



## Les infirmiers seront-ils compétents ?

Marc Nagels, Nathalie Alglave

► **To cite this version:**

Marc Nagels, Nathalie Alglave. Les infirmiers seront-ils compétents ? : Méthode et outils d'évaluation des compétences pour accompagner la réforme de la formation infirmière. Université Paris Descartes. Évaluation et enseignement supérieur, Jan 2011, Paris, France. pp.203, 2011. <hal-00614311>

**HAL Id: hal-00614311**

**<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00614311>**

Submitted on 11 Aug 2011

**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.

**LES INFIRMIERS SERONT-ILS COMPÉTENTS ? MÉTHODE ET OUTILS  
D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES POUR ACCOMPAGNER LA RÉFORME DE  
LA FORMATION INFIRMIÈRE**

**Marc Nagels\*, Nathalie Alglave\*\***

\* 17 Mars Conseil

3, rue des Rosiers

44110 Châteaubriant

marc.nagels@17-mars-conseil.fr

Membre associé du Centre de recherches sur l'Éducation, les Apprentissages et la Didactique  
(CREAD – Rennes 2)

\*\* Directrice IFSI – IFAS

Centre Hospitalier, Rue François 1er 44110 Châteaubriant

CREF, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense

---

**Mots-clés :** Formation en soins infirmiers, didactique professionnelle, évaluation des compétences.

**Résumé.** La réforme de la formation en soins infirmiers par « l'approche compétences » s'applique depuis septembre 2009. L'IFSI de Châteaubriant a initié une recherche-action pour déterminer les facteurs de construction longitudinale et d'évaluation des compétences. Les variables cognitives, environnementales et stratégiques du modèle de la maîtrise des usages professionnels sont testées pendant les trois années du cursus. Plusieurs outils d'évaluation sont créés pour l'occasion et permettent de répondre à la question « L'approche par les compétences forme-t-elle effectivement les compétences en soins infirmiers ? ».

---

## **1. L'approche par les compétences en formation infirmière**

Depuis bientôt une dizaine d'années, le ministère des affaires sociales et de la santé s'est orienté vers l'approche par les compétences en formation paramédicale. Les réingénieries des formations initiales se succèdent et reproduisent la méthode conçue et arrêtée pour la formation en soins infirmiers. Depuis 2009, ce modèle se déploie systématiquement. En 2011, les négociations se mènent, par exemple, entre le ministère et les organisations professionnelles des infirmiers anesthésistes, des infirmiers de bloc opératoire et des manipulateurs en électroradiologie.

La récente réingénierie du diplôme d'État d'infirmier veut répondre directement aux besoins de santé de la population sur le territoire national et aux réformes introduites par l'État face à une demande de soins croissante. Les hôpitaux se modernisent pour une meilleure efficacité et une plus grande efficacité des soins. Même si le système de soins français se révèle plus coûteux que celui d'autres pays, il offre un égal accès à des soins de qualité. Toutefois, il devra faire face à un vieillissement sans précédent de la population, à la multiplication des maladies chroniques et à une démographie médicale et paramédicale préoccupante, le tout sans renoncer à garantir l'amélioration continue de la qualité des soins.

L'effort de réingénierie porte essentiellement sur le dispositif prescrit de formation. La formation se déroule en alternance, elle est organisée en semestres, articulant des temps de stage et des temps de cours. Le référentiel de formation sépare, d'une part, les unités d'enseignement destinées à faire acquérir des savoirs dits « contributifs » et, d'autre part, les unités d'enseignement de savoirs plus proprement infirmiers. Des temps d'intégration des différents savoirs et de leur mobilisation en situation sont prévus. Cette approche centrée sur des contenus académiques et sur

eux dits « cœur de métier », est complétée par un apprentissage autour de « situations professionnelles clés », tant à l'institut qu'en stage.

La notion de compétence n'est pourtant pas étayée par des apports en sciences humaines et sociales mais reste emprunte de sens commun ; en effet, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS, ministère de la santé) définissait la compétence en 2008 comme « la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées ». Plus clairement encore, pour la DHOS, le rôle des « référentiels de compétences du diplôme » est de décrire « de façon ordonnée les compétences, c'est-à-dire les savoir-faire et connaissances associées, exigés pour l'obtention du diplôme ». L'équation est assez simple : une compétence est un savoir-faire associé à des savoirs.

