLE D'UN ETUDIANT EN STAGE (A DESTINATION DE L'INSTITUT DE FORMATION) V

Rapport concernant Melle A

Rapport concernant Melle B

ANNEXE 4, LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES VI

Les directeurs d'institut de formation en soins infirmiers

Les cadres de santé, formateurs exerçant en institut de formation en soins infirmiers

Les infirmiers, formateurs-soignants

Les étudiants en soins infirmiers

Les cadres de santé, formateurs-soignants

ANNEXE 5, TEXTES RELATIFS AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICAUX VII

Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (en vigueur au moment de la recherche)

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

ANNEXE 6, TEXTES RELATIFS A L'EVALUATION CONTINUE DES CONNAISSANCES ET DES APTITUDES ACQUISES AU COURS DES ETUDES CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER..... VIII

Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (en vigueur au moment de la recherche)

Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

ANNEXE 7, REGION PAYS-DE-LA-LOIRE : DOCUMENTS A L'INTENTION DES MEMBRES DES JURYS DESIGNES POUR LES EPREUVES DU DIPLOME D'ETAT (MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE) IX

Charte de l'évaluation de l'épreuve de mise en situation professionnelle du diplôme d'Etat infirmier

Epreuve de mise en situation professionnelle du diplôme d'Etat infirmier, grille d'évaluation

ANNEXE 8, DONNEES ET MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES DU CHAPITRE 10..... X

Annexe 1, Exemples de feuilles d'appréciation de stage

Appréciation de stage de chirurgie

Appréciation de stage de chirurgie

Appréciation de stage de psychiatrie

Appréciation de stage de santé publique

APPRÉCIATION DE STAGE DE CHIRURGIE

RIANT

de générale à la fonction

Eu égard aux connaissances et compétences acquises par l'équipe enseignante et l'Institut de formation en soins infirmiers et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement. Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier)

CAPACITÉS PERSONNELLES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TI
Fait preuve de : - respect vis à vis des personnes et des lieux				X	
- de discrétion professionnelle					X
- de curiosité intellectuelle				X	
Prend des initiatives			X		
S'inscrit dans un processus d'auto-évaluation				X	

CAPACITÉS MÉTHODOLOGIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Recueille des informations utilisables					X
Analyse la situation				X	
Identifie le ou les problèmes posés				X	
Détermine les objectifs de soins					
Prévoit des actions en fonction des ressources de la personne et du service					X
Organise des actes de soins avec méthode				X	
Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernés			X		
Evalue l'atteinte des objectifs					

CAPACITÉS TECHNIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu				X	
Réalise les actes de soins avec dextérité					X
Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes					X

CAPACITÉS D'ADAPTATION (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage					X
Fait preuve de rigueur dans ses horaires					X
Collabore avec les différentes catégories de personnel			X		

LIVRET SCOLAIRE

CAPACITÉS RELATIONNELLES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences				X	
Applique les différentes techniques relationnelles en fonction des personnes et en apprécie les limites					
Etablit une communication adaptée : - Aux personnes soignées					X
- Aux situations					X
- A l'équipe de travail					X
Contrôle ses réactions affectives					X

CAPACITÉS ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Donne en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes des conseils ou des réponses adaptées				X	
Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires					

CAPACITÉS D'ORGANISATION (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Organise et planifie son travail				X	
Tient compte des priorités				X	
S'adapte aux situations d'urgence					
Évalue les actions					

(1) mettre une croix dans la case correspondante

Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

Joanne doit penser à son rôle propre et à son travail en collaboration avec les aides soignants. Elle doit également ne pas oublier qu'un patient doit être pris en charge dans sa globalité et non pas seulement par le soin effectué. Elle doit penser aussi à bien organiser ses soins. Joanne pense également un peu trop exécuté dans le service par rapport aux chirurgiens et à l'équipe.

Insuffisant 0 - 8	Passable 9 - 11	Assez bien 12 - 14
Bien 15 - 17	Très bien <u>17</u> - 20	

Note attribuée :

17 / 20

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

Joanne a bien su s'adapter au service et à l'équipe. On remarque une bonne évolution au cours des quelques semaines au niveau des transmissions ainsi que des soins techniques. Joanne fait preuve de dextérité et d'asepsie dans ses soins techniques (pansement, pose de perfusion).

Date : 12.07.06.

Noms et signatures

Etudiant

Coat

LIVRET SCOLAIRE - IFSI

APPRÉCIATION DE STAGE DE CHIRURGIE

d
P
:

Aptitude générale à la fonction

Eu égard aux objectifs de formation déterminés par l'équipe enseignante et l'Institut de formation en soins infirmier et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant la fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement. Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier)

CAPACITÉS PERSONNELLES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Fait preuve de : - respect vis à vis des personnes et des lieux				X	
- de discrétion professionnelle					X
- de curiosité intellectuelle		X			
Prend des initiatives		X			
S'inscrit dans un processus d'auto-évaluation	X				
CAPACITÉS MÉTHODOLOGIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Recueille des informations utilisables		X			
Analyse la situation	X				
Identifie le ou les problèmes posés	X				
Détermine les objectifs de soins	X				
Prévoit des actions en fonction des ressources de la personne et du service	X				
Organise des actes de soins avec méthode				X	
Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernés		X			
Evalue l'atteinte des objectifs	X				
CAPACITÉS TECHNIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu	X				
Réalise les actes de soins avec dextérité				X	
Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes			X		
CAPACITÉS D'ADAPTATION (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage		X			
Fait preuve de rigueur dans ses horaires					X
Collabore avec les différentes catégories de personnel		X			

LIVRET SCOLAIRE - II

CAPACITÉS RELATIONNELLES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences		X			
Applique les différentes techniques relationnelles en fonction des personnes et en apprécie les limites		X			
Etablit une communication adaptée :		X			
- Aux personnes soignées		X			
- Aux situations		X			
- A l'équipe de travail		X			
Contrôle ses réactions affectives		X			

CAPACITÉS ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Donne en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes des conseils ou des réponses adaptées		- Non évaluable -			
Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires					

CAPACITÉS D'ORGANISATION (1)	Insuff.	Passable	AB	B	TB
Organise et planifie son travail		X			
Tient compte des priorités		X			
S'adapte aux situations d'urgence		- Non évaluable -			
Évalue les actions		X			

(1) mettre une croix dans la case correspondante

Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

Insuffisant 0 - 8	Passable 9 - 11	Assez bien 12 - 14	Note attribuée : 8,5 / 20
Bien 15 - 17	Très bien 17 - 20		

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

Bonne dextérité au niveau des soins techniques mais pour assurer une bonne prise en charge du patient Emmanuel ne devra pas négliger les soins de nursing. Emmanuel devra faire un effort particulier concernant la curiosité intellectuelle, les connaissances théoriques ce qui lui permettra de s'affirmer et ainsi profiter du maximum de ses stages.

Date: 16/06/15

Noms et signatures _____

Cachet du lieu de stage _____

Responsable _____

LIVRET SCOLAIRE - I

APPRECIATION DE STAGE DE PSYCHIATRIE

Incluant une période de nuit de heures

2 ANNEE

55 88 25 - Fax : 02 40 55 88 73

Eu égard aux objectifs de formation déterminés par l'équipe enseignante et l'Institut de formation en soins infirmiers et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant la fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement.

Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier).

CAPACITÉS PERSONNELLES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Fait preuve : - de respect vis-à-vis des personnes et des lieux			X	
- de discrétion professionnelle			X	
- du curiosité intellectuelle	X			
Prend des initiatives	X			
S'inscrit dans un processus d'autoévaluation		X		

CAPACITÉS MÉTHODOLOGIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Recueille des informations utilisables		X		
Analyse la situation	X			
Identifie le ou les problèmes posés		X		
Détermine les objectifs de soins	X			
Prévoit ses actions en fonction des ressources de la personne et du service		X		
Organise ses actes de soins avec méthode		X		
Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernées			X	
Evalue l'atteinte des objectifs			X	

CAPACITÉS TECHNIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu		X		
Réalise les actes de soins avec dextérité		X		
Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes		X		

CAPACITÉS D'ADAPTATION (1)

	Insuff	AB	B	TB
S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage			X	
Fait preuve de rigueur dans ses horaires				X
Collabore avec les différentes catégories de personnel			X	

(1) mettre une croix dans la case correspondante.

CAPACITÉS RELATIONNELLES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences	X			
Applique les différentes techniques relationnelles et fonction des personnes et en apprécie les limites		X		
Établit une communication adaptée : - aux personnes soignées - aux situations - à l'équipe de travail			X	
			X	
			X	
Contrôle ses réactions affectives				

CAPACITÉS ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Donne en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes, des conseils ou des réponses adaptées		X		
Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires <i>non pas été en situation</i>				

CAPACITÉS D'ORGANISATION (1)

	Insuff	AB	B	TB
Organise et planifie son travail	X			
Tient compte des priorités		X		
S'adapte aux situations d'urgence		X		
Évalue les actions		X		

(1) mettre une croix dans la case correspondante.

Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

*Celui-ci, devra se positionner et s'impliquer davantage
fonctionnement et prises d'initiative tout nécessaire.
celui-ci devra d'autre part anticiper ses actions et s'organiser
pour gérer son stress et faire des propositions adaptées.*

Insuffisant 0-9	Assez bien 10-13	Note attribuée /20
Bien 14-16	Très bien 17-20	

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

*Le cloisonner les informations et mettre du sens dans
les prises en charge faites des lieux.
le travail de l'annonce est présent.*

Date : *24/3/06*

Noms et signatures

Responsable de l'encadrement

Étudiant :

[Signature]

APPRÉCIATION DE STAGE DE Santé Publique

I ANNEE

I.F.S.I.

) 55 88 73

NOM DE

PRÉNON

DATES

DURÉE

DURÉE

Eu égard aux objectifs de formation déterminés par l'équipe enseignante et l'Institut de formation en soins infirmiers et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant la fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement.

Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier).

CAPACITÉS PERSONNELLES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Fait preuve : - de respect vis-à-vis des personnes et des lieux				X
- de discrétion professionnelle				X
- du curiosité intellectuelle				X
Prend des initiatives				X
S'inscrit dans un processus d'autoévaluation				X

CAPACITÉS MÉTHODOLOGIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Recueil des informations utilisables				X
Analyse la situation				X
Identifie le ou les problèmes posés				X
Détermine les objectifs de soins			X	
Prévoit ses actions en fonction des ressources de la personne et du service				X
Organise ses actes de soins avec méthode				X
Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernées				X
Evalue l'atteinte des objectifs				X

CAPACITÉS TECHNIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu				X
Réalise les actes de soins avec dextérité				X
Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes				X

CAPACITÉS D'ADAPTATION (1)

	Insuff	AB	B	TB
S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage				X
Fait preuve de rigueur dans ses horaires				X
Collabore avec les différentes catégories de personnel				X

(1) mettre une croix dans la case correspondante.

CAPACITÉS RELATIONNELLES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences			X	
Applique les différentes techniques relationnelles et fonction des personnes et en apprécie les limites				X
Etablit une communication adaptée :				
- aux personnes soignées				X
- aux situations				X
- à l'équipe de travail				X
Contrôle ses réactions affectives				X

CAPACITÉS ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES (1)

	Insuff	AB	B	TB
Donne en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes, des conseils ou des réponses adaptées			X	
Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires				

CAPACITÉS D'ORGANISATION (1)

	Insuff	AB	B	TB
Organise et planifie son travail			X	
Tient compte des priorités				X
S'adapte aux situations d'urgence				
Evalue les actions				X

(1) mettre une croix dans la case correspondante.

Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

Doit continuer des efforts relatifs à la communication avec les patients.

Insuffisant 0- 9	Assez bien 10-13	Note attribuée /20
Bien 14-16	Très bien 17-20	

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

*Très bonne intégration à l'équipe et aux patients.
Bonne curiosité, veut en savoir plus.*

Date : *21/10/05*
Noms et signatures

Responsable de l'encadrement

Étudiant : *[Signature]*

Annexe 2, Exemples de grilles d'évaluation concernant la mise en situation professionnelle

Mise en situation professionnelle n°1

Mise en situation professionnelle n°2

Mise en situation professionnelle n°3

NOM DE L.

Service

DATE

1^{ère} MSP

Noms et signatures du jury :

Note :

11 / 20 Points

GRILLE D'EVALUATION DES SYNTHESES ARGUMENTEES

CRITERES	INDICATEURS	NOTE	OBSERVATIONS
I - Capacité à recueillir les informations	<ul style="list-style-type: none"> - Transmet des informations fiables - Transmet des informations pertinentes 	12	<p>Les explications sont fiables, certains renseignements sont approfondis (hypothèse du "développement").</p>
II - Capacité à analyser les situations	<ul style="list-style-type: none"> - Identifie et priorise les problèmes de santé - Fait des liens avec la programmation 		<p>Développer l'analyse pour identifier les problèmes de façon pertinente et précise,</p>
III - Capacité à argumenter les décisions et les interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Explicite et priorise ses actions au regard du contexte - Réévalue - Réajuste 	16	<p>expliquer les différents niveaux d'information (équipe) - Mettre en évidence les différents problèmes pour l'élaboration et la présentation claire, concise et aisé.</p>
IV - Capacité à exposer les situations	<ul style="list-style-type: none"> - Fait preuve de clarté - Fait preuve d'aisance - Fait preuve de maîtrise - Fait preuve de concision 	12	

TOTAL : 7 / 10 POINTS

CRITERES	INDICATEURS	NOTE	OBSERVATIONS
<p>PROGRAMMATION DES SOINS (sur l'amplitude horaire de l'étudiant infirmier)</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à utiliser les outils de programmation du service et/ou à élaborer et présenter un document personnalisé Capacité à organiser la prise en charge d'un groupe de personnes dans un temps donné et dans un contexte donné. 	<ul style="list-style-type: none"> Présente un document lisible, fiable, et utilisable par tous les membres de l'équipe Priorise les actions Tient compte des ressources et de l'organisation du service (matérielles et humaines - nombre de patients pris en charge) Réajuste la programmation Est cohérent avec les objectifs de soins 	12	<p>Manque les problèmes de forme et la précision de soins et le temps d'horaires. L'organisation cohérente les programmation de la charge en lien avec cent objets de soins automatique</p>
<p>REALISATION DES SOINS (capacité à gérer la ou les situations de soins qui peuvent évoluer et se complexifier)</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à s'organiser Capacité à s'adapter, à prendre des décisions et à adopter un comportement infirmier prenant en compte : <ul style="list-style-type: none"> Domaine gestuel <u>NOK</u> Domaine relationnel Domaine éducatif 	<ul style="list-style-type: none"> Evalue la situation Prévoit le matériel Aménage l'espace Respecte les principes d'ergonomie Assure la continuité des soins Efficacité Sécurité → <u>lever</u> Confort Economie Dextérité Fait preuve d'empathie S'adapte à la situation, fait preuve de maîtrise de soi Respecte l'autre Adapte le contenu et les moyens éducatifs à la personne (ou au groupe de personnes) et à la situation Prévoit, réalise et évalue des activités Assure la continuité des soins Transmet les éléments significatifs Respecte la législation (date, signature, qualité, respect des droits du patient...) 	16	<p>Ne pas oublier de bien s'installer (lever le lit)</p> <p>Utilisation du matériel stérile et de ciré non stérile pour couvrir le complexe cohérent ? -</p> <p>Réaction trop succincte, écarte insuffisamment. Je n'ai pas bien entendu - Relève inadaptée parfois - un petit peu possible "parle trop fort".</p> <p>Né laisse par le temps de présence de se scier en réunit - lors du lever provoquant de l'angoisse -</p>
<p>TRANSMISSIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à transmettre les informations par écrit et/ou oral 	<ul style="list-style-type: none"> Assure la continuité des soins Transmet les éléments significatifs Respecte la législation (date, signature, qualité, respect des droits du patient...) 	12	<p>Perde du plein comportement alors qu'elle est en voie de dictation</p>

Soins réalisés : placement d'ascenseur chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

En cas de soins dangereux, soit dans la réalisation des soins, soit dans la compréhension des situations, une note inférieure à 8/20 sera accordée pour l'ensemble de l'épreuve.

