

IIème PARTIE

LES MODALITES D'EVALUATION DU PROGRAMME de 1972

CHAPITRE III

Evolution des épreuves imposées

Ange gardien du malade, serviteur bien dressé du médecin, agent d'application des décisions administratives, responsable de l'hygiène et du confort de l'hospitalisé, technicienne intelligente, parfois capable d'un rôle psychologique, comment cet ancien personnage, l'infirmière, va-t-elle pénétrer dans cette zone vaste et incertaine décrite dans l'introduction du "nouveau programme" de 1972 ? (il est notoire que ce programme garda sa dénomination de "nouveau" pendant les sept années de sa carrière).

Les programmes d'études disposent d'un moyen puissant de renforcement : les examens.

Ferdinand Buisson en disait ceci ⁽¹⁾ :

"De tout ce qui précède, on conclura sans doute que l'examen, selon qu'il est organisé et pratiqué, influe puissamment sur l'éducation. Bien compris et bien conduit, il peut à la longue corriger en grande partie un système d'études vicieux ou défectueux; mal constitué ou mal administré, il peut fausser la direction du meilleur plan d'études, aggraver le vice des programmes, frapper de stérilité l'intelligence des jeunes gens. L'institution est nécessaire : mais elle peut être une gêne étouffante, une incitation à la vie et une cause de santé ou une cause morbide continue : tout dépend de l'esprit qui l'anime".

Evolution Générale

Or, non seulement les examens furent mobilisés dans ce cas, mais aussi l'évaluation continue. Etait-ce une innovation ? Pas tout-à-fait; nous avons déjà remarqué qu'en 1924, dans le premier énoncé des épreuves du diplôme d'Etat, les stages étaient pris en compte. Ils constituaient une épreuve sur titres, éliminatoire, préalable aux épreuves pratiques et théoriques. Par la suite, les arrêtés du 29 Mai 1942 et du 8 Avril 1954 prévoyaient que les livrets scolaires seraient mis à la disposition du jury.

1) BUISSON F. - Dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire

L'arrêté du 23 Mai 1961 ajoutait : "le jury peut refuser aux candidats qui n'auront pas accompli l'intégralité des stages réglementaires, ou dont les notes se seraient révélées notoirement insuffisantes, le droit de subir les épreuves".

C'est l'arrêté du 26 Mars 1969 qui instaure l'évaluation continue, du reste sans créer de remous.

"Les notes obtenues aux épreuves théoriques subies au cours de la première... et... de la deuxième année... les notes de stages" "seront prises en considération" pour moitié dans les résultats de l'examen de passage de 1ère ou 2ème année, puis du diplôme d'Etat.

Cette introduction provenait d'une demande générale, aussi bien des élèves que des enseignants. Nous retrouvons dans des tracts de 1968 ceci : "il serait souhaitable qu'une prise en considération des notes scolaires et des appréciations de stages portant sur deux années d'études soit faite systématiquement".

Alors, qu'y avait-il de nouveau en 1972 et quels en ont été les effets ? Tel est l'objet de ce chapitre.

Après un tableau comparatif des épreuves prévues en 1961, 1969 et 1972, nous présenterons les formes d'épreuves imposées en les analysant, puis en voyant les problèmes d'applications soulevés dans des écoles. Enfin, certains travaux et expériences qui s'y appliquent.

1961 - Epreuves écrites

Examen de passage (depuis 1954)

Diplôme d'Etat

a. trois questions en trois heures sur : médecine générale ou obstétrique ou puériculture	30	mêmes sujets pour tous les centres. trois heures : deux séries de questions de médecine	20
b. hygiène et prophylaxie . 2 heures	20	trois heures : deux séries de ques- tions de chirurgie	20

Epreuves pratiques

a. soins aux malades dans un service hospitalier	20	trois épreuves dont deux de soins . soins en médecine adulte	20
b. épreuve à la salle de démonstration de l'école	20	. chirurgie: soins ou salle d'opér. . médecine infantile: soins ou diététique	20

ADMISSIBILITE 45

ADMISSIBILITE 60

Oraux

anatomie physiologie	10	médecine adulte	10
médecine	10	chirurgie	10
chirurgie	10	puériculture et médecine infantile	10
obstétrique	10	obstétrique et nouveaux-nés	10
puériculture et pédiatrie	10	hygiène et prophylaxie	10
hygiène et prophylaxie	10	pharmacie	10
aide sociale ou morale professionnelle	10	administration hospitalière assist. déontologie, psychologie du malade	10

RECU 80

RECU 90 - AB 130 - B 140 - TB 160

1969 - Epreuves écrites

Examen de passage

Diplôme d'Etat

1° une heure : médecine	10	trois heures : 2 séries de questions au choix de médecine	20
une heure;obstétrique	10	trois heures : mêmes disposition :	20
une heure;puériculture et pédiatrie	10	chirurgie	20
2° notes théoriques en cours d'année	30	notes théoriques en cours d'année	20

Epreuves pratiques

1° a) soins de base aux malades dans un service hospitalier	20	soins en médecine en service hospitalier adulte ou enfant	20
b) diététique infantile	10	idem en chirurgie	20
2° moyenne des notes de stages de 1ère ann.	30	moyenne des notes de stage	20

ADMISSIBILITE 50

ADMISSIBILITE 60

Oraux

Anatomie et physiologie	20	Administration hospitalière et aide sociale	10
chirurgie	20	déontologie professionnelle	10
hygiène et prophylaxie	20	pharmacie (surveillance thérapeutique)	10

PASSAGE 90

RECU 75

Epreuves du programme de 1972

Contrôles continus et examens du diplôme d'Etat d'infirmier

Contrôle continu des connaissances et aptitudes		Examen de passage en 2e année	
arrêté du 9.2.73 : art. 1 chaque période donne lieu à une évaluation. Celle-ci fait objet d'une note, affichée		3h. écrit - choix entre 2 sujets situation concrète à analyser	
première période - 16 semaines - 4	} 20	indiquer soins	40
2 écrits (1)			
2 épreuves de soins inf.	} 20	1h. pratique - soins à 1 personne la présenter, prévoir, organiser, exécuter l'un des soins transmettre	40
deuxième période - 16 semaines - 4			
2 écrits			
2 épreuves de soins infirm.	} 10	admissibilité 65	80
stages			
9 notes	50		
arrêté du 18.11.74		<u>Examen du diplôme d'Etat</u>	
troisième période : 16 semaines : 4	) 20	1° écrit choix entre 2 sujets	30
2 écrits			
1 épreuve de soins infirmiers	) 10	4h. situation concrète... déduire les soins infirmiers pour 2 ou 3 personnes . organiser	30
stages			
quatrième période : 16 semaines : 4	) 20	2° écrit	30
2 écrits			
1 épreuve de soins inf.	) 10	Pratique	10
stages			
cinquième période : 11 semaines : 3	) 10	analyse de la situation d'une personne problèmes, soins, réalisation d'1 partie	20
1 écrit			
1 épreuve de soins infirmiers	) 10	ou :	20
stages			
sixième période :	2	art. 11. si les épreuves * ont une moyenne 7/10, dispense de l'épreuve pratique : épreuves : 10 stage : 20	
travail écrit personnel	10		
stages	10		
un stage temps complet après 2e période	10		
stage temps complet après 2e période	10		

24 notes minimum au total

$\frac{120}{4} =$

reçu 60

90

1) les écrits sont toujours anonymes

Nous examinerons la désignation et le libellé des épreuves, ainsi que le nombre imposé.