C'est suffisant du point de vue de l'ingénierie de la formation quand il s'agit de prévoir la délivrance d'ects, la répartition des enseignements entre les cours magistraux, les travaux dirigés et les « temps personnels », la sélection des étudiants et la validation des acquis de l'expérience ou encore les modalités d'attribution du diplôme assorties, selon les cas, d'un grade de licence ou de master.

Cette définition est moins satisfaisante lorsqu'il s'agit de revoir une ingénierie didactique destinée à déclencher des apprentissages complexes et à faire acquérir les compétences visées. Le référentiel de compétences les décline sous forme d'injonctions et de prescriptions. Par exemple, la première compétence en soins infirmiers est rédigée ainsi : « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ». Nous reconnaissons là une injonction qui appartient à la sphère du travail prescrit. Cette tâche est potentiellement adressée à tous les infirmiers diplômés, et, précisément, l'ergonomie cognitive nous a enseigné que la tâche n'est pas l'activité et que l'écart entre les deux est irréductible. Comment se débrouille l'infirmier de service ce jour là, avec ce patient en particulier, pour l'accompagner au quotidien ? Certes, il mobilise des savoirs mais ce ne sont pas toujours ceux qui sont prescrits. Pour le moins, des savoirs sur l'action, des connaissances des situations, des environnements et des attentes sociales, s'ajoutent aux savoirs académiques qui sont listés dans le référentiel de formation. Cet infirmier mobilise aussi d'autres ressources pour prévoir et anticiper le déroulement de l'action, pour contrôler ses actes et analyser les variables environnementales qui lui permettent d'ajuster son comportement. De tout cela, la tâche ne peut rien dire, elle ne représente qu'une attente sociale, qu'une exigence de réussite. De plus, la plupart du temps, le niveau d'atteinte de la tâche n'est pas nommé très clairement : les infirmiers peuvent-ils réussir avec des erreurs, en commettant des erreurs mineures ou n'ont-ils pas le droit à l'erreur ? En revanche, doivent-ils maintenir un seuil de sécurité et lequel, etc. ?

Ce n'est pas la tâche ou l'injonction mais l'activité de l'infirmier qui fera sa compétence, ou plus exactement : son activité produira un soin dont la performance sera appréciée par l'ensemble patient – famille – collègue – hiérarchie. L'efficacité ou l'efficience de l'action fait toujours l'objet d'une évaluation, d'une auto-évaluation de l'infirmier d'abord, mais aussi d'évaluations de l'environnement professionnel.

On comprendra que les référentiels de compétences, ainsi rédigés, ne guident l'ingénierie pédagogique que sur un unique point : celui de l'orientation fonctionnelle de l'activité du professionnel par la tâche. Nous constaterons d'ailleurs que l'infirmier s'empresse de la redéfinir pour la mettre à sa main, voire se protéger des risques auxquels il estimerait se confronter s'il remplissait la tâche prescrite. Les formateurs paramédicaux considèrent ainsi le référentiel de compétences comme un texte assez général qui borne l'ingénierie de formation. Ils ont ensuite à se montrer créatifs pour travailler au développement des compétences, c'est-à-dire essentiellement à renforcer l'organisation cognitive de l'activité des étudiants.

Dans ces conditions, nous avons peu de repères pour évaluer les compétences des étudiants et observer le processus qui conduit à la manifestation des compétences. Cette question est pourtant tout à fait centrale dans le contexte de la réforme et des enjeux institutionnels attachés à la reconnaissance des professions paramédicales.