TOTAL : 6 / 10 POINTS

I.F.:

VE DE MISE

NOI

~~NI~~ ~~NSI~~

JUR

ge

Serv

LE D'EVALUAT

08/04/2005

2^{ème} ANNEE

Date: 21/09/05.

MOYENNE: 7/120

N^o NSP

CAPACITES A	CRITERES	OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Présenter les situations des différentes personnes soignées sur le plan : <ul style="list-style-type: none"> bio-psycho-social, familial culturel 	<ul style="list-style-type: none"> utilisation des différentes sources d'information pertinence des informations pour la situation donnée formule les problèmes de santé et/ou des diagnostics infirmier pertinents hiérarchise les problèmes en tenant compte des priorités du jour objectivité (absence de jugement) formule des objectifs mesurables, personnalisés, réalisables 	<ul style="list-style-type: none"> - les événements de la vie de l'adolescente ne sont pas mis en lien avec ce qui lui arrive aujourd'hui - Ne prend pas en compte l'histoire des parents. - Succession d'informations mais absence de liens
<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> déduit des actions relevant du rôle propre et du rôle prescrit (dans la ou les dimensions concernées du soin) - actions précises dans le temps, réalisables et personnalisées évalue : les actions de soins l'état de santé de la personne à court - moyen et long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion dans la présentation - - Difficulté à évaluer la donnée à ce jour -
<ul style="list-style-type: none"> Énoncer le devenir de la personne soignée 	<ul style="list-style-type: none"> à court - moyen et long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Positifs réalistes -

TOTAL 7/120

GRILLE D'EVALUATION DU OU DES SOINS :

Environnement
 Achille Cuiquine
 (prise en charge médiateur)

CAPACITES	CRITERES	OBSERVATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Programme l'ensemble des soins sur une plage horaire de 7 heures 	programmation claire, utilisable, précise (légende) tient compte de la priorité des soins suivant l'état de la personne et les besoins du service réajuste la programmation en fonction des modifications identifie les soins effectués collabore avec l'équipe en tenant compte de la formation de chacun	
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer un soin sûr et efficace /2 	<ul style="list-style-type: none"> - participe à un processus d'apprentissage en tenant compte des ressources et des besoins de la personne soignée et/ou de son entourage - respecte les règles d'hygiène (personne - matériel) - respecte les règles d'asepsie - respecte la prescription ou les protocoles de soins - maîtrise du geste 	Entretien dans un hôte dans le constat que dans la compagnie des réflexions et se mettre en place les soins - position de la personne -> difficile à évaluer la prise en charge sur les mains // Achille trop directive rempli pas le but de la prise en charge de la personne
<ul style="list-style-type: none"> Etablir une relation avec la personne soignée, son entourage /4 	<ul style="list-style-type: none"> - prépare la personne soignée - établit une communication verbale, non verbale : <ul style="list-style-type: none"> * écoute la personne * fait preuve de discrétion * adapte son vocabulaire - gère ses émotions en fonction de la situation 	la technique d'entretien est satisfaisante mais non adaptée à la situation.
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer un soin confortable /2 	<ul style="list-style-type: none"> - installe confortablement la personne soignée - assure la sécurité de la personne soignée - installation de la soignante (Ergonomie...) - aménagement de l'environnement 	Difficulté à évaluer correctement l'entretien // objectifs posés et l'obtention de l'adoption (fait plaisir)
<ul style="list-style-type: none"> Respecter l'économie /1 	<ul style="list-style-type: none"> - gestion du temps - matériel 	
<ul style="list-style-type: none"> Evaluer, transmettre et déléguer /2 	<ul style="list-style-type: none"> - transmet les éléments significatifs à la continuité des soins - utilise les moyens de transmissions adaptés pour la situation donnée - réajuste de façon adaptée 	

En cas de soin dangereux, soit dans la réalisation des soins, soit dans la compréhension des situations, une note inférieure à 8/20 sera accordée pour l'ensemble de l'épreuve.

TOTAL 7 /20

NOM D

S
I
I

Noms et signatures du jury :

M. ...

Note :

15 / 20 Points

GRILLE D'EVALUATION DES SYNTHESES ARGUMENTEES

CRITERES	INDICATEURS	NOTE	OBSERVATIONS
I - Capacité à recueillir les informations	<ul style="list-style-type: none"> - Transmet des informations fiables - Transmet des informations pertinentes 	12	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil de données complet - A compris la méthodologie de la synthèse argumentée. - Problèmes de santé précisés
II - Capacité à analyser les situations	<ul style="list-style-type: none"> - Identifie et priorise les problèmes de santé - Fait des liens avec la programmation 	16	<ul style="list-style-type: none"> - Les actions de soins sont adaptées - Exposés clairs
III - Capacité à argumenter les décisions et les interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Explicite et priorise ses actions au regard du contexte - Réévalue - Réajuste 	12	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fait attention à la gestion du stress opérateur gène l'organisation
IV - Capacité à exposer les situations	<ul style="list-style-type: none"> - Fait preuve de clarté - Fait preuve d'aisance - Fait preuve de maîtrise - Fait preuve de concision 		

TOTAL : 7,5 / 10 POINTS

GRILLE D'EVALUATION DES SOINS

CRITERES	INDICATEURS	NOTE	OBSERVATIONS
<p>PROGRAMMATION DES SOINS (sur l'amplitude horaire de l'étudiant infirmier)</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à utiliser les outils de programmation du service et/ou à élaborer et présenter un document personnalisé Capacité à organiser la prise en charge d'un groupe de personnes dans un temps donné et dans un contexte donné. 	<ul style="list-style-type: none"> Présente un document lisible, fiable, et utilisable par tous les membres de l'équipe Priorise les actions Tient compte des ressources et de l'organisation du service (matérielles et humaines - nombre de patients pris en charge) Réajuste la programmation Est cohérent avec les objectifs de soins 	12	<p>- Programmation complète Clair</p> <p>- Actions priorisées</p>
<p>REALISATION DES SOINS (capacité à gérer la ou les situations de soins qui peuvent évoluer et se complexifier)</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à s'organiser Capacité à s'adapter, à prendre des décisions et à adopter un comportement infirmier prenant en compte : <ul style="list-style-type: none"> Domaine gestuel Domaine relationnel Domaine éducatif 	<ul style="list-style-type: none"> Evalue la situation Prévoit le matériel Aménage l'espace Respecte les principes d'ergonomie Assure la continuité des soins Efficacité Sécurité Confort Economie Dextérité Fait preuve d'empathie S'adapte à la situation, fait preuve de maîtrise de soi Respecte l'autre Adapte le contenu et les moyens éducatifs à la personne (ou au groupe de personnes) et à la situation Prévoit, réalise et évalue des activités Assure la continuité des soins Transmet les éléments significatifs Respecte la législation (date, signature, qualité, respect des droits du patient...) 	16	<p>- Assume les priorités et les problèmes à venir</p> <p>- Bonne préparation du soin</p> <p>- Attention au stress dans l'organisation</p> <p>- Bonne communication avec les patients</p>
<p>TRANSMISSIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité à transmettre les informations par écrit et/ou oral 	<ul style="list-style-type: none"> Assure la continuité des soins Transmet les éléments significatifs Respecte la législation (date, signature, qualité, respect des droits du patient...) 	12	<p>- Complète et adaptée</p>

Soins réalisés : glycémie capillaire + insuline - refletion pour faire vanquere.

En cas de soin d'urgence, sollicité dans la compréhension des situations, une note inférieure à 8/20 sera accordée pour l'ensemble de l'épreuve.

TOTAL : 7,5 / 10 POINTS

**Annexe 3, Rapports de service
concernant la dangerosité réelle ou
potentielle d'un étudiant en stage (à
destination de l'institut de formation)**

Rapport concernant Melle A

Rapport concernant Melle B

Rapport concernant le stage de mademoiselle A

La situation de Stéphanie me semble, ainsi qu'à l'équipe, très préoccupante. Deux entretiens, l'un suite à sa MSP désastreuse, l'autre le 12 mai après un acte dangereux effectué auprès d'un patient¹, ont été fait avec Stéphanie pour essayer de comprendre, d'expliciter les attentes, les besoins et difficultés de l'étudiante et surtout de lui donner notre perception de son stage.

Ce qu'il en ressort :

1. Stéphanie a des lacunes importantes sur les connaissances de base ou du moins ne fait pas le lien avec ce qu'elle a pu apprendre (par exemple : ne sait pas pourquoi on prescrit des ionos, ce qu'on recherche..., autre exemple : ne sait pas faire la différence entre septique et aseptique). Les fautes d'asepsie ne sont pas forcément liées à de mauvaises manipulations mais par manque de réflexion et de cohérence. Ne fait pas le lien entre la théorie et la pratique.
2. Stéphanie ne prend pas assez d'initiatives, elle a pris trois à cinq patients en charge, ce qui est peu, mais cependant, a eu du mal dans la prise en charge globale et dans la continuité des soins. Elle manque de dynamisme, peu sûre d'elle dans cette prise en charge, ce qui a provoqué une méfiance de l'équipe infirmière par rapport à ses aptitudes.
3. Elle a montré un comportement pas toujours approprié (je lui ai fait remarqué), sur la défensive, mettant en cause certaines infirmières sur leur manque d'encadrement, toutes ont pourtant répondu à ses questions, souvent répétées, mais à force de dire, on se lasse, et c'est ce qui c'est passé dans le manque d'adaptation de Stéphanie et son manque d'initiative. Elle n'a pas supporté les remarques ou réactions des infirmières qui l'ont « bousculé » quelquefois pour qu'elle évolue. D'où, des comportements inacceptables qu'on n'attend pas d'une future professionnelle (par exemple : quitter la salle de soins pour aller à l'office visiblement mécontente). En résumé, Stéphanie ne semble pas prête à exercer ce métier du moins au jour d'aujourd'hui. Une année de redoublement est à mon avis indispensable pour prendre de l'assurance et acquérir les compétences requises. Elle dit être pourtant très motivée, mais je me demande si elle ne se méprend pas sur les objectifs de sa motivation et surtout sur son but à atteindre.

Polyclinique X, Madame Dupont, cadre infirmier.

¹ Mise en place d'une perfusion, un perfalgan, sans surveillance de la tubulure remplie d'air, pas de purge et arrêt par l'infirmière référente alors que Stéphanie s'apprêtait à faire passer la perfusion.

Unité de SOINS DE SUITE
et lits identifiés soins palliatifs

U.

Le jeudi 6 janvier 2005

RAPPORT

Concernant

Stage du 29 novembre 2004 au 24 décembre 2004

Mlle **B** manque de connaissances théoriques, pratiques et relationnelles.

- Demande à l'IDE quelle différence entre anémie et insuffisance respiratoire...
- Les perfusions : ne sait pas préparer une perfusion.
- Ne sait pas faire un aérosol même en théorie alors que le module est vu.
- Relation non adaptée au malade : dit à un malade mourant « vous n'êtes pas bien bavard ».
- Dit ne plus avoir de matériel adapté pour n'avoir pas à aller le chercher (sonde urinaire à adapter sur poche de stomie).
- Discute les décisions prises en équipe (régime alimentaire).
- Pudeur non respectée : n'utilise pas le rideau à sa disposition.
- Dangereuse :
 - clampé une perfusion au lieu de la changer ;
 - laisse un lit en hauteur au lieu de le descendre (risque de chute) ;
 - erreur de dosage avec le SKENAN (donne un SKENAN 10 au lieu du SKENAN 30) ;
 - manque de rigueur : dextros non notés, examens de laboratoire non pris sur ordinateur alors qu'elle dit à l'IDE je m'en occupe.

Réajustement fait par les différentes IDE au fur et à mesure du stage, n'en a pas tenu compte (hygiène, soins techniques, relationnel). Pas de remise en cause. Difficulté à gérer ses émotions. Lors du bilan de mi-stage, pas en état d'entendre les remarques.

A donné ses objectifs de stage la dernière semaine alors qu'ils étaient demandés depuis le 1^{er} ou 2^{ème} jour de stage.

A adopté une stratégie d'évitement : a fait tous les soins techniques d'hygiène et autre à ses patients la veille de la mise en situation professionnelle (M.S.P. évaluée par le cadre pas au courant de cette stratégie).

L'ensemble de l'équipe IDE et A.S. se pose la question de son orientation.