Evolution des épreuves écrites

- Désignation des épreuves écrites du diplôme d'Etat

Depuis que le diplôme d'Etat existait, la désignation des épreuves était simple; il s'agissait de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, et en pratique, de soins en médecine, en médecine infantile...

Même dans le texte de 1969, élaboré alors que le programme qui devait être appliqué en 1972 était pratiquement déjà rédigé, il n'y a aucune ambiguïté.

- Les sujets des épreuves écrites

Par contre, le libellé des épreuves a subi des variations et une certaine évolution jusqu'en 1972.

On peut classer en trois catégories les libellés des sujets d'examen entre 1941, date où il y eut des sujets donnés à l'échelon national et 1973.

1. les questions médicales

ex. : octobre 1958 1ère série A la coqueluche
B décrire l'évolution normale d'une primo-vaccination variolique réussie

juin 1966 : les manifestations de la lithiase biliaire - examens à prévoir - symptômes à rechercher et surveiller

2. les sujets supposant une action professionnelle à déduire des données médicales, sous forme de : rôle de l'infirmière, soins, surveillance

ex : octobre 1955 rôle de l'infirmière dans la surveillance d'un malade présentant un ictère

octobre 1960 - après une description rapide des principaux signes de l'insuffisance cardiaque globale, indiquer le rôle de l'infirmière dans la surveillance et le traitement du malade

juin 1960. - soins pré et post-opératoires d'un malade opéré d'une gastrectomie subtotale pour ulcère

juin 1965. - la crise d'œdème aiguë du poumon description sommaire et premiers soins - rôle de l'infirmière

3. les sujets personnalisés, ceux où l'on précise le sexe, l'âge approximatif ou exact, des éléments sur les circonstances ou le contexte. Avant 1969, un tel libellé est très rare, on en trouve 4 à 5 en 30 ans.
- ex : octobre 1956 : une femme de 80 ans atteinte de fracture du col du fémur vient d'être enclouée - contrôle et régime, rééducation

Par année, 16 sujets sont offerts aux candidats : deux séries de deux sujets au choix en médecine et en chirurgie, à la session d'octobre, la session principale, et autant en juin.

En 1969, 4 sujets sont ainsi libellés sur 16, 5 en 1971.

Ainsi :

juin 1971. - à la suite d'une hospitalisation au cours de laquelle le diagnostic de diabète a été établi, une malade de 45 ans doit rentrer chez elle. Le diabète est équilibré avec une injection quotidienne de 20 U d'insuline retard et un régime. - éducation de cette malade en vue de sa sortie (1).

A partir de 1972-73 survient la précision des épreuves et la gradation de leur complexité au cours même des études.

En fait, il s'agit, sans que cela soit clairement dit, d'un changement de sens du mot soins. Auparavant, "soins" recouvrait des gestes appris, effectués pour appliquer un traitement médical prescrit, par exemple les "piqûres", ou pour "l'hygiène ou le confort de l'hospitalisé" (2). Cela recouvrait aussi par extension la surveillance des traitements découlant de la pathologie et de la thérapeutique. Par exemple : l'expression "soins pré et post-opératoires".

A partir de 1972, l'adjectif infirmier sera accolé et l'expression "soins infirmiers" au pluriel signifiera l'ensemble des actions résultant d'un jugement professionnel prenant en compte l'état de la personne soignée, ses besoins, les problèmes qui lui sont posés par sa maladie ou son état de santé, et par le traitement médical, son environnement, sa capacité de soigner et les ressources du milieu familial ou hospitalier pour répondre aux besoins ou résoudre les problèmes. Malheureusement, les définitions légales de l'introduction du texte des études et du code de la santé se centreront sur le rôle de l'infirmière, sur le personnage professionnel et sur ses qualités personnelles, plutôt que

1) Annales extraites du mémoire de N. BUREAU Nantes 1974

2) texte introductif du programme de 1961 - Annexe X

sur les actions attendues par la population, par les "personnes soignées".

- Les épreuves de soins infirmiers (1)

Ce sera le mérite des épreuves de contrôle continu et d'examen d'avoir précisé ce qu'étaient les soins infirmiers. Voyons-les de plus près :

- la première description concerne les épreuves de soins infirmiers de première et deuxième période (arrêté 9/2/73 - articles 3 et 4)

"ces épreuves doivent permettre d'apprécier l'aptitude de l'élève à observer, recueillir les informations indispensables établir les liaisons significatives entre les diverses informations recueillies et à exécuter les soins infirmiers appropriés".

Si l'aspect méthodologique est bien indiqué, le contenu ne l'est pas encore; comment distinguer ce qui est "indispensable" de ce qui ne l'est pas, par exemple.

L'épreuve pratique de l'examen de passage sera plus explicite (art. 7) :

"l'épreuve pratique doit permettre d'évaluer la compétence de l'élève auprès du malade".

"l'élève doit : présenter la personne dont il s'occupe, prévoir et organiser les soins infirmiers nécessités par son état, exécuter l'un de ces soins, transmettre les éléments jugés importants..."

Cependant, il n'est prévu qu'une durée d'une heure pour une telle épreuve, dont seulement trente minutes de préparation. Enfin, l'épreuve écrite de l'examen de passage sera elle aussi posée sous une forme nouvelle :

"Art. 6. ...les sujets doivent être rédigés sous forme d'une situation concrète avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève puisse, en faisant appel aux connaissances acquises, analyser la situation et indiquer les soins infirmiers nécessaires".

En deuxième et troisième année, les épreuves de soins infirmiers correspondent aux mêmes définitions. Le diplôme d'Etat apportera une complexité supplémentaire.

"Art. 9. ... les sujets de la première épreuve (écrite) doivent évoquer une situation concrète avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève puisse en déduire les soins infirmiers nécessaires à deux ou trois personnes, et exposer l'organisation de ces soins".

Il s'agit de se rapprocher d'une situation réelle.

"Art. 10. ... l'épreuve pratique de soins infirmiers comprend l'analyse de la situation d'une personne : besoins, ressources, environnement familial et social, l'exposé des problèmes posés et des soins infirmiers nécessaires à court et long terme, ainsi que les transmissions à prévoir, la réalisation d'une partie de ces soins".

Cette épreuve d'une durée maximale d'une heure trente minutes, dont quarante cinq à soixante minutes de préparation, a lieu, dans la mesure du possible, "dans un service où le candidat a été en stage".

Nous avons ici, nous semble-t-il, pour la première fois dans un texte officiel, la nouvelle définition des soins infirmiers, une définition opérationnelle.