La réforme de la formation produira-t-elle les effets attendus en termes de construction des compétences infirmières, d'autonomie et de responsabilité dans les rôles professionnels ? Pourrons-nous même un jour conclure sur la relation entre qualité de la formation et qualité des soins distribués aux patients ? Les évaluations actuellement conduites par les tutelles du secteur

s'intéressent principalement à la mise en place des dispositifs de formation plutôt qu'aux effets produits. Cela s'explique par des objectifs de gestion de dispositifs censés garantir une formation identique pour tous. Que la réforme des formations promeuve l'approche par les compétences n'a pas modifié fondamentalement les objectifs des évaluations nationales. Deux risques apparaissent alors. Le premier est celui de la recherche de conformité à un processus sans s'intéresser aux résultats, c'est-à-dire aux apprentissages obtenus par ce processus. Il est plus facile de contrôler et de vérifier des masses horaires, des ratios formateurs / étudiants, des temps de travail à l'intérieur d'une enveloppe organisationnelle et financière globale que d'apprécier l'adéquation entre les objectifs posés par les formateurs, les modalités pédagogiques effectives et les apprentissages réalisés. Le risque de « l'effet réverbère » existe, celui où l'on cherche (et trouve...) ce qui est déjà en pleine lumière, dès lors que le contrôle et l'évaluation administrative se centrent sur ce qui se présente en première approche à l'observateur. Faute de temps et de moyens, les évaluateurs peuvent laisser dans l'ombre ce qui est moins accessible : la construction des compétences, le référentiel de formation ne présentant par ailleurs que des tâches, des injonctions et des prescriptions (ce que doivent savoir faire les infirmiers au sein de leur rôle propre) sans décrire ni les ressources mobilisées ni la combinatoire de ces ressources nécessaire pour atteindre les tâches. Rappelons que les tâches ont vocation à guider l'activité des infirmiers mais que la performance est bien le fruit de l'activité rapportée à une situation de travail.

Le deuxième risque est celui d'une trop forte charge symbolique accordée aux contenus et aux savoirs académiques. Délivrer un grade de licence à la fin de la formation a réintroduit les savoirs académiques au détriment de l'apprentissage par, et dans, les situations professionnelles. Certes, le référentiel leur assigne un rôle « contributif » aux savoirs proprement infirmiers mais le partenariat qui s'est noué entre les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les universités, sous le patronage des tutelles, abouti, la plupart du temps, à une répartition des interventions sans coordination pédagogique réelle. Par exemple, les universitaires sont libres de leurs contenus, des formes pédagogiques et des modalités d'évaluation, par questionnaire à choix multiple, la plupart du temps. Les responsables des formations infirmières ne sont guère en situation d'imposer des consignes pédagogiques qui guideraient des apports en lien avec les situations de travail et les compétences. Pour les étudiants et de nombreux formateurs, les savoirs académiques apparaissent comme souvent détachés des contextes et superflus du point de vue de la résolution des problèmes infirmiers. Ils ne sont pas reconnus comme une aide et une ressource lors des situations de stage par exemple.

L'évaluation des UE contributives produit un échec préoccupant pour les parcours de formation alors même que les étudiants et les formateurs observent un développement des compétences soignantes au jour le jour.

C'est pourquoi, centrée sur les effets des apprentissages, cette communication expose une démarche originale d'évaluation des compétences. Nous prendrons appui sur une notion de la compétence qui articule fortement l'invariance de la conduite et l'adaptation aux situations observées (JONNAERT P., 2006; VERGNAUD G., 2006; WITTORSKI R., 2005; ZARIFIAN P., 2001), ce qui diffère sensiblement de la logique traditionnelle « par contenus » en formation. Au-delà de cette vision cognitive et socioconstructiviste de la construction de la compétence, nous pourrions encore élargir la perspective et nous rapprocher de l'analyse des contextes de mise en œuvre des dispositifs de formation en nous intéressant aux stratégies d'autodirection des apprentissages (JÉZEGOU A., 2010). Enfin, il nous faudra considérer que la compétence est aussi un jugement social et l'attribution d'une qualité à un individu ou à un groupe d'individus. Le professionnel s'inscrit dans son environnement normatif, répond stratégiquement aux injonctions qui lui sont adressées et entame des transactions avec son contexte professionnel. Il est engagé dans les situations de soins, conséquence de sa libre soumission à des contraintes et des exigences fixées par l'organisation hospitalière (JOLE R-V., 1998). Néanmoins, le professionnel fait preuve d'agentivité (BANDURA A., 2001) lorsqu'il résiste à ces tentatives d'assujettissement. La connaissance des normes est une ressource au service de cette résistance et de la préservation de marges de manœuvre personnelles. Lorsqu'il cherche à décrypter les us et coutumes du service, les habitudes culturelles de l'organisation, l'infirmier fait usage de clairvoyance normative (PANSU P., 2003). La connaissance de la culture organisationnelle est un atout pour mieux se positionner et agir stratégiquement au bénéfice de ses propres objectifs. Nous partions donc de l'hypothèse qu'un