Annexe 4, Liste des personnes interviewées

Les directeurs d'institut de formation en soins infirmiers

***Les cadres de santé, formateurs exerçant en institut de formation
en soins infirmiers***

Les infirmiers, formateurs-soignants

Les étudiants en soins infirmiers

Les cadres de santé, formateurs-soignants

Liste des personnes interviewées

Les directeurs d'institut de formation en soins infirmiers

Numéro	Code	Région	Prénom
1	DIR IFSI	RHONE-ALPES	Jacques
2	DIR IFSI	BASSE-NORMANDIE	Jean
3	DIR IFSI	BRETAGNE	Claude
4	DIR IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Christophe
5	DIR IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Harry
6	DIR IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Iris
7	DIR IFSI	ILE DE FRANCE	Jacky

Les cadres de santé, formateurs exerçant en institut de formation en soins infirmiers

Numéro	Code	Région	Prénom
1	CDS IFSI	POITOU-CHARENTES	Malika
2	CDS IFSI	BASSE-NORMANDIE	Hélène
3	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Martine
4	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Françoise
5	CDS IFSI	BASSE-NORMANDIE	Emmanuel
6	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Nelly
7	CDS IFSI	BRETAGNE	Bernadette
8	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Xavier
9	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Thierry
10	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Micheline
11	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Karine
12	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Florence
13	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Marie-Françoise
14	CDS IFSI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Juliette

Les infirmiers, formateurs-soignants

Numéro	Code	Région	Secteur d'activité	Prénom
1	IDE SS	BRETAGNE	Psychiatrie, secteur public	Nadège
2	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Caroline
3	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Madeleine
4	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Marianne
5	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Paul
6	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Marie
7	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Marie-Christine
8	IDE SS	BRETAGNE	Médecine, secteur public	Pascal
9	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Liliane
10	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Francine
11	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Chirurgie, secteur public	Marielle
12	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Solange
13	IDE SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Gériatrie, secteur public	Fabienne
14	IDE SS	BRETAGNE	Education nationale	Eric

Les étudiants en soins infirmiers

Numéro	Code	Région	Prénom
1	ESI	BRETAGNE	Nadège
2	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Emilie
3	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Sophie
4	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Lauriane
5	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Muriel
6	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Adeline
7	ESI	BRETAGNE	Franck
8	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Erwan
9	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Corinne
10	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Karine
11	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Nadia
12	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Anne
13	ESI	BRETAGNE	David
14	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Guillaume
15	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Emilie
16	ESI	PAYS-DE-LA-LOIRE	Marc

Les cadres de santé, formateurs-soignants

Numéro	Code	Région	Secteur d'activité	Prénom
1	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Juliette
2	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Psychiatrie, secteur public	Christian
3	CDS SS	BRETAGNE	Chirurgie, secteur privé	Nadine
4	CDS SS	BRETAGNE	Psychiatrie, secteur public	Jacques
5	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Chirurgie, secteur privé	Marie-Pierre
6	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Paulette
7	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Marie-Paule
8	CDS SS	BRETAGNE	Médecine, secteur public	Patricia
9	CDS SS	PAYS-DE-LA-LOIRE	Médecine, secteur public	Isabelle
10	CDS SS	BRETAGNE	Gériatrie, secteur public	Catherine

Annexe 5. Textes relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (en vigueur au moment de la recherche)

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Annexe 5, Textes relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

***Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de
fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (en
vigueur au moment de la recherche)***

***Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des
instituts de formation paramédicaux***

Arrêté du 19 janvier 1988 modifié

relatif aux conditions de fonctionnement
des instituts de formation paramédicaux

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, livre IV, titres I et III;

Vu le décret du 29 mars 1963 modifié relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Vu le décret n° 67-539 du 26 juin 1967 modifié portant création du diplôme d'État de laborantin d'analyses médicales;

Vu le décret n° 67-540 du 26 juin 1967 modifié portant création du diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale;

Vu le décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 modifié portant création du diplôme d'État d'ergothérapeute;

Vu le décret n° 77-299 du 22 mars 1977 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue;

Vu le décret n° 80-253 du 3 avril 1980 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents de services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics;

Vu le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.

Vu le décret n° 86-442 du 4 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires;

Vu le décret n° 86-585 du 14 mars 1986 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales;

Vu l'arrêté du 16 février 1973 modifié relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique;

- la liste par catégorie du personnel administratif; les budgets approuvés ainsi que le compte administratif en fin d'exercice;

- la liste des étudiants admis en première année.

Art. 3 - Le directeur de l'institut peut, après avis du conseil technique, décider du **redoublement** d'un étudiant ou prononcer son exclusion pour inaptitude théorique ou pratique au cours de la scolarité. Il doit saisir le conseil technique au moins quinze jours avant la date de sa réunion. Il communique à chaque membre le dossier scolaire de l'étudiant accompagné d'un rapport motivé. L'étudiant reçoit communication de son dossier dans les mêmes conditions. Le conseil technique entend l'étudiant qui peut être assisté d'une personne de son choix.

Le directeur informe le conseil technique des demandes d'admission d'étudiants en cours de formation.

Il sollicite l'avis du conseil technique sur les mutations d'étudiants à l'occasion d'un redoublement. Les membres du conseil reçoivent alors communication du dossier de l'étudiant, accompagné d'un rapport motivé établi par le directeur. Ce dernier ne peut prononcer la mutation que si l'étudiant est assuré de son inscription dans un autre établissement.

Les mutations demandées par l'étudiant ne peuvent être accordées que pour un motif exceptionnel après accord des deux directeurs. Le directeur notifie sa décision motivée à l'étudiant et à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Les cas d'**étudiants en difficulté** sont soumis au conseil technique par le directeur de l'institut de formation. Le conseil peut proposer un soutien particulier susceptible de lever les difficultés sans allongement de scolarité.

Art. 4 - Les conseils techniques des instituts de formation visés à l'article 1^{er} du présent arrêté sont constitués par arrêtés du préfet, commissaire de la République de département.

Art. 5 - Le conseil technique est présidé par le représentant de l'État dans le département ou son représentant. Il comprend, outre le directeur de l'institut de formation et le directeur technique, le cas échéant, des représentants de l'organisme gestionnaire, des personnalités compétentes, des enseignants et des étudiants. L'ensemble de ces membres ont voix délibérative. Les membres du conseil ont un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

La liste des membres du conseil technique, ainsi que celle des personnes qui y assistent avec voix consultative, est fixée en annexe I du présent arrêté pour chaque formation. Les représentants des étudiants sont élus pour un an. Les autres membres du conseil technique élus ou désignés le sont pour une durée égale à celle de la formation.

En outre, selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée susceptible d'apporter un avis au conseil technique, d'assister aux travaux du conseil.

Le conseil se réunit au moins deux fois par an, après convocation par le directeur de l'institut de formation, qui recueille préalablement l'accord du président.

Le conseil technique ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres ayant voix délibérative sont présents. Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués pour une réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

Art. 6 - Le directeur fait assurer le secrétariat des réunions.

II - Conseil de discipline

Art. 7 - Dans chaque institut de formation visé à l'article 1^{er} du présent arrêté, le directeur est assisté d'un conseil de discipline. Il est constitué au début de chaque année scolaire lors de la première réunion du conseil technique. Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires, ainsi que sur les actes des étudiants incompatibles avec la sécurité du malade et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

Le conseil de discipline peut proposer les sanctions suivantes :

- avertissement ;
- blâme ;
- exclusion temporaire de l'institut de formation ;
- exclusion définitive de l'institut de formation.

La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur. Elle est notifiée à l'étudiant.

Art. 8 - L'avertissement peut être prononcé par le directeur, sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier et peut se faire entendre par le directeur et se faire assister d'une personne de son choix. Cette sanction motivée est notifiée à l'étudiant.

Art. 9 - Le conseil de discipline est présidé par le représentant de l'État dans le département ou son représentant. Il comprend en outre des représentants de l'organisme gestionnaire, des enseignants, des représentants des étudiants. L'ensemble des membres du conseil ont voix délibérative.

Les membres du conseil ont un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

La liste des membres du conseil est fixée en annexe II du présent arrêté pour chaque profession.

Art. 10 - Le conseil de discipline est saisi et convoqué par le directeur de l'institut de formation.

La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'étudiant.

Cet exposé est adressé aux membres du conseil de discipline en même temps que la convocation.

Le conseil ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres sont présents. Dans le cas où le quorum requis n'est pas atteint, les membres du conseil sont convoqués pour une nouvelle réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours.

Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

Art. 11 - L'étudiant reçoit communication de son dossier à la date de la saisine du conseil de discipline.

Art. 12 - Le conseil de discipline entend l'étudiant ; celui-ci peut être assisté d'une personne de son choix. Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'étudiant, du directeur de l'institut de formation, du président du conseil ou à la majorité des membres du conseil.

Art. 13 - Le conseil exprime son avis à la suite d'un vote. Ce vote peut être effectué à bulletin secret si l'un des membres le demande.

Art. 14 - En cas d'urgence, le directeur de l'institut de formation peut suspendre la formation de l'étudiant en attendant sa comparution devant le conseil de discipline. Ce dernier est toutefois convoqué et réuni dans un délai maximum de quinze jours à compter du jour de la suspension de la scolarité de l'étudiant.

Le représentant de l'État dans le département est immédiatement informé d'une décision de suspension par une procédure écrite.

Art. 15 - Le directeur de l'institut de formation fait assurer le secrétariat des réunions.

III - Droits des étudiants

Art. 16 - Les étudiants ont le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de leur choix.

Ces organisations peuvent avoir un but général, syndicats représentatifs et associations d'étudiants, ou particulier, associations sportives et culturelles.

Art. 17 - Les organisations d'étudiants visées à l'article 16 disposent de facilités d'affichage, de réunion et de collecte de cotisations dans les instituts paramédicaux. Les modalités d'application de ces dispositions sont définies en liaison avec les directeurs des instituts concernés, selon les disponibilités en matériels, en personnels et en locaux offertes par l'établissement.

IV - Dispositions diverses

Art. 18 - En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un étudiant mettant en danger la sécurité des malades, le directeur de l'institut de formation peut suspendre immédiatement la scolarité de l'étudiant. Il adresse aussitôt un rapport motivé au médecin inspecteur départemental de la santé ou à son représentant, médecin inspecteur de la santé.

Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin inspecteur départemental de la santé ou son représentant peut demander un examen médical effectué par un médecin agréé. Le directeur de l'institut de formation, en accord avec le médecin inspecteur départemental et, le cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité des malades.

Art. 19 - Les membres du conseil technique et du conseil de discipline sont tenus d'observer une entière discrétion à l'égard des informations dont ils ont connaissance dans le cadre des travaux des conseils.

Art. 20 - Les attributions confiées au directeur de l'institut de formation peuvent être exercées, par délégation de celui-ci, par le directeur technique dans les instituts de formations où il en existe un.

Art. 21 - Tout institut de formation établit un règlement intérieur, qui reproduit obligatoirement le présent arrêté.

Art. 23 - Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées.

Art. 24 - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 janvier 1988.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,
G. Berger.



Document 1 / 1

J.O n° 108 du 10 mai 2007 page 8324
texte n° 91

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de la santé et des solidarités

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

NOR: SANP0752685A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 1er août 1990 modifié relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale ;

Vu l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute ;

Vu l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de pédicure-podologue ;

Vu l'arrêté du 21 août 1996 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales ;

Vu l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;

Vu l'avis de la commission interprofessionnelle du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1

Le présent arrêté est applicable aux instituts de formation publics et privés, autorisés par le président du conseil régional pour la préparation des diplômes d'Etat d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de manipulateur en électroradiologie médicale et de technicien en analyses biomédicales.

TITRE Ier

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

GOUVERNANCE DES INSTITUTS DE FORMATION

Chapitre Ier

Le conseil pédagogique

Article 2

Dans chaque institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est constitué un conseil pédagogique compétent sur toutes les questions relatives à la formation et à la vie des étudiants.

Article 3

Le conseil pédagogique est présidé par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant.

Article 4

La liste des membres du conseil pédagogique ainsi que les modalités de leur désignation sont fixées en annexe II du présent arrêté. Les membres élus le sont à l'issue d'un scrutin majoritaire à un tour. En cas d'égalité des voix, le candidat le plus âgé est élu.

Le conseil pédagogique est constitué par arrêté du préfet de région.

L'ensemble de ses membres ont voix délibérative, à l'exception du représentant du conseil régional et, le cas échéant, de l'enseignant de statut universitaire.

Article 5

Les membres du conseil ont un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire. La durée du mandat des membres est de trois ans. Celle des membres représentant les étudiants est d'une année.

Article 6

Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée, susceptible d'apporter un avis au conseil, d'assister à ses travaux.

Article 7

Le conseil se réunit au moins deux fois par an, après convocation par le directeur de l'institut de formation, qui recueille préalablement l'accord du président. Il peut également être réuni à la demande des deux tiers des membres.

La première réunion du conseil pédagogique doit avoir lieu dans le trimestre qui suit le début de chaque année de formation.

Article 8

Le conseil pédagogique ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres ayant voix délibérative sont présents.

Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués dans un délai maximum de quinze jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Article 9

Le directeur de l'institut de formation fait assurer le secrétariat des réunions. Le compte rendu, après validation par le président du conseil, est adressé à l'ensemble de ses membres.

Article 10

Le conseil pédagogique est notamment consulté pour avis sur :

1. Le projet pédagogique de chaque année de formation : objectifs de formation, organisation générale des études, et notamment la date de rentrée de chaque année de formation, planification des enseignements et des périodes de congés, calendrier des épreuves de contrôle continu des connaissances.
2. Le règlement intérieur dont le contenu minimum est défini en annexe IV du présent arrêté ainsi que tout avenant à celui-ci.
3. L'effectif des différentes catégories de personnels, en précisant pour les personnels enseignants permanents la nature et la durée de leurs interventions.
4. L'utilisation des locaux et du matériel pédagogique.
5. Le rapport annuel d'activité pédagogique dont le contenu est défini en annexe V du présent arrêté.
6. Les situations individuelles :
 - a) Etudiants en difficulté pédagogique : le conseil peut alors proposer un soutien particulier, susceptible de lever les difficultés, sans allongement de la formation ;
 - b) Etudiants ayant dépassé leur franchise dans les conditions définies à l'article 33 ;
 - c) Demandes de redoublement formulées par les étudiants, dans le cas où l'avis du conseil est requis pour l'examen de celles-ci par les textes relatifs à la formation concernée ;
 - d) Etudiants ayant accompli des actes incompatibles avec la sécurité des personnes prises en charge. Dans ce cas, le conseil pédagogique peut proposer une des possibilités suivantes : alerter l'étudiant sur sa situation en lui fournissant des conseils pédagogiques pour y remédier ou le soumettre à une évaluation théorique et/ou pratique complémentaire en situation simulée au sein de l'institut selon des modalités fixées par le conseil. A l'issue de cette évaluation, le directeur de l'institut décide de la poursuite de la formation ou de l'exclusion définitive de l'institut de formation ;
 - e) Modalités de reprise de la formation après une interruption de formation inférieure à trois ans, dans les conditions prévues aux articles 38 et 39 ;
 - f) Demandes d'admission en cours de formation, à l'occasion ou non d'un redoublement, formulées par les étudiants pour un motif exceptionnel ;
 - g) Le cas échéant, les demandes des candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire.

Concernant les points 1 et 2, lorsque le directeur ne souhaite pas suivre l'avis émis par le conseil pédagogique, il le convoque à nouveau afin de recueillir son avis. Cette nouvelle délibération doit avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de la première réunion du conseil pédagogique.

Lors de cette nouvelle délibération, le directeur peut soumettre au conseil son projet initial ou un projet tenant compte de l'avis émis par le conseil lors de sa première délibération.