D'autres épreuves dont nous n'avons pas encore parlé, ne participent pas à cette redéfinition professionnelle.

La deuxième épreuve écrite du diplôme d'Etat consistant en "10 à 20 questions... dont au moins deux sur les thérapeutiques médicamenteuses. Cette épreuve permet de vérifier les connaissances acquises au cours de la scolarité". Elle remplace les oraux.

Depuis 1961, l'oral s'était amenuisé; 9 épreuves alors, et 8 en fin de première année. En 1969, 3 épreuves seulement en fin de 1ère année et 3 différentes au diplôme d'Etat.

Entre l'écrit plus les pratiques et l'oral prenait place une admissibilité. Cette dernière est donc supprimée.

Tous les candidats effectuent les deux écrits. Ceux qui ont une note moyenne ou supérieure à 7 sur 10 à l'ensemble des épreuves de soins infirmiers de la troisième, quatrième et cinquième période, ainsi qu'au stage de la sixième période sont dispensés de l'épreuve pratique. La plupart des candidats qui atteignent cette moyenne ont donc au moment du diplôme d'Etat, deux épreuves écrites à passer : la "situation concrète" et 10 à 20 questions, chacune ayant le même poids de note : 30. Voici les épreuves données en 1975, à titre d'exemple.

Il s'agit donc de la première série de la nouvelle formule :

Examen du diplôme d'Etat

Les épreuves écrites de la première session du diplôme d'Etat, nouvelle manière, ont eu lieu les 22 et 23 janvier. On trouvera ci-dessous le texte des sujets proposés aux candidats.

I° Epreuve, durée 4h. cotation 30 points. Traitez l'un des deux sujets suivants

1^{er} sujet :

Vous êtes infirmière de nuit en service de chirurgie générale. Vous travaillez le 22 janvier de 22 heures à 6 heures avec une élève de fin de 5^e période et une aide-soignante.

1^{er} cas : Monsieur X, 23 ans, étudiant, célibataire, ayant eu un accident de moto, a été hospitalisé à 21 heures.

A l'entrée, l'interrogatoire et l'examen clinique révèlent : un traumatisme crânien avec perte de connaissance sur les lieux de l'accident.

Malgré la reprise de conscience complète son état nécessite une surveillance stricte. Vers 2 heures, vous observez que votre blessé présente une agitation et se plaint de douleurs au bas ventre. Le blessé n'a pas uriné depuis son entrée. A l'examen, l'interne suspecte une rupture de vessie. Il pratique un sondage qui révèle une hématurie, il laisse s'écouler 25 ml de liquide. Après clampage de la sonde, il demande les résultats des groupages et de la numération - formule sanguine (NFS).

Une transfusion de 400 ml est posée. L'intervention exploratrice est prévue pour 3 heures. Le malade revient de la salle d'opération à 5 heures, après assèchement du péritoine, suture de la vessie et muni de sa sonde urétrale.

2^e cas : Monsieur Y, 30 ans, père de 3 enfants, cuisinier, a fait une chute dans l'escalier de l'établissement dans lequel il travaille. Il est hospitalisé depuis 10 jours pour plaie importante du genou droit. Il fait une phlébite du même côté, et est traité par perfusion continue d'HEPARINE depuis le 22 janvier à 15 heures (soit 250 ml de glucosé isotonique + 100 mg d'HEPARINE par 6 heures).

1) Compte tenu des informations qui vous sont données, quels sont les problèmes spécifiques à chacune de ces personnes.
Pour chacun d'eux : en faire l'analyse déterminer les buts à atteindre déduire les soins infirmiers correspondants.

2) Etablir la planification des soins infirmiers à faire à ces deux malades pour la nuit du 22 au 23 janvier.

2^e sujet :

Infirmière dans un service de médecine générale, vous avez à prévoir et organiser les soins pour deux malades sachant que vous travaillez avec une élève de 6^e période de 7 heures à 12 heures 30 et que l'autre équipe commence à 12 heures.

1^{er} cas : Monsieur A, 45 ans, garçon de café, est admis ce matin à 8 heures en urgence pour une hémorragie digestive ; il a une cirrhose éthylique. Il présente une hémathémèse et un méléna important.

Après avoir demandé des examens systématiques sanguins et urinaires, le médecin pose une sonde de Blakemore. Il prescrit le traitement suivant :

- 2 x 500 cc de sang isogroupe,
- 1 000 cc de glucose à 10 % avec deux flacons d'Adrénosyl (50 mg),
- Dicynone (à 0.250 g) une ampoule toutes les 6 heures 1/V,
- Replilase 1 ampoule 1/V toutes les 6 heures,
- Vitamine K1 à 20 mg 1 ampoule 1/M deux fois par jour,
- Lavage d'estomac à la seringue avec de l'eau glacée contenant 2 ampoules de Capramol buvable par litre, toutes les 2 heures,
- Lavement évacuateur trois fois par jour.

2^e cas : Monsieur B, 40 ans, célibataire, ouvrier en bâtiment, admis il y a trois semaines pour un coma acidotique a été réanimé et rééquilibré. Le médecin prévoit sa sortie dans trois jours ; le traitement actuel est : 30 unités d'insuline Novo-lente le matin et régime diabétique.

Sachant que Monsieur B avait été traité avant cet accident par des sulfamides hypoglycémisants, quels sont les conseils que vous lui donnerez dans la perspective de sa sortie ?

1) Compte tenu des informations qui vous sont données, quels sont les problèmes spécifiques à chacune de ces personnes.
Pour chacun d'eux : en faire l'analyse déterminer les buts à atteindre déduire les soins infirmiers correspondants.

2) Etablir la planification des soins infirmiers à faire à ces deux malades.

II° Epreuve, durée 3h. cotation 30 points. Nombre de questions : 14

I. - Législation, administration, déontologie (4 questions).

1 - Un fils fait admettre à l'hôpital son père, âgé de 80 ans, et dans un état comateux.

Le malade a sur lui une somme d'argent assez importante et différents bijoux.

Quelle est la règle administrative qui prescrit, dans ce cas, la conduite à tenir par l'infirmière ? (2 points).

2 - Quelle démarche l'infirmière diplômée doit-elle effectuer auprès de la Préfecture du lieu où elle compte exercer sa profession ? (1 point).

3 - Une malade hospitalisée dans le service où vous êtes infirmière reçoit la visite d'une amie ; celle-ci vous demande de lui donner des précisions sur l'état de la malade et le traitement qu'elle subit. Elle vous indique qu'elle est chargée de transmettre ces informations à la famille de la malade.
Que faites-vous ? (2 points).

4 - Quelle est la différence entre l'Aide-Soignante et l'Agent des Services Hospitaliers au niveau de

la formation et du travail effectué dans le service ? (2 points).