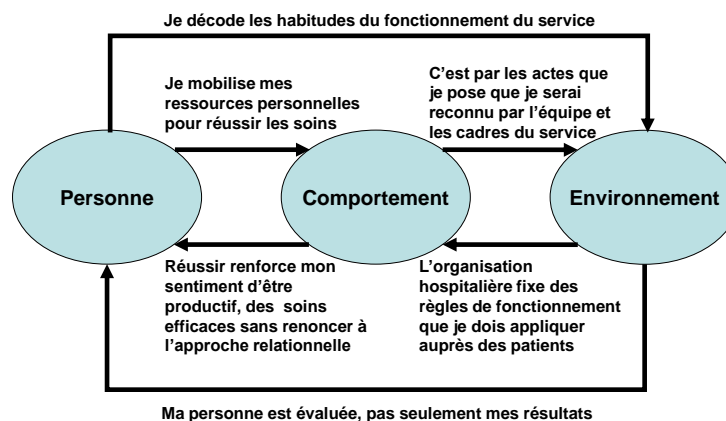
infirmier, parce qu'il est socialisé dans son service, a plus de chances de faire valoir ses performances et, finalement, d'obtenir une reconnaissance professionnelle et d'être perçu comme quelqu'un de « compétent ».

## 2. Une démarche théorique sociocognitive

Les sciences de l'éducation ont affirmé depuis longtemps qu'il convenait d'évaluer les effets produits par les dispositifs de formation et pas uniquement l'ingénierie en tant que processus (KIRKPATRICK D., 2005 ). Ce n'est pas une idée neuve en soi (DEPOVER C, 1999) et les exemples ne manquent pas. Nous nous inscrivons dans cette perspective et nous souhaitons rassembler des données sur l'atteinte des buts visés par la formation dans le cadre de l'approche par les compétences.

Une recherche-action à l'Institut en soins infirmiers de Châteaubriant est en cours pour déterminer les facteurs de construction longitudinale et d'évaluation des compétences en soins infirmiers. Elle mobilise deux cadres de références : la théorie sociocognitive (BANDURA A., 2003) pour comprendre le développement cognitif des apprenants en situation d'acquisition de compétences ; la théorie de la conceptualisation dans l'action (PASTRÉ P., 2005) avec la didactique professionnelle (PASTRÉ P., MAYEN P., VERGNAUD G., 2006). Nous sommes conduits à évaluer le développement de compétences à travers trois dimensions significatives de la compétence (NAGELS M., 2010) : interaction personne / comportement, interaction comportement / environnement, interaction personne / environnement.

La compétence, si d'aventure nous la comprenons dans son sens restreint, celui de la performance produite par une organisation cognitive efficace de l'activité (NAGELS M., 2009), s'inscrit dans une perspective plus générale : celle de la maîtrise de ses usages professionnels, guidée par une forte auto-efficacité et un pouvoir stratégique d'agir pour faire reconnaître ses performances par son environnement, voir le schéma ci-dessous.



**Figure 1 :** Ensemble des facteurs constitutifs de la maîtrise de ses usages professionnels

La maîtrise des usages professionnels peut être défini comme un processus sociocognitif par lequel une personne ou un groupe produit son propre développement, encore faut-il que les effets de la maîtrise d'usage soient évalués positivement par la personne ou le groupe ainsi que par l'environnement professionnel. Nous considérons que la maîtrise des usages professionnels repose sur trois dimensions.

La première est une dimension cognitive par laquelle le professionnel produit une performance, c'est-à-dire une transformation de l'environnement. L'organisation cognitive de son activité résulte d'un certain degré de conceptualisation dans l'action (PASTRÉ P., 2011). Par l'expérience et l'analyse de son expérience, le professionnel développe des outils cognitifs et des modes d'organisation de l'activité qui lui permet de répondre efficacement aux exigences et aux

tâches. En retour, lorsqu'un professionnel réussit les tâches qui lui sont confiées, il en tire un sentiment de compétence (BANDURA A., 2003), son auto-efficacité au travail augmente. Il se sent encore plus capable de triompher de situations délicates. La fréquentation de ces situations risquées l'amènera potentiellement à réaliser de nouveaux apprentissages.