Pour les situations d'étudiants visées au 6, les membres du conseil reçoivent communication du dossier de l'étudiant, accompagné d'un rapport motivé du directeur, au moins quinze jours avant la réunion de ce conseil.

Pour les situations visées aux c et d du 6, l'étudiant reçoit communication de son dossier dans les mêmes conditions que les membres du conseil. Le conseil pédagogique entend l'étudiant, qui peut être assisté d'une personne de son choix.

L'étudiant présente devant le conseil pédagogique des observations écrites ou orales. Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent ou s'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine sa situation.

Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.

La décision prise par le directeur de l'institut de formation est notifiée par écrit à l'étudiant, dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil pédagogique. Elle figure à son dossier pédagogique et est adressée au président du conseil pédagogique.

Le directeur de l'institut de formation rend compte de ses décisions lors de la réunion suivante du conseil pédagogique.

Article 11

Lorsque l'étudiant a accompli des actes incompatibles avec la sécurité des personnes soignées, le directeur de l'institut de formation, en accord avec le responsable du lieu de stage, peut décider de la suspension du stage de l'étudiant, dans l'attente de l'examen de sa situation par le conseil pédagogique qui doit se réunir, au maximum, dans un délai de quinze jours à compter de la suspension.

Article 12

Le conseil pédagogique est informé sur le budget de l'institut de formation.

Article 13

L'avis du conseil pédagogique fait l'objet d'un vote à bulletin secret pour l'examen des situations individuelles et d'un vote à main levée ou à bulletin secret à la demande d'au moins un tiers des membres du conseil pour les autres avis formulés par le conseil. En cas d'égalité de voix pour l'examen d'une situation individuelle, l'avis est réputé favorable à l'étudiant. Pour toute autre question, la voix du président est prépondérante.

Article 14

Le directeur peut, sans consultation du conseil pédagogique, avertir l'étudiant sur sa situation pédagogique. Dans ce cas, l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier. Il est entendu par le directeur de l'institut et peut se faire assister d'une personne de son choix.

Cette décision motivée est notifiée par écrit à l'étudiant et figure dans son dossier pédagogique.

Article 15

Les membres du conseil sont tenus au secret à l'égard des informations dont ils ont connaissance au cours des réunions du conseil concernant la situation d'étudiants.

Chapitre II

Le conseil de discipline

Article 16

Le conseil de discipline est présidé par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant.

Article 17

Le conseil de discipline est constitué en début de chaque année de formation lors de la première réunion du conseil pédagogique.

Article 18

La liste des membres du conseil de discipline ainsi que les modalités de leur désignation sont fixées en

annexe III du présent arrêté.

L'ensemble de ses membres a voix délibérative. Les membres du conseil de discipline ont un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

Le conseil de discipline est constitué par arrêté du préfet de région.

Article 19

Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires. Il peut proposer les sanctions suivantes : avertissement, blâme, exclusion temporaire d'une durée maximale d'une semaine ou exclusion définitive de l'étudiant de l'institut de formation.

La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur de l'institut de formation. Elle est notifiée par écrit à l'étudiant, dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil de discipline. Elle figure dans son dossier pédagogique.

Article 20

L'avertissement peut être prononcé par le directeur sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas, l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier. Il est entendu par le directeur de l'institut et peut se faire assister d'une personne de son choix.

La sanction motivée est notifiée par écrit à l'étudiant et figure dans son dossier pédagogique.

Article 21

Le conseil de discipline est convoqué par le directeur de l'institut de formation qui recueille préalablement l'accord du président.

La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'étudiant. Cet exposé est adressé aux membres du conseil en même temps que la convocation.

Le conseil ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres sont présents.

Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués dans un délai maximum de quinze jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

Article 22

L'étudiant reçoit communication de son dossier à la date de saisine du conseil de discipline.

L'étudiant présente devant le conseil de discipline des observations écrites ou orales. Il peut être assisté d'une personne de son choix.

Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent ou s'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine sa situation.

Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.

Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'étudiant, du directeur de l'institut de formation, du président du conseil ou de la majorité des membres du conseil.

Article 23

Le conseil exprime son avis à la suite d'un vote à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé favorable à l'étudiant.

Article 24

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

En cas d'urgence, le directeur de l'institut de formation peut suspendre la formation de l'étudiant en attendant sa comparution devant le conseil de discipline. Ce dernier est toutefois convoqué et réuni dans un délai maximum de quinze jours à compter du jour de la suspension de la formation de l'étudiant.

Article 25

Les membres du conseil sont tenus au secret à l'égard des informations dont ils ont connaissance au cours des réunions du conseil concernant la situation d'étudiants.

Article 26

Le directeur de l'institut de formation fait assurer le secrétariat des réunions. Le compte rendu, après validation par le président du conseil, est adressé à l'ensemble de ses membres.

TITRE II

DE LA FORMATION

Chapitre Ier

Présence et absences aux enseignements

Article 27

Les enseignements relatifs à la formation conduisant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté comprennent :

- des périodes en institut de formation : cours magistraux, travaux dirigés et travaux pratiques ;
- des périodes d'enseignement clinique : stages.

Article 28

La présence des étudiants est obligatoire seulement aux travaux dirigés, aux travaux pratiques et aux stages.

Article 29

Toute absence aux travaux dirigés, aux travaux pratiques et aux stages ainsi qu'aux épreuves d'évaluation doit être justifiée par un certificat médical ou toute autre preuve attestant de l'impossibilité d'être présent à ces enseignements ou évaluations, conformément à l'annexe I du présent arrêté.

Article 30

Les étudiants bénéficient, au maximum, pour les absences justifiées, d'une période d'absence totale autorisée, dénommée franchise, applicable aux travaux dirigés, aux travaux pratiques et aux stages, dont le nombre est fixé à trente jours pour chaque filière de formation.

Article 31

Les étudiants qui ont dépassé ou risquent de dépasser la franchise mentionnée à l'article précédent peuvent récupérer le nombre d'heures de stage manquant sur les congés hebdomadaires ou l'ensemble des congés annuels, selon des modalités fixées en accord avec le directeur de l'institut de formation. La récupération de ces heures d'absence peut être répartie sur l'ensemble de la formation, jusqu'à la date de fin de formation.

Article 32

Les absences aux travaux dirigés et aux travaux pratiques ne font l'objet d'aucune récupération, sauf décision contraire du directeur de l'institut de formation.

Article 33

En cas de dépassement de cette franchise, après épuisement des possibilités de récupération mentionnées aux articles 31 et 32, la situation de l'étudiant est soumise au conseil pédagogique dans les conditions prévues à l'article 10 en vue d'examiner les conditions de poursuite de sa formation.

Article 34

En cas de maternité, les étudiantes doivent interrompre leur formation pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieure à la durée légale du congé de maternité prévue par le code du travail.

Durant la période du congé de maternité, les étudiantes peuvent, si elles le souhaitent, participer aux évaluations théoriques de contrôle des connaissances, sous réserve de la production d'un certificat médical attestant que leur état est compatible avec la participation à ces épreuves.

Les étudiants peuvent bénéficier d'un congé de paternité d'une durée égale à celle prévue par le code du travail, avec l'accord du directeur de l'institut de formation quant à la période du congé.

Il est déduit de la franchise prévue à l'article 30 du présent arrêté.

Article 35

Durant la période d'un congé pour maladie, les étudiants peuvent, s'ils le souhaitent, participer aux évaluations théoriques de contrôle des connaissances, sous réserve de la production d'un certificat médical attestant que leur état est compatible avec la participation à ces épreuves.

Article 36

Le directeur de l'institut de formation peut, dans des cas exceptionnels, autoriser des absences, sans que celles-ci soient déduites de la franchise.

Article 37

En cas d'absence justifiée à une épreuve de mise en situation professionnelle, celle-ci peut être reportée à une date ultérieure, dans la limite d'une seule fois, et si possible avant la fin de l'année de formation considérée ou, à défaut, au plus tard dans le mois qui suit l'entrée dans l'année supérieure. Cette possibilité ne fait pas obstacle à la présentation de l'étudiant à l'épreuve de rattrapage, lorsque celle-ci est prévue.

En tout état de cause, aucun étudiant ne peut être présenté aux épreuves du diplôme d'Etat s'il n'a satisfait à l'ensemble des épreuves fixées pour l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes.

Chapitre II

Interruption de la formation

Article 38

Une interruption de formation, quel qu'en soit le motif, ne peut excéder trois ans, durant lesquels l'étudiant conserve le bénéfice des notes obtenues antérieurement à celle-ci. Au-delà de cette durée, l'étudiant perd le bénéfice de la formation acquise. Il conserve néanmoins pendant deux années supplémentaires le bénéfice des épreuves de sélection.

La formation est reprise au point où elle avait été interrompue, selon des modalités fixées après avis du conseil pédagogique.

Un telle interruption n'est possible qu'une seule fois pour toute la durée de la formation.

Article 39

L'étudiant qui souhaite interrompre sa formation pour des raisons personnelles doit adresser par écrit sa demande au directeur de l'institut de formation. Il bénéficie de droit d'un report de formation et de la réintégration dans la formation, dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 38.

Chapitre III

Droits et obligations des étudiants

Article 40

Les étudiants ont le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de leur choix.

Ces organisations peuvent avoir un but général, associations d'étudiants, ou particulier, associations sportives et culturelles.

Article 41

Les organisations d'étudiants visées à l'article 40 disposent de facilités d'affichage, de réunion et de collecte de cotisations dans les instituts de formation paramédicaux. Les modalités d'application de ces dispositions sont définies en liaison avec les directeurs des instituts concernés, selon les disponibilités en personnels, en matériels et en locaux de l'établissement.

Article 42

Les étudiants bénéficiant d'un mandat électif lié à leur qualité d'étudiant au sein de l'institut de formation ou dans des instances où ils représentent les étudiants bénéficient pour chaque année de formation de deux jours d'absence pour assurer les activités liées à leur mandat. En sus de ces deux jours, ils bénéficient, une seule fois pendant la durée des études, de deux autres jours pour suivre une formation en lien avec l'exercice de leur mandat.

Ils peuvent également bénéficier, en sus de ces absences, d'autorisations exceptionnelles d'absences accordées par le directeur de l'institut de formation.

Dans tous les cas, les jours accordés aux étudiants ne sont pas décomptés de la franchise visée à l'article 30. Toutefois, ils doivent récupérer les heures de stage dans les conditions prévues à l'article 31.

Article 43

Les étudiants sont tenus de respecter le règlement intérieur prévu à l'article 10 du présent arrêté.

TITRE III

VACCINATIONS POUR L'ENTRÉE EN FORMATION

ET SUIVI MÉDICAL DES ÉTUDIANTS

Article 44

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

- a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
- b) A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Article 45

Un médecin examine les étudiants en cours d'études au moins une fois par an.

Article 46

En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un étudiant mettant en danger la sécurité des patients, le directeur de l'institut de formation peut suspendre immédiatement la formation de celui-ci, après accord du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Le directeur de l'institut de formation adresse un rapport motivé au médecin inspecteur de santé publique. Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin inspecteur peut demander un examen médical effectué par un médecin spécialiste agréé. Le directeur de l'institut de formation, en accord avec le médecin inspecteur, et, le cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité des patients pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive de l'étudiant de l'institut de formation, sans qu'il y ait lieu de solliciter l'avis du conseil pédagogique.

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 47

Les mots : « conseil pédagogique » se substituent aux mots : « conseil technique » dans tout acte administratif en comportant la mention.

Article 48

Les dispositions du présent arrêté sont applicables dès sa publication, à l'exception de celles relatives à la composition du conseil pédagogique et du conseil de discipline, qui entreront en vigueur à compter du 1er septembre 2007.

Article 49

Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent arrêté, et notamment l'arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, les articles 2, 17 et 18 de l'arrêté du 5 septembre 1989 susvisé, les articles 4, 8, 9 et 9 bis de l'arrêté du 1er août 1990 modifié susvisé, les articles 4, 6 et 7 de l'arrêté du 24 septembre 1990 modifié susvisé, les articles 2, 3 et 6 bis de l'arrêté du 2 octobre 1991 modifié susvisé, les articles 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté du 21 août 1996 susvisé et les articles 21 à 25 de l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié susvisé.

Article 50

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 21 avril 2007.

Philippe Bas

A N N E X E I

MOTIFS D'ABSENCE DONNANT LIEU À L'APPLICATION DE LA FRANCHISE, SUR PRÉSENTATION DE PIÈCES JUSTIFICATIVES

Maladie ou accident.

Décès d'un parent au premier ou deuxième degré.

Mariage ou PACS.

Naissance d'un enfant.

Fêtes religieuses (dates publiées au Bulletin officiel de l'éducation nationale).

Journée d'appel de préparation à la défense.

Participation à des manifestations en lien avec leur statut d'étudiant et leur filière de formation.

A N N E X E I I

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL PÉDAGOGIQUE

Institut de formation en soins infirmiers

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- pour les instituts de formation rattachés à un établissement public de santé, le directeur des soins, coordonnateur général ou, le cas échéant, le directeur des soins ;
- un infirmier désigné par le représentant de l'Etat dans le département exerçant hors d'un établissement public de santé.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :
 - trois enseignants permanents de l'institut de formation ;
 - deux personnes chargées de fonctions d'encadrement dans un service de soins d'un établissement de santé : la première, cadre de santé infirmier dans un établissement public de santé, la seconde ayant des responsabilités d'encadrement dans un établissement de santé privé ;
 - un médecin.

Membres ayant voix consultative :

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation en soins infirmiers a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

Institut de formation en masso-kinésithérapie

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller scientifique ;
- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- un cadre de santé masseur-kinésithérapeute désigné par le représentant de l'Etat, exerçant hors d'un établissement public de santé.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :
 - deux cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes, enseignants de l'institut de formation ;
 - deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, dont un médecin au moins ;
 - deux cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes recevant des étudiants en stage.

Membres ayant voix consultative :

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation en masso-kinésithérapie a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

Institut de formation en pédicurie-podologie

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation en pédicurie-podologie ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller scientifique ;
- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- un pédicure-podologue diplômé d'Etat depuis trois ans au moins, désigné par le représentant de l'Etat.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

- deux enseignants pédicures-podologues de l'institut de formation ;
- deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, dont un médecin au moins ;
- deux pédicures-podologues recevant des étudiants en stage.

Membres ayant voix consultative :

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation en pédicurie-podologie a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

Institut de formation en ergothérapie

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation en ergothérapie ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller scientifique ;
- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- un ergothérapeute désigné par le représentant de l'Etat, exerçant hors d'un établissement public de santé.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :
 - deux enseignants de l'institut de formation ergothérapeutes, dont au moins un titulaire du diplôme de cadre de santé ;
 - deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, dont un médecin au moins ;
 - deux cadres de santé ergothérapeutes recevant des étudiants en stage.