II. - Surveillance thérapeutique (pharmacie) - 3 questions.

1 - Un malade doit prendre 1,2 mg de digitaline dans la semaine. Le médecin prescrit 15 gouttes de solution alcoolique de digitaline par jour.

a) sachant que 50 gouttes de la solution alcoolique administrée contiennent 1 mg de digitaline, pendant combien de jours le malade doit-il prendre ses 15 gouttes quotidiennes ?
b) quelle surveillance nécessite ce traitement ? (3 points).

2 - Comment procédez-vous à l'injection à un blessé du sérum antitétanique ?
Pourquoi ces précautions ? (2 points).

3 - Vous êtes chargée de ranger la commande de pharmacie qui se compose de :

Fortal - Indocid - Tromexane - Gentalline - Digitaline.
Cette commande doit être rangée par tableau et pour cela vous êtes

aidée par une élève infirmière de 1^{re} année à qui vous expliquez la classe médicamenteuse (2 points).

III. - Examens - (3 questions).

1 - Une série d'hémoculture vous est demandée pour une malade en hyperthermie oscillante depuis 48 heures.

Que faites-vous et pourquoi ? (2 points).

2 - Les éléments figurés du sang : numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes doivent régulièrement être surveillés chez de nombreux malades.

Quels sont les résultats normaux de ces trois examens ? (pour un adulte) (2 points).

3 - Une hyperglycémie provoquée est prescrite chez une femme obèse de 45 ans, suspecte de diabète. Expliquez-lui en quoi consiste cet examen. (2 points).

IV. - Pathologie médico-chirurgicale - 4 questions.

1 - Vous êtes infirmière dans un

service de pédiatrie. Vous recevez un nourrisson de 2 mois 1/2 pesant 4,500 kg nourri au lait en poudre reconstitué à 15 %.

Préparez son 1^{er} biberon sachant que cet enfant est à 5 repas par jour (1 point).

2 - Vous êtes chargée de surveiller une malade atteinte d'insuffisance cardiaque globale. Indiquez les éléments importants que vous serez amenée à noter sur la feuille de surveillance et pourquoi ? (3 points).

3 - Votre voisine doit amener son bébé au dispensaire pour lui faire effectuer la vaccination antivaricelleuse. Elle s'inquiète et vous demande des explications sur cette vaccination et les précautions à prendre. Que lui répondez-vous ? (2 points).

4 - Vous êtes chargée de la surveillance d'un blessé arrivé d'urgence pour contusion abdominale violente, sans plaie de l'abdomen. Que doit comporter sa feuille d'observations ?
Quelles complications sont à craindre ? (4 points).

- Le nombre

Chaque élève est donc soumise à un minimum de 24 épreuves en cours d'étude plus quatre ou cinq lors des examens.

Franchissons la porte de quelques écoles pour observer comment le système évaluatif a fonctionné. Nous verrons notamment que certaines épreuves ont été multipliées. Ce faisant, nous voulons souligner une distinction essentielle. Il ne faut pas confondre les textes officiels réglementant les évaluations et les réalisations différentes qu'en font les écoles. Quelle que soit la précision des épreuves que nous verrons, les écoles détiennent une part d'interprétation et une marge d'autonomie importante.

Ce fait a deux conséquences. En premier, dans une période de transition d'une conception à une autre, il est probable que de nombreuses écoles continueront à interpréter les textes dans le sens antérieur, connu et appliqué par elles. En conséquence, ceux qui ont contribué à l'introduction de conceptions différentes, responsables ministériels et surtout membres professionnels des commissions de travail, ont tendance à vouloir accroître la réglementation pour imposer l'évolution souhaitée. Or cela alourdit le système de formation et diminue la part d'initiative des enseignants, donc les chances que ces derniers puissent repenser par eux-mêmes et réaliser les conceptions nouvelles. Nous y voyons là un engrenage dans lequel nous sommes déjà engagés.

Il faut donc distinguer le dénominateur commun entre les écoles que constitue un programme et les textes des examens, de la traduction qu'en fait chaque école, source d'évolution du système de formation.

C'est pourquoi après avoir décrit les réalisations qu'en ont faites quelques écoles, nous verrons deux sortes de prolongements. Les uns portant sur la réglementation officielle, les autres portant sur une étude plus approfondie des conceptions pédagogiques qui sous-tendent les pratiques évaluatives.

CHAPITRE IV

Les questions écrites

Schéma de présentation

Nous présenterons une description suivie d'une analyse critique sur quatre modalités d'évaluation, à savoir : les contrôles des connaissances sous forme de petites questions, les devoirs de soins infirmiers, les épreuves pratiques de soins infirmiers appelées plan de soin et exécution d'un soin, les fiches de stage.

Pour chaque évaluation, nous suivrons le même plan :

1. Description des modalités, éventuellement suivie d'un exemple,
2. Avis des élèves recueilli au cours de travaux de groupe, précédés ou non d'un questionnaire ouvert posant les questions suivantes :

à mon avis les (petites questions) ou autres sont...
parce que...

si j'avais tout pouvoir sur cette épreuve, je...

une minute pour répondre à chaque question.

Au bout de 20 minutes, lecture des trois réponses sur le même sujet, en tournant, sans commentaire;

ensuite, discussion de dix minutes sur les réponses.

Avis des enseignants recueilli au cours de travaux sur ces sujets sans procédure particulière.

3. Présentation pour chaque épreuve d'une étude plus systématique; soit un mémoire d'école de cadres ou d'un étudiant en docimologie⁽¹⁾, soit une expérimentation réalisée par nous-même.
4. Discussion sur la valeur docimologique de la modalité d'évaluation en utilisant les critères suivants, sa validité, sa fiabilité, sa maniabilité,
5. En résumé, les forces et les faiblesses de cette modalité.

Tout ceci s'appuie sur trois sources : l'observation directe et des entretiens dans trois écoles d'infirmières

(1) La Docimologie est une science qui a pour objet l'étude systématique des examens - PIERON H, Examens et docimologie .

variant de trente à cent vingt élèves par promotion; des expériences réalisées par les monitrices de deux de ces écoles et de deux autres écoles; des mémoires sur le sujet, ainsi que des publications.

Description des modalités

Dès le début des études, au fur et à mesure que l'enseignement théorique se déroule, des séries de questions brèves, le plus souvent à réponses rédigées, parfois à choix multiple, sont posées. Dans trois écoles, ce genre d'évaluation est prévu dès le début de la période; il a souvent lieu tous les quinze jours à jour fixe. Les réponses sont soit notées, soit parfois non notées, mais alors les élèves le savent. A partir de la fin ou du milieu de la 1ère période ces questions alternent avec des devoirs consistant en un grand sujet à rédiger se rapprochant des formes des examens.

Objectifs des petites questions

Apprendre des connaissances, en particulier d'anatomie, de physiologie au début, puis de pathologie, de thérapeutique ou des sujets correspondant à l'examen ensuite.
Montrer connaissance et compréhension.

Avis des élèves

Ce sont de bonnes épreuves qui permettent de faire le point des connaissances. Elles permettent d'utiliser le vocabulaire avec plus d'assurance dans les stages. Il serait souhaitable de conserver le rythme du début pendant toutes les études.