La deuxième est une dimension comportementale qui conduit le professionnel à s'adapter aux exigences du travail, parfois en dépit de ses valeurs propres ou de ses intérêts immédiats. Toutefois, l'individu en tire un bénéfice : il se socialise au sein du collectif de travail et entre ainsi dans une activité productive. C'est une condition minimum pour faire accepter les performances qui lui reviennent et être perçu comme compétent. Cette dimension comportementale articule deux processus. Tout d'abord, l'individu va « accepter » la tâche prescrite en tant que facteur d'orientation de ses comportements. La prescription vise effectivement à guider les comportements en produisant un système d'attentes sur les buts à poursuivre en situation, les modes opératoires et le niveau de résultat attendu. Par bien des égards, la tâche est une sorte d'*input* destiné à provoquer des comportements et des routines en dehors des valeurs, des aspirations et des croyances de l'individu. La tâche est, en effet, un des moyens de la tentative d'assujettissement développée par les organisations de travail. La réalisation de la tâche engage ensuite l'individu dans les situations de travail, contribuant ainsi à modeler encore un peu plus les comportements. Il arrive ainsi que des soignants produisent des « toilettes au quart d'heure » pour des patients dépendants, minutant leur temps d'intervention technique et relationnelle au service non plus des patients mais d'une organisation hospitalière qui exige toujours plus d'efficacité. Ces soignants s'acquittent ainsi des tâches en dépit d'une éthique professionnelle du soin et d'une approche holiste de la personne pourtant revendiquées. Ils se trouvent engagés par leurs actes (JOULE R-V., 1998). La reconnaissance professionnelle qui pourra résulter de la prise en charge de tâches problématiques par les soignants s'accompagne potentiellement d'une dissonance cognitive génératrice de risques psychosociaux et de burn out (ESTRYN-BÉHAR M., 2001) ainsi que d'abandon prématuré de la profession soignante (JASSERON C., 2006). L'une des stratégies possibles pour diminuer les effets de la dissonance cognitive consiste à réaménager le système d'explications causales sur les événements qui affectent ses comportements en produisant des rationalisations *ex post*. La rationalisation est un processus par lequel un professionnel ajuste *a posteriori* ce qu'il pense de l'acte qu'un supérieur hiérarchique a su obtenir de lui.

La troisième dimension de la maîtrise des usages professionnels est une dimension stratégique. Produire des comportements efficaces tout en s'adaptant aux contraintes d'une organisation de travail qui exige une conformité des actes et des résultats à ce qu'elle prescrit ne suffit pas pour être reconnu compétent. En effet, les organisations hospitalières, parce qu'elles produisent des soins, accordent une grande importance au facteur humain. L'évaluation et la reconnaissance professionnelle prennent en compte, bien entendu, la performance mais les caractéristiques personnelles des professionnels soignants sont appréciées et évaluées comme des facteurs de compétence. La compétence est donc aussi un jugement social porté sur la personne en référence à des normes socioprofessionnelles. L'approche normative de la compétence, dans un modèle élargi de la maîtrise des usages professionnels, ne peut pas être négligée. Le soignant est amené à faire valoir ses performances dans un contexte culturel et organisationnel normatif. Le positionnement professionnel apparaît comme une action à visée stratégique pour comprendre les us et coutumes d'un service, d'un pôle hospitalier, les règles qui régissent les comportements et valorisent les performances. Aux tentatives d'assujettissement organisationnel destinées à faire accepter « l'urgence et le calendrier » (ENLART S., 2007), l'évaluation individualisée des compétences qui serait un des moyens d'obtenir l'allégeance (DEJOURS C., 2003), répondent la clairvoyance normative (PY J., 1991) des soignants.

Le schéma suivant synthétise le modèle de la maîtrise des usages professionnels et ses variables.