Membres ayant voix consultative :

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation en ergothérapie a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller scientifique ;

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- un manipulateur d'électroradiologie médicale désigné par le représentant de l'Etat, exerçant hors d'un établissement public de santé.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :
 - deux enseignants de l'institut de formation, manipulateurs d'électroradiologie médicale ;
 - deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, dont un médecin spécialiste qualifié en radiologie ;
 - deux cadres de santé manipulateurs d'électroradiologie médicale recevant des étudiants en stage.

Membres ayant voix consultative :

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

Institut de formation de techniciens en analyses biomédicales

Membres de droit :

- le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président ;
- le directeur de l'institut de formation de techniciens en analyses biomédicales ;
- le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant ;
- le conseiller scientifique ;
- le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y a pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ;
- un technicien en analyses biomédicales désigné par le représentant de l'Etat, exerçant hors d'un établissement public de santé.

Membres élus :

1. Représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.
2. Représentants des enseignants élus par leurs pairs :
 - deux enseignants de l'institut de formation, techniciens en analyses biomédicales ;
 - deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, dont un médecin spécialiste qualifié en biologie médicale ou un pharmacien biologiste ;
 - deux cadres de santé techniciens en analyses biomédicales recevant des étudiants en stage.

Membres ayant voix consultative :

- un enseignant de statut universitaire, lorsque l'institut de formation de technicien en analyses biomédicales a conclu une convention avec une université, désigné par ses pairs ;
- le président du conseil régional ou son représentant.

A N N E X E I I I

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL DE DISCIPLINE

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Instituts de formation en soins infirmiers

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers.

Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation ou son représentant.

Le médecin chargé d'enseignement à l'institut de formation élu au conseil pédagogique.

Une des deux personnes, tirées au sort parmi celles chargées de fonction d'encadrement dans un service de soins d'un établissement de santé, élues au conseil pédagogique.

Un enseignant permanent de l'institut de formation, tiré au sort parmi les deux enseignants élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

Instituts de formation en masso-kinésithérapie

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie.

Le directeur de l'établissement de santé ou de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation ou son représentant.

Le médecin chargé d'enseignement à l'institut de formation élu au conseil pédagogique. Dans le cas où deux médecins ont été élus au conseil pédagogique au titre des personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation, un tirage au sort est effectué pour désigner la personne siégeant au conseil de discipline.

Le cadre de santé masseur-kinésithérapeute désigné par le représentant de l'Etat et siégeant au conseil pédagogique.

Un cadre de santé masseur-kinésithérapeute, enseignant de l'institut de formation, tiré au sort parmi les deux élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

Instituts de formation en pédicurie-podologie

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation en pédicurie-podologie.

Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant.

Un pédicure-podologue recevant des étudiants en stage, tiré au sort parmi les deux pédicures-podologues élus au conseil pédagogique.

Une personne tirée au sort parmi les deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation élues au conseil pédagogique.

Un enseignant pédicure-podologue tiré au sort parmi les deux enseignants pédicures-podologues élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

Instituts de formation en ergothérapie

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation en ergothérapie.

Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant.

L'ergothérapeute désigné par le représentant de l'Etat et siégeant au conseil pédagogique.

Une personne tirée au sort parmi les deux personnes chargées d'enseignement à l'institut de formation élues au conseil pédagogique.

Un enseignant ergothérapeute tiré au sort parmi les deux enseignants ergothérapeutes élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

Instituts de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant.

Une personne tirée au sort parmi les deux personnes chargées d'enseignement élues au conseil pédagogique.

Un enseignant manipulateur d'électroradiologie médicale tiré au sort parmi les deux enseignants manipulateurs d'électroradiologie médicale élus au conseil pédagogique.

Un cadre de santé tiré au sort parmi les deux cadres de santé manipulateurs d'électroradiologie médicale recevant des étudiants en stage élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

Instituts de formation de techniciens en analyses biomédicales

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président.

Le directeur de l'institut de formation de techniciens en analyses biomédicales.

Le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation, ou son représentant.

Une personne tirée au sort parmi les deux personnes chargées d'enseignement élues au conseil pédagogique.

Un enseignant tiré au sort parmi les deux enseignants de l'institut de formation, techniciens en analyses biomédicales élus au conseil pédagogique.

Un cadre de santé tiré au sort parmi les deux cadres de santé techniciens en analyses biomédicales recevant des étudiants en stage élus au conseil pédagogique.

Un représentant des étudiants par promotion, tiré au sort parmi les six élus au conseil pédagogique.

A N N E X E I V

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Préambule

Champ d'application

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- à l'ensemble des usagers de l'institut de formation, personnels et étudiants ;
- à toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'institut de formation (intervenants extérieurs, prestataires de service, invités...).

Statut du règlement intérieur

Aucune disposition du règlement intérieur ne peut être contraire à la réglementation en vigueur concernant les conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ainsi que les modalités études et de validation de la formation conduisant à l'obtention du diplôme d'Etat.

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant lors de son admission dans l'institut de formation.

TITRE Ier

DISPOSITIONS COMMUNES

Chapitre Ier

Dispositions générales

Comportement général

Le comportement des personnes (notamment acte, attitude, propos ou tenue) ne doit pas être de nature :

- à porter atteinte au bon fonctionnement de l'institut de formation ;
- à créer une perturbation dans le déroulement des activités d'enseignement ;
- à porter atteinte à la santé, l'hygiène et la sécurité des personnes et des biens.

D'une manière générale, le comportement des personnes doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur.

Contrefaçon

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une oeuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite.

Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en oeuvre de poursuites pénales.

Chapitre II

Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Interdiction de fumer

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts affectés à l'institut de formation (salles de cours et de travaux pratiques, couloirs, sanitaires...).

Respect des consignes de sécurité

Quel que soit le lieu où elle se trouve au sein de l'institut de formation, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter :

- les consignes générales de sécurité, et notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- les consignes particulières de sécurité, et notamment celles relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux au sein des salles de travaux pratiques.

Il convient, le cas échéant, de se reporter aux documents affichés ou distribués au sein de l'institut de formation.

Chapitre III

Dispositions concernant les locaux

Maintien de l'ordre dans les locaux

Le directeur de l'institut de formation est responsable de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal à l'établissement dont il a la charge.

Le directeur est compétent pour prendre à titre temporaire toute mesure utile afin d'assurer le maintien de l'ordre : interdiction d'accès, suspension des enseignements...

Utilisation des locaux

Ils peuvent accueillir des réunions ou des manifestations, dans les conditions fixées à l'article 41 de l'arrêté du 21 avril 2007.

TITRE II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ÉTUDIANTS

Chapitre Ier

Dispositions générales

Libertés et obligations des étudiants

Les étudiants disposent de la liberté d'information et d'expression. Ils exercent cette liberté à titre individuel et collectif, dans des conditions qui ne portent pas atteinte aux activités d'enseignement et dans le respect du présent règlement intérieur.

Les signes et les tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion sont interdits dans tous les lieux affectés à l'institut de formation ainsi qu'au cours de toutes les activités placées sous la responsabilité de l'institut de formation ou des enseignants, y compris celles qui se déroulent en dehors de l'enceinte dudit établissement.

Chapitre II

Droits des étudiants

Représentation

Les étudiants sont représentés au sein du conseil pédagogique et du conseil de discipline, conformément aux textes en vigueur.

Les représentants sont élus au début de chaque année scolaire. Tout étudiant est éligible.

Tout étudiant a droit de demander des informations à ses représentants.

Liberté d'association

Le droit d'association est garanti par la loi du 1er juillet 1901. La domiciliation d'une association au sein de l'institut de formation est soumise à une autorisation préalable.

Tracts et affichages

Dans le respect de la liberté d'information et d'expression à l'égard des problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels, la distribution de tracts ou de tout document par les étudiants est autorisée au sein de l'institut de formation, mais sous conditions.

La distribution de tracts ou de tout document (notamment à caractère commercial) par une personne extérieure à l'institut est interdite, sauf autorisation expresse par le directeur de l'établissement.

Affichages et distributions doivent :

- ne pas être susceptibles d'entraîner des troubles au sein de l'institut de formation ;
- ne pas porter atteinte au fonctionnement de l'institut de formation ;
- ne pas porter atteinte au respect des personnes et à l'image de l'institut de formation ;
- être respectueux de l'environnement.

Toute personne ou groupement de personnes est responsable du contenu des documents qu'elle ou qu'il distribue, diffuse ou affiche. Tout document doit mentionner la désignation précise de son auteur sans confusion possible avec l'établissement.

Liberté de réunion

Les étudiants ont la possibilité de se réunir conformément aux dispositions de l'article 40 de l'arrêté du 21 avril 2007.

Il ne doit exister aucune confusion possible entre l'institut de formation et les organisateurs des réunions ou manifestations, qui restent responsables du contenu des interventions.

Droit à l'information

Tout doit concourir à informer les étudiants aussi bien sur les missions de l'institut de formation que sur son fonctionnement dans des délais leur permettant de s'organiser à l'avance : planification des enseignements, calendrier des épreuves de contrôle continu des connaissances, dates des congés scolaires,.....

Les textes réglementaires relatifs à la formation, au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession sont mis à la disposition des étudiants par le directeur de l'institut de formation.

Chapitre III

Obligations des étudiants

Ponctualité

La ponctualité est indispensable. Elle est définie par référence aux horaires des enseignements.

Elle concerne tous les enseignements : théoriques en institut et cliniques en stage. Toutefois si l'étudiant est en retard pour un motif imputable aux transports en commun, il est admis en cours.

Tenue vestimentaire

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Les tenues vestimentaires doivent être conformes aux règles de santé, d'hygiène et de sécurité et être adaptées aux activités d'enseignement, notamment aux travaux pratiques.

Maladie ou événement grave

En cas de maladie ou d'événement grave, l'étudiant est tenu d'avertir le jour même le directeur de l'institut de formation du motif et de la durée approximative de l'absence. Il est également tenu d'informer le responsable du stage, s'il y a lieu.

En cas de congé maladie, un certificat médical doit être fourni dans les quarante-huit heures suivant l'arrêt.

Stages

Les étudiants doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil. Ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil, notamment au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

TITRE III

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PERSONNELS

Droits et obligations des personnels

Les droits et obligations des personnels font l'objet de dispositions légales et réglementaires générales ou particulières auxquelles il convient de se reporter (statut général, statuts particuliers, code du travail, ...).

A N N E X E V

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ DES INSTITUTS DE FORMATION

Ce document comporte des informations relatives aux points suivants :

I. - Etudiants en formation préparant au diplôme d'Etat

Effectifs des étudiants par année de formation.

Suivi des promotions d'étudiants :

- nombre de départs en cours de formation ;
- nombre d'arrivées en cours de formation ;
- nombre de diplômés en fonction de l'effectif de rentrée.

Profil de l'effectif de rentrée conformément aux statistiques de la DRESS.

Résultats des étudiants :

- au contrôle continu des connaissances ;
- au diplôme d'Etat.

II. - Etudiants en formation continue

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

Nombre de stagiaires accueillis.

Nombre de journées de formation continue réalisées.

Nombre d'actions de formation réalisées avec indication de leur thématique, leur durée et leur contenu pédagogique.

Bilan des actions de formation réalisées.

Recherches pédagogiques réalisées.

III. - Activités de recherche

Type d'activités réalisées.

IV. - Suivi par la DRASS sur le bilan annuel pédagogique

Evaluation du projet pédagogique de la formation préparant au diplôme d'Etat.

Evaluation des actions de formation continue réalisées.

Evaluation des recherches pédagogiques réalisées.

V. - Gestion

Effectifs des différentes catégories de personnels permanents.

Exécution du budget.

Formation continue des personnels.

Nombre de journées par agent avec les thématiques concernées.

Modification éventuelle du règlement intérieur, des locaux et des équipements.

Consulter la version PDF
de ce document

Télécharger le
document en RTF

Copier ou envoyer
l'adresse de ce document

 Aide

[À propos du site](#) [Plan du site](#) [Nous écrire](#) [Établir un lien](#) [Mise à jour des textes](#)

mhtml:file://E:\Thierry\Thèse\Legifrance%20-%20Le%20service%20public%20de%... 18/12/2007

**Annexe 6, Textes relatifs à l'évaluation
continue des connaissances et des
aptitudes acquises au cours des études
conduisant au diplôme d'Etat
d'infirmier**

***Arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue
des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études
conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (en vigueur au moment de
la recherche)***

Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié
relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes
acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 6 septembre 2001 modifié

relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière ;

Vu l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrêtent :

TITRE I^{er}

De l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes

Art. 1^{er} - L'évaluation des connaissances et des aptitudes des étudiants est effectuée tout au long de leur formation au moyen d'un contrôle continu :

- des connaissances théoriques ;
- des connaissances cliniques ;
- des stages.

La formation d'infirmier est sanctionnée par le diplôme d'Etat d'infirmier.

Art. 2 - L'évaluation des modules présentant un caractère global et transversal : sciences humaines, anatomie-physiologie et pharmacologie, législation - éthique et déontologie - responsabilité - organisation du travail, santé publique, soins infirmiers et hygiène, sera intégrée dans celle des autres modules, en leur accordant une cotation distincte.

Art. 3 - L'enseignement est évalué sous forme d'un **contrôle des connaissances obligatoire**. Ces contrôles prennent la forme de multiquestionnaires et de cas cliniques.

Art. 4 - Le contrôle continu des connaissances théoriques et cliniques comprend :

4.1 - Au cours de la première année d'études

4.1.1 - Evaluation théorique

Cinq évaluations portant sur les enseignements théoriques dispensés au cours de la première année.

Chaque évaluation est notée sur 20 points. L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation dont relève l'étudiant ou par toute autre personne ayant participé à l'enseignement du module concerné.

L'évaluation de chacun des modules doit avoir lieu au plus tard dans le trimestre qui suit l'enseignement de celui-ci et selon un calendrier soumis à l'avis du conseil technique.

4.1.2 - Evaluation clinique

Deux mises en situation professionnelle destinées à évaluer les capacités de l'étudiant, compte tenu du stade de la formation auquel il est parvenu, à élaborer une démarche de soins pour une personne ou une démarche de santé publique et à réaliser des soins ou des actions de santé publique. Celles-ci se déroulent dans le service hospitalier ou le secteur extra-hospitalier dans lequel l'étudiant est en stage. Chacune d'entre elles est notée sur 20 points, dont :

- 10 points pour la présentation de la démarche de soins ou de santé publique ;
 - 10 points pour la réalisation des soins ou des actions de santé publique.
- L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant et par la personne responsable de l'étudiant en stage.

4.2 - Au cours de la deuxième année d'études

4.2.1 - Evaluation théorique

Six évaluations portant sur les enseignements théoriques dispensés au cours de la deuxième année.