Ou bien ce sont de bonnes épreuves mais elles ne représentent pas la connaissance sur un sujet; trop morcelées, trop liées à la note (¼ des élèves émet des restrictions).

Avis d'enseignants différents dans les trois écoles citées :

A. Il s'agit d'exercices de mémoire. Cela a peu d'importance. Les élèves attachent trop d'importance à la note.

B. Les élèves sortent de la première période conditionnées par les notes, ce qui ne fait qu'accentuer leurs habitudes scolaires de l'enseignement secondaire.

- C. Les jeunes monitrices se rassurent en multipliant ces épreuves (dit par une directrice, et dans une autre école par une monitrice).
- D. Ces questions sont très utiles. Elles obligent les élèves à travailler, elles sont plus vite corrigées que les devoirs et plus faciles à corriger; elles nous permettent de voir qui suit et qui ne suit pas. Cela stimule les élèves et leur permet de faire le point. Dans l'ensemble cela fait beaucoup de corrections.
- E. Ces questions avec des grilles de cotations précises sont gênantes, on ne peut tenir compte de l'originalité de la réponse.

Expériences

Motifs

Avec ce genre d'épreuve, nous sommes dans la catégorie des évaluations dont la réponse est objective ou objectivable. Il y a une bonne réponse par rapport à l'état des connaissances et par rapport à ce qui a été enseigné. Quand l'enseignante corrige les copies, elle s'aperçoit des erreurs et des défauts d'organisation ou plutôt de présentation des connaissances. Elle produit une note par copie et des corrections qui, espère-t-elle, permettront aux élèves qui se sont trompés de corriger leurs erreurs ou de réparer des oublis. Pour être sûre que l'ensemble est bien compris, elle produit souvent un corrigé type. Celui-ci peut être présenté dans la classe avant de rendre les copies, ou alors après en donnant question par question la bonne réponse et les erreurs à ne pas commettre; ou encore il est affiché et le consulte qui veut.

Nous nous sommes posé les questions suivantes :

- . combien de temps ce genre d'épreuve prend-il à l'enseignante par copie, par correction, par préparation, rythme ?
- . que produit-il ? des notes, c'est sûr; produit-il la correction des erreurs qu'escomptent les enseignantes ?

Le temps de correction et ce qu'il produit

Pour y répondre, nous avons demandé à plusieurs monitrices le temps de correction par copie et par ensemble en y ajoutant le temps de composition des questions et de compte-rendu. Voici des résultats qui représentent une concordance entre deux écoles.

- . composition des questions - les monitrices se mettent souvent à 2 et mettent de 1h.30 à 3h. pour composer environ 10 questions.
- . corrections - les monitrices avaient des groupes de 20 élèves dans les deux écoles. Elles mettent environ de 10 à 15 minutes par copie, ce qui représente de 4 à 5 heures; préparer et donner le compte-rendu prend environ 1h.30. Au total, chaque épreuve prend de 7 à 9h.30, si la monitrice a un groupe qui ne dépasse pas 20 élèves.

Une monitrice de 1ère année aura utilisé cette évaluation en moyenne 12 fois dans l'année. Elle y aura donc passé entre 84 et 114 heures, dont 48 à 60 heures de correction.

La plupart des enseignantes effectuent ce travail pendant leurs quarante heures de travail hebdomadaires, certaines n'y parviennent pas et emportent des corrections chez elles.

Que produit le temps de correction ?

Notre hypothèse est que le travail de correction ne produit pas chez l'élève une meilleure connaissance des réponses. Elle provient des théories de l'apprentissage que nous exposerons dans le chapitre suivant et de notre expérience. Pour la vérifier, nous avons demandé à plusieurs enseignantes dans des écoles différentes, de procéder à des expériences.

Premier type d'expérience.

- 1°/ Comme d'habitude, donner et corriger une épreuve de petites questions. En donner résultat et compte-rendu.

2°/ Peu après, soit 6 à 8 jours, sans avoir demandé de réviser à nouveau, poser les mêmes questions, en précisant qu'il s'agit d'une expérience, et en ayant convenu avec les élèves de l'utilisation de la note. Il est possible de ne le refaire qu'avec les élèves qui acceptent. On peut soit reposer toutes les questions, soit seulement celles qui étaient incomprises ou dont les résultats étaient étalés. Un meilleur procédé peut être de reposer quelques questions de ce genre dans une évaluation de synthèse, par exemple en fin de période parce que le sujet aura été à nouveau révisé.

3°/Corriger et comparer les résultats

Voici les résultats :

1ère école :A

- trois monitrices responsables d'un groupe de 70 élèves acceptent de prendre un groupe déjà constitué de 23 élèves et de lui reposer 6 jours après le compte-rendu des questions de physiologie.

le groupe d'élèves non averti à l'avance pouvait refuser de le refaire, une seule ne le refait pas.

les résultats globaux sont les suivants : sur 22 copies perte de 20 points la deuxième fois par rapport à la première, soit perte moyenne de presque un point par copie.

2ème école :⁽¹⁾B

- une autre expérience porte sur un devoir rédigé, de connaissance. 40 élèves composent le 4 avril. Elles ont deux sujets au choix; 25 choisissent le devoir sur le diabète. Le corrigé est rendu le 17 avril; lors d'une épreuve de fin de période, donc après révision, le 30 avril, deux sujets sont à nouveau au choix. l'un des deux est le même sur le diabète; douze le choisissent et parmi elles 11 l'avaient déjà pris au début du mois; le total des notes des 11 montre que le total des notes de la deuxième fois est plus bas de 2 points du premier total.

La monitrice note ceci : "expérience décevante, j'ai retrouvé dans le deuxième devoir une erreur très importante : faire de l'insuline à un malade en coma hypoglycémique. Le sujet est aussi mal lu les deux fois". Par contre, une autre monitrice de la même école procède de la même manière, mais donne le compte-rendu l'avant-veille du deuxième devoir. 1er devoir donné à 40 élèves le 18 avril : 17 élèves prennent le sujet A - compte-rendu le 28 avril. 2ème devoir le 30 avril, le sujet A est redonné : 14 le prennent.

Les différences de notes des 14 élèves entre le premier et le deuxième devoir montrent une différence positive de 18 points, soit une augmentation moyenne de 1 point 3 par élève. Cependant, la monitrice est aussi déçue. Elle dit ceci : "il y a très peu de différence, seule la planification est meilleure. Faire un corrigé type est sans intérêt".

Elle rapporte les réactions des élèves. Quelques-unes ont trouvé que c'était une bonne idée, la plupart ont dit "c'est idiot, alors ça ne sert à rien de réviser" (probablement autre chose que le sujet rendu l'avant-veille).

On sait que l'oubli joue et il semble avoir été un facteur qui pourrait expliquer les différences entre les deux résultats. Mais oubli peut-être, l'erreur signalée par la première monitrice semble plus de l'ordre de l'incompréhension. Ce qui est constant c'est la déception des deux monitrices du résultat de leur travail. Or, corriger ces devoirs prend deux à trois fois plus de temps que des questions. Et elles ont quarante copies. Cela représente 20 à 30 heures de travail.