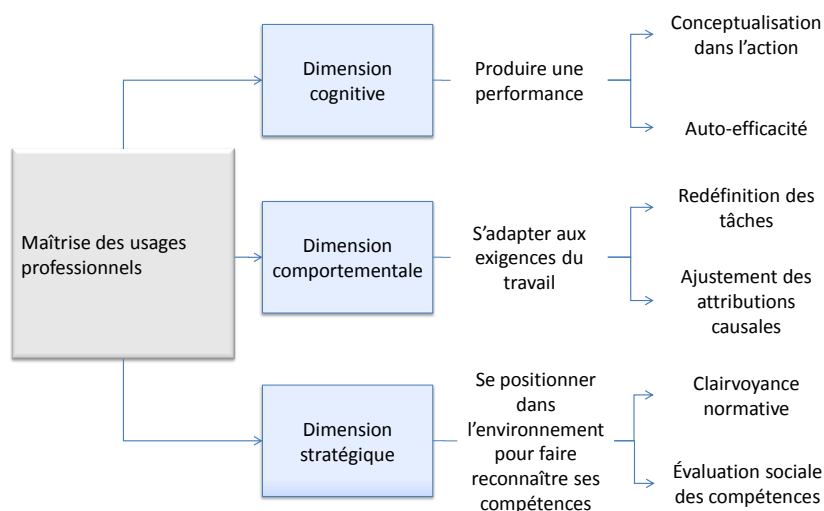


Figure 2 : Les variables de la maîtrise des usages professionnels

On comprendra que la maîtrise des usages professionnels avec ses trois dimensions et ses six variables se présente comme un modèle intégratif des phénomènes sociocognitifs et psychosociaux de la compétence, puisque, considérer la compétence sous l'angle exclusivement cognitif de la production d'une performance ne rend pas compte de tous les phénomènes observables.

S'il faut, par commodité de langage, inférer la compétence d'une organisation cognitive de l'activité efficace, comme le fait, par exemple, Gérard Vergnaud, alors intégrons la compétence mais aussi les jugements sociaux qui lui sont attachés dans un ensemble plus vaste, celui de la maîtrise des usages professionnels. Par hypothèse, nous dirons que cet ensemble rend compte, plus complètement qu'un autre, du développement du pouvoir d'agir en formation professionnelle.

### 3. La construction des outils d'évaluation

Dans le cadre de la recherche qui a été initiée auprès des étudiants de l'IFSI, il a été tout d'abord nécessaire de nous assurer que la formation délivrée s'oriente bien vers l'approche par compétences. Il ne suffit pas que le ministère publie les textes de la réforme pour que les pratiques des formateurs changent immédiatement par l'effet d'une sorte de conditionnement opérant. Un premier travail d'accompagnement de l'équipe des cadres formateurs a été entrepris pour les sensibiliser à la didactique professionnelle et identifier, pour les discuter et les promouvoir, les pratiques didactiques pertinentes de l'approche par les compétences.

Avant la réforme la formation privilégiait l'intégration des savoirs biomédicaux et infirmiers avec des connaissances en sciences humaines et sociales, ce qui n'empêchait pas les étudiants de construire des compétences professionnelles dans et hors le dispositif existant. Or, les savoirs ne représentent qu'une ressource cognitive parmi d'autres de la compétence. Le lien de causalité, même partiel, entre la formation et les compétences acquises ne pouvait donc être établi avec certitude. Le préalable consiste ici à produire une action de formation explicitement orienté vers le développement de compétences et créer les conditions de son évaluation.

La bascule vers la didactique professionnelle a été faite à l'issue d'un diagnostic de l'ingénierie didactique avec des réflexions pédagogiques sur le thème de l'écart entre la tâche et l'activité, de la prise en compte des situations professionnelles de référence pour créer des situations d'apprentissage, des facteurs internes à l'individu l'amenant à orienter son activité ou la réguler avec, par l'exemple, l'auto-efficacité au travail.

L'essentiel du travail avec les formateurs a été de concevoir ensemble (formateurs, direction de l'IFSI et chercheur) les méthodes d'observation et d'analyse du processus de construction de compétences. Un suivi du développement des compétences des étudiants, à l'aide des six variables de la maîtrise d'usage, a été décidé pour les trois années du cursus<sup>1</sup>.