Chaque évaluation est notée sur 20 points. L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant ou par toute autre personne ayant participé à l'enseignement du module concerné.

L'évaluation de chacun des modules doit avoir lieu dans le trimestre qui suit l'enseignement de celui-ci et selon un calendrier soumis à l'avis du conseil technique.

4.2.2 - Evaluation clinique

Deux mises en situation professionnelle destinées à évaluer les capacités de l'étudiant, compte tenu du stade de la formation auquel il est parvenu, à élaborer des démarches de soins pour un groupe de deux à six personnes et à réaliser des soins. Celles-ci se déroulent dans le service dans lequel l'étudiant est en stage depuis au moins une semaine.

Chacune d'entre elles est notée sur 20 points, dont :

- 10 points pour la présentation des démarches de soins ou de santé publique ;
- 10 points pour l'organisation et la réalisation des soins ou des actions de santé publique.

L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant et par la personne responsable de l'étudiant en stage.

4.3 - Au cours de la troisième année d'études

4.3.1 - Evaluation théorique

Cinq évaluations portant sur les enseignements théoriques dispensés au cours de la troisième année.

Chaque évaluation est notée sur 20 points. L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant ou par toute autre personne ayant participé à l'enseignement du module concerné.

L'évaluation de chacun des modules doit avoir lieu dans le trimestre qui suit l'enseignement de celui-ci et selon un calendrier soumis à l'avis du conseil technique.

4.3.2 - Evaluation clinique

Deux mises en situation professionnelle destinées à évaluer les capacités de l'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. Ces mises en situation professionnelle se déroulent dans le service hospitalier ou le secteur extra-hospitalier dans lequel l'étudiant est en stage depuis au moins une semaine.

Chacune d'entre elles est notée sur 20 points, dont :

- 10 points pour la présentation des démarches de soins ou de santé publique ;
- 10 points pour l'organisation et la réalisation des soins ou des actions de santé publique.

L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation en soins infirmiers dont relève l'étudiant et par la personne responsable de l'étudiant en stage.

Art. 5 - Parmi les deux modules optionnels, le premier doit être évalué en deuxième année, le second en troisième année.

Chacun d'entre eux est pris en compte dans l'évaluation théorique de l'année d'études au cours de laquelle il a été enseigné.

Chacun de ces modules est noté sur 20 points.

L'évaluation est assurée par un enseignant de l'institut de formation dont relève l'étudiant ou par toute autre personne ayant participé à l'enseignement du module concerné.

Cette évaluation doit avoir lieu au plus tard dans le trimestre qui suit l'enseignement de ceux-ci et suivant un calendrier soumis à l'avis du conseil technique.

Lorsque l'un de ces modules est suivi dans un autre institut de formation en soins infirmiers que celui dont relève l'étudiant, sa validation incombe à l'équipe enseignante de l'institut de formation en soins infirmiers qui a dispensé l'enseignement.

Art. 6 - A l'issue de chacun des stages effectués tout au long de la scolarité, une évaluation est réalisée, en collaboration avec l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement de l'étudiant, par la personne du service responsable du stage.

Chacun des stages est noté sur 20 points.

Les notes sont étayées par une appréciation précise et motivée.

La personne responsable de la notation communique la note et l'appréciation qui l'accompagne à l'étudiant au cours d'un entretien.

Titre II

Niveau d'exigence requis

Art. 7 - Pour être admis d'emblée en deuxième année, l'étudiant doit obtenir un total de points au moins égal à 50 sur 100 à l'ensemble des évaluations théoriques réalisées au cours de la première année d'études, une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 aux mises en situation professionnelle et une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 à l'ensemble des stages.

Il perd le bénéfice de l'ensemble des évaluations réalisées au cours de la première année d'études qu'il avait effectuée.

Art. 8 - Pour être admis d'emblée en troisième année, l'étudiant doit obtenir un total de points au moins égal à 60 sur 120 à l'ensemble des évaluations théoriques réalisées au cours de la deuxième année d'études, une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 aux mises en situation professionnelle, une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 à l'ensemble des stages.

L'étudiant doit en outre ne pas avoir obtenu :

- plus de deux notes inférieures à 10 sur 20 aux évaluations théoriques sans qu'aucune de celles-ci ne soit inférieure à 8 sur 20 ;
- de note inférieure à 8 sur 20 à une mise en situation professionnelle ;
- plus de deux notes inférieures à 8 sur 20 en stage.

Pour les évaluations théoriques, l'étudiant bénéficie, dans chacune des évaluations où il n'a pas obtenu la moyenne, d'une épreuve écrite de rattrapage organisée selon les mêmes modalités que celles de l'évaluation initiale. Les épreuves se déroulent avant la rentrée scolaire suivante. La note obtenue à chacune de ces épreuves se substitue à la note obtenue à l'évaluation initiale si elle est supérieure à celle-ci.

L'étudiant qui n'a pas obtenu une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 aux mises en situation professionnelle ou qui a obtenu une note inférieure à 8 sur 20 à l'une d'entre elles, bénéficie d'une mise en situation professionnelle de rattrapage organisée au cours ou à l'issue d'un des autres stages effectués par l'étudiant au cours de la même année scolaire. La note obtenue à cette mise en situation professionnelle de rattrapage se substitue à la plus faible des deux notes qui avaient été attribuées aux deux mises en situation professionnelle initiales.

Pour être admis en troisième année, l'étudiant doit obtenir après les épreuves de rattrapage un total de points au moins égal à 60 sur 120 aux épreuves théoriques et remplir les autres conditions définies aux deux premiers alinéas du présent article.

L'étudiant qui, à l'issue des épreuves de rattrapage, ne satisfait pas à l'ensemble des conditions définies aux deux premiers alinéas dudit article peut être autorisé à redoubler la deuxième année par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil technique.

Il perd le bénéfice de l'ensemble des évaluations réalisées au cours de la deuxième année qu'il avait effectuée.

Art. 9 - Pour être admis à se présenter aux épreuves du diplôme d'État d'infirmier, l'étudiant doit obtenir un total de points au moins égal à 50 sur 100 à l'ensemble des évaluations théoriques réalisées au cours de la troisième année d'études, une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 aux mises en situation professionnelle et une note moyenne au moins égale à 10 sur 20 à l'ensemble des stages.

L'étudiant doit en outre ne pas avoir obtenu :

- plus de deux notes inférieures à 10 sur 20 aux évaluations théoriques sans qu'aucune de celles-ci ne soit inférieure à 8 sur 20 ;
- de note inférieure à 8 sur 20 à une mise en situation professionnelle ;
- plus de deux notes inférieures à 8 sur 20 en stage.

Pour les évaluations théoriques, l'étudiant bénéficie, dans chacune des évaluations où il n'a pas obtenu la moyenne, d'une épreuve écrite de rattrapage, organisée selon les mêmes modalités que celles de l'évaluation initiale. La note obtenue à chacune de ces épreuves se substitue à la note obtenue à l'évaluation initiale si elle est supérieure à celle-ci.

Art. 17 - La liste des candidats reçus au diplôme d'Etat d'infirmier est établie en séance plénière du jury prévu à l'article 15 du présent arrêté au vu des notes visées à l'article 16 ci-dessus. Le jury ne peut éliminer un candidat sans avoir consulté son dossier d'évaluation continue.

Art. 18 - Abrogé.

Art. 19 - En cas d'échec au diplôme d'Etat d'infirmier, le candidat est autorisé à se présenter à la session suivante. Il conserve, le cas échéant, le bénéfice de la note supérieure à la moyenne qu'il a obtenue à l'une des deux épreuves. Le candidat qui n'a pas obtenu la moyenne au travail écrit de fin d'études doit refaire un nouveau travail de fin d'études sur le même thème ou sur un autre thème. Le candidat est évalué par un nouveau jury. La note obtenue au nouveau travail écrit de fin d'études se substitue à la note initiale obtenue si elle est plus favorable. Un complément de formation peut être proposé au candidat ayant échoué au diplôme d'Etat d'infirmier, dont les modalités sont définies par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil technique. Les évaluations effectuées durant ce complément de formation ne sont pas prises en compte pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Art. 20 - Le candidat qui échoue à l'issue de cette deuxième session peut demander au directeur de l'institut de formation en soins infirmiers de son choix de le présenter aux épreuves des deux sessions suivantes. Le directeur de l'institut de formation, après avis du conseil technique et sur examen du dossier d'évaluation continue de l'étudiant, peut l'autoriser à redoubler, à se présenter aux épreuves visées aux articles 13 et 14 ci-dessus sans scolarité ou à bénéficier d'un complément de formation. En cas de complément de formation, les évaluations effectuées ne sont pas prises en compte pour l'obtention du diplôme d'Etat.

TITRE IV Absences et congés

Art. 21 - Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être justifié par un certificat médical. Pour la durée totale de la formation, une franchise maximale de trente jours ouvrés peut être octroyée aux étudiants, pendant laquelle ils sont dispensés des travaux dirigés et des stages et qu'ils ne sont pas tenus de récupérer.

Toutefois, ils devront satisfaire aux évaluations théoriques et aux mises en situation professionnelle prévues par le présent arrêté.

Une journée de franchise correspond à une durée de stage ou de travaux dirigés de sept heures. Elle est susceptible de fractionnement.

Art. 22 - Le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers peut, sur production de pièces justificatives et dans des cas exceptionnels, autoriser certaines absences avec dispense des travaux dirigés et non-récupération des stages.

Art. 23 - En cas de maternité, les étudiantes sont tenues d'interrompre leur scolarité pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieure à la durée légale. Les étudiantes bénéficiant d'un congé de maternité pourront demander la validation de la scolarité en cours sous réserve de satisfaire aux évaluations théoriques et aux mises en situation professionnelle.

Art. 24 - Un report de stage de huit semaines maximum sur l'ensemble de la scolarité peut être accordé sur production de pièces justificatives par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil technique. L'étudiant doit avoir effectué tous les stages pour être autorisé à se présenter aux épreuves visées aux articles 13 et 14 ci-dessus.

Art. 25 - En cas d'interruption de la scolarité pour des raisons justifiées, et avec l'accord du médecin inspecteur de santé publique en fonction dans le département du lieu de l'institut de formation, l'étudiant conserve pendant un an le bénéfice des évaluations déjà acquises durant la période de formation. La scolarité est reprise l'année suivante au point où elle avait été interrompue. Au-delà de cette durée, les conditions de reprise de la scolarité sont fixées par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil technique.

TITRE V Dispensés de scolarité

Art. 26 - Sont autorisées, à compter du 31 décembre 2004, à se présenter aux épreuves prévues aux articles 13 et 14 ci-dessus, sous réserve d'effectuer un stage à temps complet de soins infirmiers d'une durée de deux semaines :

- les sages-femmes titulaires du diplôme d'Etat français ;
- les personnes autorisées à exercer définitivement la profession d'infirmier en application des dispositions du code de la santé publique, sous réserve qu'elles exercent leur profession depuis au minimum deux ans à la date du dépôt de leur dossier à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Art. 27 - Les personnes titulaires d'un diplôme de docteur en médecine bénéficient, à compter du 31 décembre 2004, d'une dispense totale d'enseignement théorique, sous réserve de suivre, dans la limite des places disponibles, dans un institut de formation en soins infirmiers de leur choix, un enseignement de deux semaines portant sur la démarche de soins et d'effectuer un stage à temps complet de soins infirmiers d'une durée de deux mois.

Les modalités du stage sont fixées, après avis du conseil technique, par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat. Pour être autorisé à se présenter à l'épreuve prévue à l'article 14 ci-dessus, le candidat doit avoir obtenu une note de stage au moins égale à 10 sur 20. Cette note est étayée d'une appréciation précise et motivée.

La personne responsable du stage communiqué celle-ci au candidat au cours d'un entretien. Si la moyenne n'est pas obtenue, le candidat est autorisé à recommencer une seule fois le stage de deux mois.

Art. 28 - Bénéficient, à compter du 31 décembre 2004, d'une dispense totale d'enseignement théorique sous réserve de suivre, dans la limite des places disponibles, dans un institut de formation en soins infirmiers de leur choix, un enseignement de deux semaines portant sur le déroulement de soins et d'effectuer trois mois de stage à temps complet de soins infirmiers dont :

- un mois dans un service de médecine, un mois dans un service de chirurgie, un mois dans un service de réanimation, les personnes qui, n'étant plus inscrites dans une unité de formation et de recherche médicales, remplissent les conditions suivantes :

- en ce qui concerne l'enseignement théorique, avoir été admis en troisième année d'études de la deuxième partie du deuxième cycle dans les unités de formation et de recherche de médecine ou l'enseignement théorique est organisé par ensemble annuel ou semestriel, ou avoir obtenu les deux tiers des certificats de la deuxième partie du deuxième cycle ;

- en ce qui concerne la formation clinique, avoir obtenu la validation des semestres de participation à l'activité hospitalière correspondant à la deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

Les modalités des stages sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat après avis du conseil technique.

Pour être autorisé à se présenter aux épreuves prévues aux articles 13 et 14 ci-dessus, le candidat doit avoir obtenu une note au moins égale à 10 sur 20 à chacun des stages visés au premier alinéa du présent article.

Les notes des trois stages sont étayées d'une appréciation précise et motivée. La personne responsable du stage communique celles-ci au candidat au cours d'un entretien. Si les conditions ci-dessus définies ne sont pas remplies, le candidat est autorisé une seule fois à effectuer de nouveau le ou les stages où il n'a pas obtenu une note au moins égale à 10 sur 20.

Art. 29 - Les personnes titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier en soins généraux qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des dispositions applicables aux infirmiers ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent se présenter aux épreuves de sélection visées à l'article 2 de l'arrêté du 23 mars 1992 susvisé. Le nombre de places offert à ces candidats est égal à 5 % du quota arrêté pour le concours de droit commun et vient s'ajouter à celui-ci. Les candidats, qui font l'objet d'un classement spécifique, doivent, pour être déclarés admis en première année d'études, obtenir une note au moins égale à celle du dernier candidat admis sur la liste principale au titre du concours de droit commun. Le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers, après avis du conseil technique, est habilité à dispenser les candidats admis au titre des dispositions du présent article de la première ou des deux premières années d'études. Cette décision est prise au regard du niveau de la formation initiale d'infirmier des candidats appréciée sur la base de leur dossier d'inscription.

Art. 30 - Bénéficient, à compter du 1^{er} janvier 2003, d'une dispense de la première année d'études d'infirmier, sous réserve d'avoir passé avec succès une épreuve écrite et anonyme consistant en un multiquestionnaire portant sur chacun des modules enseignés au cours de l'année considérée, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix chargé de l'organisation de cette épreuve :

- les titulaires des diplômes d'État de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de pédicure-podologue et de manipulateur d'électroradiologie médicale ;

- les titulaires du diplôme d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon ;

- les étudiants en médecine admis en seconde année du deuxième cycle des études médicales ;

- les élèves sages-femmes admises en seconde année des études de sage-femme.