Deuxième type d'expérience

Par contre, nous avons proposé à un groupe d'enseignantes d'école d'infirmières ou d'aide soignantes de comparer les résultats de ce mode de correction habituel avec une procédure expérimentale consistant à faire corriger par chaque élève sa propre production dans des conditions précises. Cinq enseignantes l'ont fait. Nous n'avons pas précisé le protocole de l'expérience. Les enseignantes ont divisé une promotion en deux, fait corriger par la moitié des élèves leur travail aussitôt après la rédaction.

Elles ont corrigé elles-mêmes l'autre moitié des copies, ont donné le résultat à cette partie du groupe. Elles ont reposé les mêmes questions aux deux groupes peu de jours après. Elles ont comparé la progression des deux groupes. Elles ont constaté alors, que le groupe test et le groupe témoin avaient progressé tous deux très nettement et de façon proche, parfois le groupe supposé témoin plus que le groupe test.

Nous nous trouvons devant un effet appelé effet Hawthorne⁽¹⁾

"Les résultats, positifs ou négatifs ne sont pas dûs aux facteurs expérimentaux, mais à l'effet psychologique que la conscience de participer à une recherche et d'être l'objet d'une attention spéciale exerce sur le sujet ou le groupe expérimental".

Voici le compte-rendu et les commentaires des élèves.

1. - Ecole S (2)

Neuf questions données à deux groupes de force égale. Pour y parvenir les groupes habituels ont été modifiés, ce qui n'a pas été apprécié des intéressées. Les deux groupes font le devoir. Le groupe A est retenu pour faire son corrigé, il le réalise par groupes de trois élèves, et la correction d'ensemble est réalisée avec la monitrice; une grille de cotation est aussi mise au point. La monitrice relève les copies, les contrôle et corrige les travaux du groupe B avec le même corrigé et la grille de correction. 7 jours après, elle rend les copies au groupe B. Elle s'aperçoit que dans l'intervalle le groupe B a préparé son propre corrigé. 15 jours après le devoir, les mêmes questions sont reposées et corrigées par la monitrice. Il est convenu que la note prise en compte pour tout le monde sera la moyenne des deux notes, étant donné que tout le monde a augmenté entre 1 point et 9,75!

2. - Ecole P

Il s'agit de 7 questions de pathologie médico-chirurgicale en 2ème période. Le but de l'évaluation est de se rendre compte des capacités de travail personnel à partir de documents.

1) LANDSHEERE G. de - Introduction à la recherche en éducation - P; 51

2) Annexe XVI

Il est convenu que les notes comptent dans la moyenne générale. Les élèves savaient 15 jours à l'avance qu'il y aurait évaluation.

Les deux groupes sont un peu différents : le groupe expérimental est celui qui travaille mieux. Il est plus facile, il sait et accepte le déroulement. Le groupe témoin est plus traditionnel et plus contestataire, il a demandé à être le groupe témoin.

16 mars devoir - autocorrection par groupe A qui est intéressé

19 mars compte-rendu au groupe B - corrigé type

5 avril re-test - tous avertis - acceptent

Là nous n'avons que des résultats très peu explicites, mais montrant également une progression totale, nettement supérieure du groupe témoin.

. groupe expérimental	: écart des notes 9-15 - moy.	11,88
	7-18,5- "	13,41
. groupe témoin	: écart des notes 5-16,5- "	10,66
	5,5-18,5- "	13,50

différence des moyennes du groupe expérimental	+1,53
" " " du groupe témoin	+2,84

Analyse des expériences

Ces expériences ont été réalisées par des monitrices qui le voulaient bien. Il y avait pour cela le désir de se rendre compte de l'efficacité de leur travail de correction et aussi de participer à une expérience.

Cependant, il fallait que les élèves n'y voient pas un piège, acceptent de refaire le même devoir. Et cela donnait double travail aux monitrices. Tout cela a été accepté et fait.

Mais nous en déduisons qu'on ne peut que réaliser un seul type d'expérience dans une école, les deux groupes se contaminant. Il s'est probablement produit une émulation et le groupe témoin a mis son point d'honneur à surpasser l'autre, tel ce fait à l'école S où le groupe témoin avait fait lui-même son corrigé.

Notre intention était de voir l'effet de la correction dans des conditions aussi proches que possible de la normale, et

aussi de voir avec les enseignantes ce qu'elles en pensaient. C'est ce dernier point qui a été le plus démonstratif auprès des cinq monitrices ayant participé à une expérience unique dans deux écoles. Elles ont ressenti une déception devant des erreurs maintenues ou parfois ajoutées et des améliorations minimales. C'est ce qui paraît le plus regrettable dans les trois écoles ayant tenté l'expérience avec deux groupes. Le manque de démonstration offert par le groupe témoin ne les a pas incitées à remettre en cause leur modalité d'évaluation. Ces expériences ne mettent pas en cause la qualité des questions puisqu'il s'agissait d'une différence de réponse à la même question, corrigée par la même personne, peu de temps après.

Valeur docimologique des épreuves imposées

Il est cependant indispensable d'étudier de plus près ce point. Quelle est la qualité des questions, et donc de l'épreuve elle-même ?

En terme docimologique l'épreuve est-elle valide, fiable, facile ou difficile, discriminative, maniable ?, c'est-à-dire (1) :

- . valide : l'épreuve mesure-t-elle ce qu'elle est supposée mesurer - validité du contenu - les questions ou l'épreuve sont-elle représentatives des connaissances et capacités que les élèves sont supposées avoir acquises ?
validité prédictive, l'épreuve prédit-elle une compétence ultérieure dans le même domaine ?
- . fiable : les résultats d'une même épreuve sont constants s'ils mesurent plusieurs fois le savoir d'une même élève sur un même domaine; en particulier, les résultats sont-ils constants quel que soit le correcteur ? - la plupart des recherches en France ont porté sur ce dernier point appelé: fidélité de correction.
- . difficile : quel est le pourcentage d'élèves qui ont bien répondu à chaque question ?

1) ces définitions sont extraites et résumées de trois ouvrages :

LANDSHEERE G. de - Evaluation continue et examens - Précis de docimologie - p. 165 - 175

THORNDIKE R. - HAGEN E. : Measurement and evaluation in psychology and education - p.160-206

GUILBERT J.J. - Guide pédagogique

- . discriminative : dans quelle mesure chaque question a permis de distinguer les élèves forts et faibles dans la matière ?
- . maniable : quel est le temps pris pour préparer, passer les épreuves, corriger, pour quel résultat ? coût de l'opération ?

Résultats du diplôme d'Etat.

Pour y répondre, nous nous référerons aux travaux statistiques effectués par une commission émanant du Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres, commission appelée "Bureau permanent du programme et des évaluations".

Ce Bureau a effectué un relevé des résultats des diplômes d'Etat en 1977 et en 1978 pour toute la France et leur a appliqué un traitement statistique descriptif.