Les outils sont les suivants :

- Une échelle d'auto-efficacité a été spécifiquement élaborée. Elle teste la perception du transfert des apprentissages acquis en formation, par la simulation et le débriefing par exemple, vers les situations réelles dans les services de soins. L'échelle est utilisée au début de chaque semestre.
- Une analyse d'une tâche à laquelle les étudiants ont été confrontés. Il s'agit de repérer la compréhension et le repérage des dimensions significatives des tâches infirmières : tâche et sous-tâches, buts à poursuivre, opérations à conduire, savoirs à mobiliser, niveaux de performance à atteindre. La carte mentale produite par chaque étudiant, en fin d'année, est comparée à la carte de référence produite par les formateurs, experts en soins infirmiers.
- Une auto-analyse rend compte de l'activité lors d'une situation emblématique de soins en cours d'année. Sous forme de carte mentale, l'auto-analyse fait apparaître synthétiquement les éléments principaux de l'organisation cognitive de l'activité. Les éléments de connaissance et de méthodes se combinent avec des ressources cognitives pour s'adapter aux caractéristiques de l'environnement, du patient, des moyens disponibles effectivement lors de l'action. L'enjeu est ici de construire un outil fidèle au construit que l'on recherche et suffisamment sensible pour montrer des variations dans le temps.
- Un questionnaire d'internalité / externalité est proposé aux étudiants pour tester les attributions causales développées en situation problématique. Le questionnaire est passé à la fin de chaque année. Des réponses authentiques et sincères, ainsi que le demandent les consignes du questionnaire, devraient s'orienter, à mesure que la formation se poursuit, vers des attributions causales internes. Nous considérons par hypothèse que la socialisation professionnelle s'accompagne de la construction de la norme d'internalité, présente dans les métiers du soin. Partager cette norme est de bon pronostic s'il s'agit de faire reconnaître ses compétences par la hiérarchie et ses collègues.
- Le même questionnaire annuel sert à tester le niveau de clairvoyance normative des étudiants. Cette fois, les étudiants ne doivent pas répondre de manière authentique mais de façon sur normative dans un premier temps et contre normative ensuite. Le contraste des réponses renseigne sur la connaissance des normes et du contexte de travail par les étudiants et sur leur capacité à se positionner stratégiquement, conforme ou déviant, dans leur environnement.
- Le portfolio rassemble les évaluations des tuteurs de stage et leur perception des performances des étudiants. La forme du portfolio contraint les tuteurs à se prononcer de manière globale et lapidaire. Dans ces conditions, l'évaluation porte tout autant sur les performances des étudiants que sur leurs caractéristiques personnelles en situation.

Des entretiens biographiques complémentaires, avec quelques étudiants, restitueront la dynamique globale de la construction des compétences. Dans le cas qui nous intéresse, nous devons considérer qu'une simple addition de variables ne permet pas de comprendre la combinatoire dynamique de l'ensemble. Cette précaution méthodologique est d'autant plus nécessaire que nous ne connaissons pas la contribution relative de chacune de ces variables.

Les formateurs, responsables de tel ou tel recueil, assurent la première mise en forme des données et les communiquent à l'ensemble de l'équipe et au chercheur, en charge de la réalisation

---

<sup>1</sup> Il a été décidé, en outre, qu'un dispositif d'évaluation des enseignements serait opérationnalisé. Chaque unité d'enseignement ferait l'objet d'un court questionnaire pour recueillir des informations sur les dimensions structurantes du dispositif de formation, telles que la conformité des attentes personnelles aux objectifs proposés, l'adéquation et la pertinence des modalités pédagogiques eu égard aux objectifs ainsi que l'estimation des résultats d'apprentissage et le transfert de ces apprentissages en situation professionnelle. Ce recueil de données contribuera au pilotage du dispositif et à l'amélioration continue de la prestation pédagogique.



générale. Trois rapports d'étape annuels sont nécessaires pour le suivi longitudinal de la cohorte d'étudiants.

Certains résultats partiels peuvent aussi être diffusés aux étudiants dans le cadre du conseil de vie étudiante. La recherche remplit ainsi les conditions éthiques nécessaires au processus de recherche et d'évaluation.