Pour être admis en deuxième année, les candidats concernés doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à cette épreuve.

Art. 31 - Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à la promotion d'étudiants admis en première année d'études d'infirmier en septembre 2001, à l'exception de l'article 21, qui est applicable à l'ensemble des étudiants en cours de formation.

Art. 32 - L'arrêté du 30 mars 1992 susvisé sera abrogé le 30 décembre 2004.

Art. 33 - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 6 septembre 2001.

Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou.



Document 1 / 1

J.O n° 107 du 8 mai 2007 page 8200
texte n° 58

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de la santé et des solidarités

Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

NOR: SANP0750597A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment son article D. 4311-16 ;

Vu l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1

L'arrêté du 6 septembre 2001 susvisé est ainsi modifié :

I. - Les derniers alinéas des articles 7, 8 et 9 sont abrogés.

II. - Après l'article 9, il est inséré un article 9 bis ainsi rédigé :

« Art. 9 bis. - Pour l'ensemble de la formation, l'étudiant bénéficie du redoublement d'une des trois années de formation à condition d'obtenir :

« - une note au moins égale à 6 sur 20 à la moyenne générale des évaluations théoriques ;

« - une note au moins égale à 6 sur 20 à la moyenne générale des évaluations cliniques ;

« - une note au moins égale à 6 sur 20 à la moyenne générale des stages.

Le directeur de l'institut peut, après avis du conseil technique, autoriser à redoubler un étudiant qui ne remplit pas une ou plusieurs de ces conditions, autoriser un étudiant à tripler une même année de formation ou à redoubler une autre année d'études.

Lors de l'année de redoublement ou de triplement, l'étudiant perd le bénéfice de l'ensemble des évaluations réalisées au cours de l'année d'études qu'il avait effectuée.

Dans le cas où le directeur de l'institut décide de ne pas autoriser le redoublement ou le triplement, l'étudiant est exclu de l'institut de formation pour insuffisances théoriques et/ou pratiques. »

Article 2


Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 mars 2007.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

D. Houssin

Consulter la version PDF de ce document	Télécharger le document en RTF	Copier ou envoyer l'adresse de ce document	
--	-----------------------------------	---	---

[À propos du site](#) [Plan du site](#) [Nous écrire](#) [Établir un lien](#) [Mise à jour des textes](#)

**Annexe 7, Région Pays-de-la-Loire :
Documents à l'intention des membres
des jurys désignés pour les épreuves du
diplôme d'Etat (mise en situation
professionnelle)**

***Charte de l'évaluation de l'épreuve de mise en situation
professionnelle du diplôme d'Etat infirmier***

Epreuve de mise en situation professionnelle du diplôme d'Etat infirmier,
grille d'évaluation



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Préfecture de la région Pays de la Loire

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**Charte de l'évaluation de l'épreuve
de mise en situation professionnelle (MSP)
Du diplôme d'Etat infirmier**

- 1- Les évaluateurs prennent connaissance des consignes générales avant le début de l'épreuve.
- 2 - Les évaluateurs respectent la réglementation, notamment l'article 14 de l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à la mise en situation professionnelle du diplôme d'Etat.
- 3- Les deux membres évaluateurs ont la même légitimité dans l'évaluation.
- 4 - L'évaluateur infirmier fait partie de l'équipe, connaît les patients et est garant des pratiques du service, notamment des protocoles.
- 5 - Les évaluateurs sont ponctuels, disponibles pendant toute la durée de l'épreuve.
- 6 - Tout échange en lien avec l'évaluation, se fait hors de la présence de l'étudiant et du patient.
- 7 - Pendant la réalisation des soins, les évaluateurs laissent agir l'étudiant dans les limites de la sécurité et ne posent aucune question.
- 8 - Les évaluateurs font preuve de neutralité bienveillante : écoute attentive, absence de préjugés et de réactions non verbales excessives. Ils respectent les protocoles et l'organisation du service.
- 9 - Les évaluateurs ne communiquent aucune note ni appréciation au candidat ni à toute autre personne.
- 10 - En cas de note éliminatoire ou inférieure à la moyenne, un rapport écrit circonstancié est établi sur le lieu du stage, à l'intention du jury final.
- 11 - De même, en cas de désaccord sur la note, chaque évaluateur propose et argumente sa notation par écrit, à partir de faits précis et objectifs.

Validée pour l'année 2006



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Préfecture de la région Pays de la Loire

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

EPREUVE DE

MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE

DU DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER

GRILLE D'EVALUATION

validée pour l'année 2006.

Consignes Générales

- **Éthique des évaluateurs**

Il s'agit d'une épreuve certificative du diplôme d'État.

Il est préférable que l'infirmier "réfèrent" de l'étudiant pendant le stage ne soit pas évaluateur de l'épreuve de MSP du Diplôme d'État.

Les évaluateurs doivent faire preuve de neutralité bienveillante et respecter la réglementation, (notamment l'article 14 de l'arrêté du 6 septembre 2001) ainsi que les protocoles de soins retenus dans l'établissement et enseignés dans l'IFSI de l'étudiant.

Il paraît important de rappeler, dans ce cadre, l'obligation du droit et du devoir de réserve, prévue par les règles professionnelles (décret du 16/02/93) et dans le statut général de la fonction publique (art.26 de la loi n°83-634 du 13/07/83) qui peut également être étendu à tous les évaluateurs publics ou privés.

Les évaluateurs signalent à l'étudiant la fin de l'épreuve.

Aucune note et appréciation ne sont communiquées par les évaluateurs.

Cependant, on peut indiquer à l'étudiant le geste qui a provoqué l'arrêt des soins sans préjuger de la décision prise par le jury final.

- **Réalisation des soins**

A partir de la programmation, les évaluateurs choisissent eux-mêmes les soins qui seront effectués par le candidat. Les évaluateurs **procéderont « par saisie » afin d'observer le "futur professionnel" en situation professionnelle.** Ils évalueront ainsi sa capacité à réagir face à l'imprévu et à s'organiser pour toutes les situations de soins (commande, rangement de la pharmacie, entretien avec les familles, planification de rendez-vous...).

Durant les soins, les évaluateurs ne doivent pas poser de questions de connaissances au chevet du patient.

- **Projets de soins**

Les projets de soins doivent **obligatoirement** être écoutés même si l'étudiant a été arrêté au cours du soin.

Les évaluateurs ne posent pas de questions au cours de l'exposé des synthèses argumentées.

A l'issue de cette présentation, les évaluateurs peuvent demander à l'étudiant l'argumentation de certains points et poser **des questions en lien avec la situation.**

Modalités de la mise en situation professionnelle

En référence à l'arrêté du 6 septembre 2001 Art. 14 , nous vous rappelons que :

« L'épreuve consiste en une prise en charge d'un groupe de deux à dix malades suivant la nature du service et des soins.

La durée de cette épreuve comprise entre deux et quatre heures varie en fonction du nombre de malades pris en charge.

Cette épreuve est notée sur 60 points dont :

- *30 points pour la présentation synthétique des patients pris en charge et l'argumentation des projets de soins (c'est-à-dire la présentation des synthèses argumentées)*
- *30 points pour l'organisation et la réalisation des soins. »*

"Les soins dispensés doivent permettre notamment d'évaluer la capacité relationnelle de l'étudiant et sa dextérité gestuelle. Une note inférieure à 12/30 à la réalisation des soins est éliminatoire ainsi qu'une note inférieure à 21/60 à l'ensemble de l'épreuve .

Un seul soin potentiellement dangereux pour le patient entraîne une note égale à 0/30. »

En référence à l'article 14 (arrêté du 6/09/01), l'évaluation de cette épreuve est assurée par un cadre de santé participant à la formation dans un autre institut de formation que celui dont relève l'étudiant **et par un infirmier en exercice depuis au moins trois ans et ayant participé à des évaluations au cours de la scolarité.**

Chaque IFSI doit s'assurer de l'organisation efficiente de l'épreuve. Il est indispensable que le nombre d'étudiants à évaluer ne soit pas supérieur à deux par demi-journées. Les étudiants doivent être, dans toute la mesure du possible, dans une même unité de lieu pour permettre l'organisation des saisies de soins par les évaluateurs.

Nombre de patients à prendre en charge le jour de l'épreuve

Le nombre de patients doit tenir compte :

- de l'organisation du service en se centrant sur le secteur géographique d'activité,
- de l'importance et de la complexité de la charge en soins.

Il est proposé que l'étudiant prenne en charge :

Secteur d'activité	Nombre de patients
Service de réanimation	Entre 2 et 10 patients en fonction du secteur d'activité, de la charge en soins et du contexte.
Soins intensifs : médecine - chirurgie	
Service d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • secteur d'accueil • Lits portes (unité d'hospitalisation de courte durée) 	
Service de Médecine - Chirurgie - Psychiatrie - Gériatrie - Gérontopsychiatrie	
Pédiatrie – Pédopsychiatrie	
Secteurs extra-hospitaliers ¹ (SSIAD - MAS - IME - ...)	

N.B. Le nombre de patients pris en charge pourra faire l'objet d'une argumentation par l'étudiant.

GRILLE D'EVALUATION

Elle vise à apprécier les capacités de l'étudiant à prendre en charge un groupe de personnes soignées en respectant la sécurité, l'efficacité, le confort et l'économie (de temps, de gestes, de matériel).

La programmation, faisant partie de l'organisation des soins, sera cotée en regard de l'arrêté du 6/09/01 (art. 14) dans les 30 points prévus pour l'organisation et la réalisation des soins. Il est rappelé qu'un **seul soin potentiellement dangereux nécessite une note globale de 0/30 accompagné d'un rapport circonstancié.**

¹ Le directeur de l'IFSI valide, au regard de sa connaissance du terrain, la possibilité du déroulement de l'épreuve pratique du D.E.

PROGRAMMATION DES SOINS (5 points) sur l'amplitude horaire de l'étudiant infirmier.
(cf. annexe n°1 concernant la présentation attendue par le jury)

CRITÈRES	INDICATEURS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capacité à utiliser les outils de programmation du service et/ou à élaborer et présenter un document personnalisé ◆ Capacité à organiser la prise en charge d'un groupe de personnes dans un temps donné et dans un contexte donné. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présente un document lisible, fiable, utilisable par tous les membres de l'équipe <input type="checkbox"/> Priorisé les actions <input type="checkbox"/> Tient compte des ressources et de l'organisation du service (matérielles et humaines – nombre de patients pris en charge) <input type="checkbox"/> Réajuste la programmation <input type="checkbox"/> Est cohérent avec les objectifs de soins.

LA RÉALISATION DES SOINS (20 points) : Capacité à gérer le ou les situations de soins qui peuvent évoluer et se complexifier.²

CRITÈRES	INDICATEURS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capacités à s'organiser 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Évalue la situation <input type="checkbox"/> Prévoit le matériel <input type="checkbox"/> Aménage l'espace <input type="checkbox"/> Respecte les principes d'ergonomie <input type="checkbox"/> Assure la continuité des soins
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capacités à s'adapter, à prendre des décisions et à adopter un comportement infirmier prenant en compte : <ul style="list-style-type: none"> • domaine gestuel • domaine relationnel • domaine éducatif 	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efficacité <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Économie <input type="checkbox"/> Dextérité <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> Dans les domaines : • de l'hygiène, • de l'asepsie, • de l'installation de la personne, • des prescriptions, des protocoles <input type="checkbox"/> Fait preuve d'empathie <input type="checkbox"/> s'adapte à la situation fait preuve de maîtrise de soi <input type="checkbox"/> respecte l'autre <input type="checkbox"/> Adapte le contenu et les moyens éducatifs à la personne (ou au groupe de personnes) et à la situation. <input type="checkbox"/> Prévoit, réalise et évalue des activités

² En fonction des secteurs de soins, certains critères peuvent être activés par les évaluateurs.

TRANSMISSIONS (5 points)

CRITÈRES	INDICATEURS
◆ Capacité à transmettre les informations par écrit et/ou oral	<input type="checkbox"/> Assure la continuité des soins <input type="checkbox"/> Transmet les éléments significatifs, <input type="checkbox"/> Respecte la législation (date, signature, qualité, respect des droits du patient...).

SYNTHESE ARGUMENTEE (30 points)

CRITERES	INDICATEURS	NOTE
◆ capacité à recueillir les informations	<input type="checkbox"/> Transmet des informations fiables <input type="checkbox"/> Transmet des informations pertinentes	/5
◆ capacité à analyser les situations	<input type="checkbox"/> identifie et priorise les problèmes de santé <input type="checkbox"/> Fait des liens avec la programmation	/20
◆ capacité à argumenter les décisions et les interventions	<input type="checkbox"/> explicite et priorise ses actions au regard du contexte <input type="checkbox"/> réévalue <input type="checkbox"/> réajuste	
◆ capacité à exposer les situations	<input type="checkbox"/> Fait preuve de clarté <input type="checkbox"/> Fait preuve d'aisance <input type="checkbox"/> Fait preuve de maîtrise <input type="checkbox"/> Fait preuve de concision	/5

La cotation est donnée à titre indicatif

2. Enoncer

* Les faits importants qui vont permettre la compréhension de l'état de santé de la personne soignée et faire ressortir les antécédents pertinents en lien avec la situation présente

3. Enoncer

* En les priorisant les problèmes de santé du jour, ceux traités en collaboration avec les thérapeutiques et le ou les diagnostics infirmiers ou hypothèses diagnostiques (privilegier le raisonnement clinique). Les éléments essentiels du projet de soins doivent être retenus dans l'exposé (particulièrement les objectifs)

N.B. : Pour les traitements médicamenteux, énoncer le nom et la classe thérapeutique

4. Enoncer

* Le devenir de la personne soignée à court, moyen et long terme.

Le nombre de synthèses entendues relève du choix des évaluateurs.

Le temps imparti pour cet exposé est de 30 à 45 minutes.

L'exposé se fait au regard de l'organisation de la journée.

La présentation de l'étudiant porte avant sur l'ensemble des synthèses argumentées

LA SYNTHÈSE ARGUMENTÉE

Présentation des projets de soins infirmiers sous forme de synthèse argumentée.

La synthèse argumentée n'est pas un résumé d'une situation ou d'un récit, elle implique des choix, des priorités en fonction d'un contexte.

Elle comprend :

- les éléments essentiels de la situation de soins et de vie du patient
- l'énoncé des problèmes de santé (ceux traités en collaboration et les diagnostics infirmiers)

Elle doit être :

- pertinente
- exploitable
- cohérente

Trame de l'exposé

1. Décliner

- ↳ identité et situation familiale, sociale, professionnelle en lien avec le projet de soins
- ↳ date d'entrée, J. Post opératoire, mode d'hospitalisation, type d'hébergement...
- ↳ motif d'hospitalisation et/ou diagnostic médical
- ↳ caractéristiques physiques et/ou psychologiques significatives pour la prise en charge

2. Enoncer

* Les faits importants qui vont permettre la compréhension de l'état de santé de la personne soignée et faire ressortir les antécédents essentiels en lien avec la situation présente.