Les statistiques de 1977⁽¹⁾ portent sur 10.783 candidats, soit 80 % de la population et celles de 1978 sur 11.760 candidats, soit 90 % de la population, ce qui permet d'étendre les résultats à l'ensemble.

Il ressort des résultats, épreuve par épreuve, que seule la deuxième épreuve, questions de connaissance, a des résultats inférieurs à la moyenne. En 1977, 60 % des candidats sont dans ce cas, la moyenne générale est 13,98/30; en 1978, 57 % sont en dessous de la moyenne; la moyenne générale est 14,10/30. La première épreuve écrite, appelée "situation concrète rédigée" est légèrement au-dessus de la moyenne : 15,30/30 en 1977, 15,93 en 1978.

Enfin en 1977, 48,6 % des candidats reçus n'avaient pas la moyenne aux épreuves écrites, et en 1978, 44,4 %.

Il est intéressant de constater une légère amélioration des résultats écrits; le relevé des données provenant des écoles elles-mêmes et la publication des résultats n'y sont probablement pas tout à fait étrangers.

A quoi cette faible moyenne peut-elle être due ? Telle est la première question venant à l'esprit. Nous voulons donner d'abord des réponses d'enseignantes, puis les comparer avec les résultats du mémoire cité sur ce sujet.

(1) Annexe XVIII

Réactions de trois enseignantes

Voyons un échange de points de vue sur ce sujet entre trois enseignantes⁽¹⁾. Il s'agit de trois "tribune libre" publiées dans trois numéros successifs de l'Infirmière enseignante après les résultats du diplôme de 1977.

La première lance un cri d'alarme. Elle déplore que soient reçues au diplôme d'Etat des candidates ayant écrit des erreurs énormes. Or, dans sa région, seulement 5,4 % des candidates ont échoué. On a délivré, dit-elle, de véritables "permis d'inhumer". Elle propose comme solution : note éliminatoire à l'écrit 10/30 au lieu de zéro, épreuve pratique de soins infirmiers obligatoire, modifications dans l'application du nouveau programme.

La seconde reconnaît que les constatations sont les mêmes dans une région différente. Elle voit comme causes les méthodes d'enseignement et l'évaluation continue : "le fait d'entraîner nos élèves à l'élaboration d'un devoir type étude de situation n'a-t-il pas supprimé des contrôles de connaissances faits de questions très précises où il n'est pas possible de s'en sortir si l'on n'a pas la connaissance. Les études sont trop cloisonnées par période, la pédagogie trop orientée par la formule examen. Les notes évaluent l'enseigné et l'enseignante".

La troisième, d'une région éloignée, approuve les critiques énoncées et propose cinq mesures :

"éliminer les mauvais éléments de façon continue au cours de la scolarité,
ne faire qu'une session d'examen de passage et ne pas accepter de rattraper certains élèves... qui représentent la majorité des collés au D.E.,
modifier le déroulement des évaluations et examens en instituant par exemple un examen probatoire en fin de deuxième période et l'examen de passage en fin de troisième période, restreindre les cours des professeurs et laisser plus de place au travail personnel ou collectif,
effectuer un enseignement réel en stage en y allant".

(1) GIACOMETTI N. - "Tribune libre" - Avril 1977 - P. BERNARD "Tribune libre" Mai 1977 - GUILLAUME C. "Tribune libre" Juin 1977 - L'Infirmière enseignante

Chaque correspondante touche les examens, les méthodes d'enseignement et le programme.

Voyons rapidement ces thèmes :

- . examens - l'évaluation continue est inefficace et les examens terminaux sont trop coulants pour la première, donc limitons les réussites du diplôme d'Etat. Les examens orientent les études, dit la seconde, et ils ne sont plus centrés sur l'acquisition des connaissances. Remettons les évaluations de connaissances en honneur, propose-t-elle. L'inefficacité de la sélection sous-tend les propositions de la troisième; installons-la pendant trois périodes, soit un an et demi, ou toute la durée des études.
- . enseignement - la seule remarque de la première concernant l'enseignement est celle-ci : "quelle est la valeur de l'évaluation continue puisqu'au bout de 28 mois il nous est donné de lire pareilles inepties ?... faisons-nous de l'enseignement ou de la démagogie" ?
la seconde, au contraire, tourne essentiellement sa réflexion vers les méthodes d'enseignement et leur orientation par l'évaluation.
la troisième propose des méthodes plus actives que les cours magistraux.
- . programme - le nouveau programme semble surtout visé par le premier article, le troisième trouve que le programme est appliqué de façon disparate et qu'il n'y a pas de liaison inter-école.

Enfin, les trois auteurs appellent les écoles à un travail commun pour remédier à cet état des choses, mais avec intentions qui semblent divergentes. "Revenons à ce que nous faisons avant", "expérimentons", "faisons toutes le même enseignement", diraient-elles probablement.

Ces réactions montrent que la connaissance des données statistiques des résultats a causé un choc qui ne faisait que confirmer un sentiment général de baisse des connaissances. La variété des hypothèses explicatives et des remèdes montre un certain désarroi. Mais aucune n'a mis en cause l'épreuve elle-même.

Mémoire sur la deuxième épreuve écrite du diplôme d'Etat

Allant plus loin et tirant des conclusions qualitatives, une monitrice, Jocelyne Fert, a étudié dans un mémoire⁽¹⁾, un échantillon de 30 copies qu'elle a eues à corriger. Le sujet, la méthode d'étude de son échantillon et les résultats méritent qu'on s'y réfère ici, puisque les épreuves des examens, tant dans leur forme que dans leur contenu influent considérablement^{sur} les épreuves pratiquées en cours d'étude. Ce mémoire émet des réserves fondées quant à la valeur des questions de contrôle des connaissances posées au diplôme d'Etat en 1977. Or, nous avons vu qu'il s'agit en cours d'étude d'une épreuve généralement appréciée positivement par les élèves. Pour les enseignantes, elles la pensent bonne, mais limitée à la "mémorisation", aussi n'en font-elles pas grand cas, tout en l'utilisant fréquemment. Nous retrouverons cette tonalité un peu péjorative attribuée à la mémorisation dans le travail cité. Nous ne discuterons ce point que dans le chapitre prochain, puisqu'ici nous rassemblons seulement des constatations.

Le mémoire cité, en réalisant une étude docimologique de cette épreuve, apporte des résultats intéressants. Il ne s'agit plus d'élèves paresseuses ou mal sélectionnées, ni de l'enseignement, mais de la valeur de l'épreuve.

J. Fert voit bien trois hypothèses possibles : l'épreuve n'est pas valide, les élèves ne reçoivent pas une formation leur permettant de répondre à cette épreuve, ou les élèves ne travaillent pas.

Sans discuter les raisons de son choix, Madame Fert étudie la première hypothèse. C'est en effet la plus fondamentale. Tant que l'on n'a pas clarifié la validité de l'épreuve, les autres hypothèses, largement évoquées par des auteurs précédents sont sans fondement sûr. En effet, si les questions ne permettent pas de se rendre compte du savoir des élèves, tout le reste n'est pas à remettre en question. Il importe donc de s'assurer, en premier lieu, de ce que mesurent ces questions.