Il apparaît, que dès le début de la démarche, les formateurs se sont engagés de manière très volontariste dans la construction des nouvelles modalités de formation et d'évaluation des compétences. Pour l'équipe, cette recherche est perçue comme une étape supplémentaire dans leur professionnalisation de formateur, un moyen de valoriser le travail accompli et un facteur de construction de leur auto-efficacité collective au travail. Les étudiants se disent intéressés par cette démarche d'évaluation, ils y voient une sorte de feed-back collectif indispensable pour progresser dans leurs apprentissages.

Ces outils d'évaluation permettent de répondre à la question : « L'approche par les compétences forme-t-elle effectivement les compétences en soins infirmiers ? ». De plus, les régulations introduites par ces outils améliorent les feedbacks sur les apprentissages, rendent possible le pilotage transversal des formations par les compétences des aides-soignants et infirmiers et autorisent une comparaison pertinente au sein des politiques nationales désormais cohérentes avec la réforme des cursus européens.

## Bibliographie

- BANDURA, A. (2001). Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1 - 26.
- BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- DEJOURS, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris: INRA Éditions.
- DEPOVER, C & NOEL, B. (dir.). (1999). *L'évaluation des compétences et des processus cognitifs. Modèles, pratiques et contextes*. Bruxelles: De Boeck.
- ENLART, S. (2007). Compétences sociales et relationnelles et contextes professionnels. In THIBERGE B. (Ed.), *La question des compétences sociales et relationnelles. Points de vue de praticiens*. Paris: L'Harmattan.
- ESTRYN-BÉHAR, M. (2001). Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels et l'activité de travail réelle des soignants *Actualité et dossier en santé publique* (35), 71-73.
- JASSERON, C., ESTRYN-BEHAR, M., LE NEZET, O., RAHHALI, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête PREST/NEXT. *Recherches en soins infirmiers*(85).
- JÉZEGOU, A. (2010). Diriger, par soi-même, sa formation et ses apprentissages. In *Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en oeuvre ?* Bruxelles: De Boeck.
- JONNAERT, P. (2006). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles: De Boeck.
- JOULE, R-V. & BEAUVOIS, J-L. (1998). *La soumission librement consentie*. Paris: Presses universitaires de France.
- KIRKPATRICK ,D. & KIRKPATRICK, J. (2005 ). *Evaluating training programs. The four levels* (3eme ed.). San-Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- NAGELS, M. (2009). Évaluer des compétences ou des performances ? Une distinction opérationnelle en gestion des ressources humaines. In *Actes du 21e colloque de l'ADMEE-Europe, 21-23 janvier 2009*. Louvain-La-Neuve: ADMEE.
- NAGELS, M. (2010). Analyse de l'activité infirmière : ses effets sur l'auto-efficacité collective de cadres formateurs confrontés au changement. In Elsevier Masson SAS (Ed.), *Savoirs et soins infirmiers* (Vol. 60-010-O-10). Paris.
- PANSU, P., PY, J., SOMAT, A. (2003). Application des travaux sur la clairvoyance normative dans le cadre des formations pour demandeurs d'emploi. In *Congrès National de la Société Française de Psychologie, 24/26 septembre*. Poitiers.
- PASTRÉ, P. (2005). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In RABARDEL P., PASTRÉ P. (Dir.) (Ed.), *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Octarès.
- PASTRÉ, P. (2011). *La didactique professionnelle*. Paris: PUF.

- PASTRÉ, P., MAYEN, P., VERGNAUD, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- PY, J., SOMAT, A. (1991). Normativité, conformité et clairvoyance : leurs effets sur le jugement évaluatif. In BEAUVOIS J-L., JOULE, MONTEIL J-M. (Ed.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Fribourg: Delval.
- VERGNAUD, G. (2006). Une approche cognitive des compétences et de l'activité. In Université de Bretagne (Ed.), *Compétences, emploi et enseignement supérieur. L'enseignement supérieur prépare-t-il à l'emploi ?* Rennes.
- WITTORSKI, R. (2005). La contribution de l'analyse des pratiques à la professionnalisation des enseignants. In WITTORSKI R. (Coord.) (Ed.), *Formation, travail et professionnalisation*. Paris: L'Harmattan.
- ZARIFIAN, P. (2001). *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Paris: Liaisons.