3. Enoncer

* En les priorisant les problèmes de santé du jour : ceux traités en collaboration en citant les thérapeutiques et le ou les diagnostics infirmiers ou hypothèses diagnostiques (privilégier le raisonnement clinique). Les éléments essentiels du projet de soins doivent être retrouvés dans l'exposé (particulièrement les objectifs).

N.B. : Pour les traitements médicamenteux : énoncer le nom et la classe thérapeutique.

4. Enoncer

* Le devenir de la personne soignée à court, moyen et long terme.

Le nombre de synthèses entendues relève du choix des évaluateurs..

Le temps imparti pour cet exposé est de 30 à 45 minutes.

L'exposé se fait au regard de l'organisation de la journée.

La présentation de l'étudiant pourra porter sur l'ensemble des synthèses argumentées.

GUIDE D'AIDE A LA DECISION POUR UNE NOTE ELIMINATOIRE

Lors de la réalisation
des soins

Note à 0/30 c'est un soin potentiellement dangereux	Note < 12/30 Traduit une insuffisance générale
<p>Les évaluateurs arrêtent l'étudiant parce qu'il y a danger pour le patient :</p> <p>Soit parce qu'il met en danger la vie du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - risque de décès de la personne, - risque de handicap, - risque d'aggravation de l'état de santé du patient. <p>Soit parce qu'il porte un préjudice corporel et/ou moral</p>	<p>Elle montre une insuffisance des capacités de l'étudiant en regard des critères établis dans la grille d'évaluation.</p> <p>Il n'y a pas de danger pour le patient mais les évaluateurs constatent une accumulation de manques</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D'initiative <input type="checkbox"/> D'organisation <input type="checkbox"/> D'hygiène <input type="checkbox"/> D'asepsie <input type="checkbox"/> De sécurité <input type="checkbox"/> D'efficacité <input type="checkbox"/> De transmissions incomplètes ou erronées <input type="checkbox"/> De confort moral et/ou physique <input type="checkbox"/> D'attitudes relationnelles <input type="checkbox"/> De maîtrise de la situation dans la prise en charge du groupe de patients.
<p>Les évaluateurs rédigent alors un rapport circonstancié : Celui-ci a pour but d'apporter le maximum d'informations pour les membres du jury final. Il reprend les faits significatifs observés qui doivent justifier la note proposée.</p>	

PROGRAMMATION DES SOINS

L'outil de programmation des soins doit contenir un minimum d'informations (cf. tableau). La présentation est laissée à l'initiative et à la créativité de l'étudiant.

Coordonnées du service Organisation spécifique du service : Heure de la visite Heure de l'entretien des chambres ...		Coordonnées du patient (initiales) Age : N° chambre : Diagnostic médical ou motif d'entrée... : Problème(s) de santé prioritaire(s) pour ce jour : J (post op, d'hospitalisation)... Spécificité(s) pour ce patient ayant une incidence sur la prise en charge (Mode d'hospitalisation...)	Coordonnées du patient (initiales) Age : N° chambre : Diagnostic médical ou motif d'entrée... : Problème(s) de santé prioritaire(s) pour ce jour : J (post op, d'hospitalisation)... Spécificité(s) pour ce patient ayant une incidence sur la prise en charge (Mode d'hospitalisation...)
HEURES	INTERVENANTS	Soins (avec notamment la classe thérapeutique et la voie d'administration)	Soins (avec notamment la classe thérapeutique et la voie d'administration)

GLOSSAIRE

Acte infirmier :

Toute intervention d'un infirmier dans le domaine des soins infirmiers

Critère :

Éléments d'évaluation qui permet d'objectiver un état ou une situation en fonction du but recherché.

Indicateur :

Variable qui aide à mesurer l'état d'une situation et son évolution. Les caractéristiques sont notamment : la pertinence, la fiabilité, la sensibilité, la validité en lien avec le critère.

Problème de santé :

Regroupe les problèmes traités en collaboration réels et/ou potentiels et ceux relevant du rôle propre.

Programmation :

Organisation des soins infirmiers pour l'ensemble des patients pour le secteur afin de les répartir dans le temps et à en attribuer la réalisation aux différents membres de l'équipe sur l'amplitude horaire de présence de l'étudiant.

Planification :

Prévision des soins pour un patient donné qui peut s'étendre sur un ou plusieurs jours ou semaines.

Projet de soins :

Plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et/ou de sa famille afin de définir des objectifs de soins, des actions et d'envisager l'évaluation.

Technique de soins :

Ensemble de procédés utilisés méthodiquement dans la prestation des soins infirmiers, qu'ils soient curatifs, éducatifs, relationnels, d'entretien ou de continuité de la vie.

Transmissions :

Informations orales et/ou écrites permettant à chaque membre de l'équipe soignante de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Elles sont indispensables à la continuité des soins.

Dextérité : Selon le dictionnaire Larousse : adresse des mains

Gestuelle : Selon le dictionnaire Larousse : Qui concerne le geste ; qui se fait avec des gestes : activité gestuelle. Qui est accompli spontanément sans autre objet précis.

Glossaire élaboré à partir des définitions du "dictionnaire des soins infirmiers" de René MAGNON et Geneviève DECHANOZ -A.M.I.E.C.-1995 et des réflexions du groupe de formateurs.

Annexe 8, Données et modalités de traitement des données du chapitre 10

Voici un tableau récapitulatif des moyennes pour chaque correcteur :

Institut 1 :

Evaluateur	Moyenne
1	15,41
2	14,58
3	15,19
4	15,42
5	14,83
6	15,42
7	14,82
8	15,38
9	16,03
10	14,88
11	13,79
12	14,65
13	14,32
14	13,99
15	14,97
16	14,99
17	14,79
18	14,96
19	15,21
20	15,57
21	13,64
22	14,58
23	14,54
24	14,15
25	15,79
26	15,06
27	15,77
28	13,29

Institut 2 :

Evaluateur	Moyenne
1	13,50
2	12,57
3	10,21
4	13,16
5	11,66
6	12,03
7	12,28
8	13,05
9	12,84
10	12,14
11	13,29
12	12,42

La question que l'on peut se poser est de savoir s'il existe une différence significative entre les notes attribuées par les correcteurs pour chaque institut puis s'il existe une différence significative entre les deux instituts.

Différence entre les correcteurs pour l'institut 1 :

Nous allons donc faire une analyse de la Variance (ANOVA) qui a pour objectif d'étudier l'influence d'un ou plusieurs facteurs sur une variable quantitative.

En premier lieu, nous devons vérifier deux hypothèses :

La **normalité** et **homoscédasticité** (égalité des variances entre les groupes) des données.

Test d'égalité des variances (Bartlett) :

Bartlett test of homogeneity of variances

data: ifsi1 and type1

Bartlett's K-squared = 34.454, df = 27, p-value = 0.1532

→ On accepte l'hypothèse d'égalité des variances.

Puis, on applique une transformation des données selon Boxcox afin de les normaliser.

Résultat de l'anova :

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
facteur1	27	362.2	13.4	1.7205	0.01315 *
Residuals	818	6378.7	7.8		

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

→ Il y a un **léger** effet du facteur *correcteur* si l'on prend comme valeur pour le risque de première espèce $\alpha = 5\%$

[Différence entre les correcteurs pour l'institut 2 :

Nous allons donc faire une Analyse de la Variance (ANOVA) en vérifiant les hypothèses au préalable.

Test d'égalité des variances (Bartlett) :

Bartlett test of homogeneity of variances

data: ifsi2 and type2

Bartlett's K-squared = 28.6762, df = 11, p-value = 0.002548

→ On refuse l'hypothèse d'égalité des variances, il faut transformer les données (transformation puissance)

On refait le test de Bartlett :

Bartlett test of homogeneity of variances

data: ifsi2 and type2

Bartlett's K-squared = 17.8535, df = 11, p-value = 0.08504

→ Test positif

Résultat de l'anova :

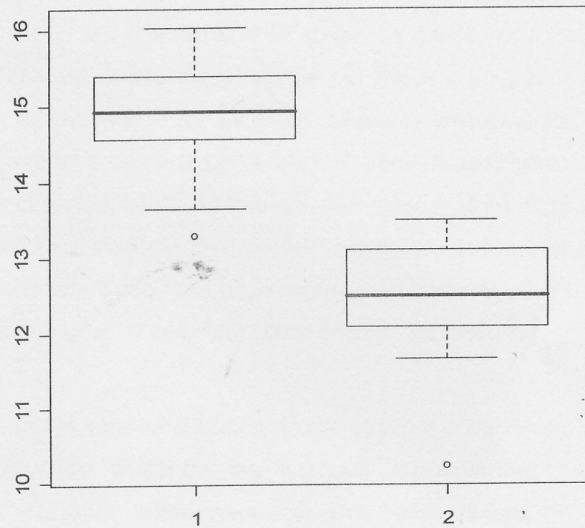
	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
facteur2	11	44095787	4008708	2.6558	0.002666 **
Residuals	424	639990934	1509413		

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

→ Il y a un effet du facteur *correcteur* si l'on prend comme valeur pour le risque de première espèce $\alpha = 5\%$

Les résultats issus de l'institut situé en ville sont bien plus élevés que ceux issus de l'institut en campagne.

Différence entre les résultats des 2 instituts :



Il semblerait que les résultats de l'institut 2 sont plus faibles. Nous allons donc faire une Analyse de la Variance (ANOVA) en vérifiant les hypothèses au préalable.
Test d'égalité des variances (Bartlett)

Bartlett test of homogeneity of variances

data: ifsi and type
Bartlett's K-squared = 1.3706, df = 1, p-value = 0.2417

On transforme les données selon Boxcox.

Résultat de l'anova :

	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
facteur	1	49.579	49.579	90.679	1.306e-11 ***
Residuals	38	20.776	0.547		

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Il y a un important effet du facteur *Institut* si l'on prend comme valeur pour le risque de première espèce $\alpha=5\%$.

Les résultats issus de l'institut situé en ville sont bien plus élevés que ceux issus de l'institut situé à la campagne.

Résumé

Au cours de leur formation, les étudiants en soins infirmiers sont soumis à diverses épreuves destinées à valider les compétences et savoirs acquis. Deux de ces épreuves ont lieu sur des terrains de stage. La première, à l'issue du stage, est une évaluation chiffrée et littérale effectuée par l'équipe soignante qui a encadré le stagiaire. Pour la seconde – la mise en situation professionnelle – un jury est constitué. Il se compose de deux personnes, un formateur-soignant qui représente le terrain de stage et un formateur de l'institut de formation dont dépend le candidat. Le jury observe l'étudiant pendant qu'il réalise des soins, délibère et rend ensuite une décision sous la forme d'une note argumentée. Les résultats aux diverses épreuves sont pris en compte pour le passage dans l'année supérieure jusqu'à l'obtention du diplôme d'Etat.

Cette thèse est une contribution à une sociologie de l'évaluation. Elle a pour objectif de mettre en évidence les logiques qui orientent les décisions des évaluateurs et s'appuie notamment sur des observations et entretiens. Les formations par alternance offrent un cadre particulier d'analyse. En effet, les décisions prises concernant le devenir des étudiants engagent à la fois terrains de stage et instituts de formation. La collaboration entre ces deux espaces de la formation ne va pas de soi et révèle parfois des conflits de légitimité dont le stagiaire peut être victime ou bénéficiaire. Les résultats des étudiants en soins infirmiers subissent ainsi un effet-évaluateur dont les principaux déterminants sont analysés.

Mots clés : étudiants en soins infirmiers, évaluation, formation par alternance, terrains de stage, jury, effet-évaluateur.

Evaluer les stagiaires en formation par alternance

La situation des étudiants en soins infirmiers

Résumé

Au cours de leur formation, les étudiants en soins infirmiers sont soumis à diverses épreuves destinées à valider les compétences et savoirs acquis. Deux de ces épreuves ont lieu sur des terrains de stage. La première, à l'issue du stage, est une évaluation chiffrée et littérale effectuée par l'équipe soignante qui a encadré le stagiaire. Pour la seconde – la mise en situation professionnelle – un jury est constitué. Il se compose de deux personnes, un formateur-soignant qui représente le terrain de stage et un formateur de l'institut de formation dont dépend le candidat. Le jury observe l'étudiant pendant qu'il réalise des soins, délibère et rend ensuite une décision sous la forme d'une note argumentée. Les résultats aux diverses épreuves sont pris en compte pour le passage dans l'année supérieure jusqu'à l'obtention du diplôme d'Etat.

Cette thèse est une contribution à une sociologie de l'évaluation. Elle a pour objectif de mettre en évidence les logiques qui orientent les décisions des évaluateurs et s'appuie notamment sur des observations et entretiens. Les formations par alternance offrent un cadre particulier d'analyse. En effet, les décisions prises concernant le devenir des étudiants engagent à la fois terrains de stage et instituts de formation. La collaboration entre ces deux espaces de la formation ne va pas de soi et révèle parfois des conflits de légitimité dont le stagiaire peut être victime ou bénéficiaire. Les résultats des étudiants en soins infirmiers subissent ainsi un effet-évaluateur dont les principaux déterminants sont analysés.

Mots clés : étudiants en soins infirmiers, évaluation, formation par alternance, terrains de stage, jury, effet-évaluateur.

Estimate the probationer in formation by alternation

The case of the nurse students

Abstract

All along their studies the nurse students undergo tests which are meant to validate their skill and knowledge. Two tests take place during their period of probation. The first one consists in a calculated and argued estimate based of the probation period just done by the student and the nurse team who has welcomed the student proceeds to this first estimate. As for the second test, which consists in a practising position, a jury is formed. It is made of two persons, one of which is the nurse teacher who represents the probation ground and another one who is a teacher of the student's institute from which the student depends on. The jury keeps a close eye on the student while practising his nurse care, then he deliberates and in the end he makes his decision in the shape of an argued report. All the tests' results are taken into account for the passing on the next level and this until the students obtain their diploma.

This thesis is a contribution to a testing sociology. Its aim is to lay the stress on the reasoning which guides the appraiser in the making of his decision and it dwells on observations and conversations. Alternate studies offer a special frame of analysis. Indeed, the decisions made about the students' future commit both schools and the probation systems. The collaboration between those two studying ways is not obvious and may put to light legitimacy conflicts from which the students may profit or suffer. The results of the students working on nurse care thus undergo an appraiser effect of which main determinants are analysed.

Key words: nurse students, estimation, formation by alternation, probation ground, appraiser effect.