(1) FERT J. - De la deuxième épreuve écrite du diplôme d'Etat d'infirmière -

De plus, c'est à partir d'une critique de l'épreuve même qu'il sera possible d'apprendre à améliorer les questions et à mieux s'en servir pour améliorer les autres points.

Résumons son travail :

L'épreuve étudiée, le deuxième écrit du diplôme d'Etat de janvier 1977 est composé de 17 questions⁽¹⁾ Cette épreuve remplace les interrogations orales antérieures et couvre les sujets suivants : 1. pathologie, 2. examens, 3. surveillance thérapeutique, 4. administration - législation - déontologie. Cinq questions ont trait à administration, législation, déontologie, quatre à la surveillance thérapeutique, trois aux examens, et cinq à la pathologie médico-chirurgicale

Sujets touchés par les 17 questions 2e épreuve du DE 77

2e période questions →	cardiologie	pneumologie	maladies infect. Pat 1	orthopédie Pat 4
3e période questions →	gynécologie E1 Pat 2	obstétrique L3	enfant sain Pat 5	pédiatrie
4e période questions →	gastro-entérologie	néphrologie E3	urologie	endocrinologie Pat 4 E2 Pat 5
5e période questions →	neurologie Pat 4 Pat 3	psychiatrie	ORL ophtalmo-dermatologie	hématologie Pat 4

Notons que des questions législatives comme L1, L2, L4 et P1 peuvent être abordées à divers moments de la formation, elles ne figurent pas dans ce tableau . Le contenu n'est pas réparti également, loin de là.

1) Annexe XVIII

L'auteur pose ensuite une question essentielle :

"On peut également... se demander à quel type de savoir ces questions font références. Les écoles ont pour mission de former des infirmières de base polyvalentes. Cette polyvalence fait qu'elles doivent posséder un savoir indispensable. C'est le minimum, ce qu'il faut pour mener des actions compétentes. Mais tout n'est pas indispensable : il y a une zone de savoir souhaitable : le protocole d'examen laboratoire par exemple. Ce savoir n'est pas indispensable dans l'optique de la polyvalence puisqu'on peut le retrouver facilement quand on en a besoin. Une infirmière va aller travailler dans un service plus ou moins spécialisé. Une part du savoir souhaitable lui deviendra indispensable : une infirmière de maternité doit connaître le protocole d'un diagnostic biologique de grossesse. Et puis, il y a le savoir spéculatif, le savoir théorique, satisfaisant pour l'esprit, qui permet de comprendre les choses, mais qui n'est pas entièrement utilisable : une très bonne infirmière de maternité peut ignorer les différentes phases de l'embryogénèse(1)

L'auteur effectue une comparaison entre les objectifs du programme vérifiés par ces épreuves citées dans la page 60 du texte du programme : dégager les éléments de surveillance, dégager les problèmes de soins infirmiers, reconnaître une situation d'urgence et discerner dans les actes à faire un ordre de priorité, le tout par écrit, sans documents, en temps limité; et les objectifs évalués par ces questions. Elle effectue un classement en catégorie 1 ou 2 chaque question, puis constate que ces questions correspondent à des vérifications des connaissances relevant plus de la mémorisation que de la compréhension à l'exception de "Pat 2". Nous ferons une remarque sur cette partie du mémoire : la distinction entre les catégories nous paraît tout à fait fondée, mais elle est souvent difficile à établir. La base indispensable de connaissances pour des soins polyvalents n'est pas une évidence sur laquelle tout le monde est d'accord. Peut-être d'autres enseignants auraient effectué un classement différent en s'appuyant sur les mêmes objectifs. Il s'agit là d'une question de fond de l'enseignement infirmier. Quels sont les savoirs indispensables sur lesquels devrait porter l'évaluation ? Pour effectuer quelles opérations mentales ? pour porter quels jugements professionnels ?

En conclusion de cette partie, l'auteur du mémoire souligne que le contenu des périodes est très inégalement et partiellement représenté, et qu'il y a six questions sur dix-sept qui sont d'un niveau de connaissances de spécialisations différentes et non indispensables. Enfin, presque toutes sont des questions de mémorisation.

Validité de prédiction

Ne pouvant mesurer la relation entre les résultats et la réussite professionnelle des candidats, elle recherche la corrélation avec les notes obtenues en cours de scolarisation du groupe de 30 candidats. La moyenne nationale à cette épreuve est de 13,98 sur 30. La moyenne des 30 candidats est de 11,66 sur 30. La corrélation des notes de chaque candidat avec sa moyenne des travaux écrits de la 2ème à la 5ème période est de 0,64. Ce qui correspond à une corrélation existante⁽¹⁾ sans être forte.

Fiabilité

L'auteur recherche ensuite la fiabilité de l'épreuve.

"La fiabilité est la constance avec laquelle un instrument mesure une variable donnée : constance des résultats dans le temps, selon les questions, selon les examinateurs"^{2?} Seule la recherche de la constance des résultats selon les questions est examinée ici, "elle permet de mesurer l'homogénéité, la constance interne du test".

Entre les deux moitiés du test tirées au hasard la corrélation des résultats est de 0,41; c'est une corrélation existante sans pouvoir tirer des conclusions.

De même le groupe de question traitant d'un même sujet a des corrélations de ce niveau avec le reste de l'épreuve : pathologie 0,40 : examens 0,35; pharmacie 0,40. Seule la législation n'a pas de corrélation avec le reste -0,16.

L'auteur conclut que la fiabilité interne de l'épreuve pour les 30 copies qu'elle a corrigées est faible.

Remarque. - Il est souhaitable qu'une épreuve à la fin de l'étude d'un sujet soit cohérente. Mais lors d'un examen l'étendue des sujets abordés rend vraisemblable une faible cohérence interne au test, nous semble-t-il.

(1) LANDSHEERE - Introduction à la recherche en éducation - p. 165

(2) GUILBERT J.J. - Guide pédagogique

Les deux indices suivants, difficulté et discrimination sont utiles, particulièrement en évaluation continue, pour différencier la difficulté des questions que l'on pose, et la capacité des élèves à y répondre. Elles peuvent servir de point de départ pour améliorer la formation.

La difficulté

L'indice ⁽¹⁾ de difficulté d'une question correspond au pourcentage de candidats ayant répondu correctement. Il s'agit plutôt d'un indice de facilité puisque si tout le monde a répondu correctement il atteint 100 %. Il consiste à distinguer un groupe fort et un groupe faible en prenant les 27 % premiers et les 27 % derniers, ou si l'on préfère 25 %.

27 % correspond au meilleur compromis entre deux buts désirables mais contradictoires : 1° rendre les deux groupes aussi grands que possible, 2° rendre les deux groupes aussi différents que possible.

La formule de calcul est la suivante :

$$F = \frac{f}{N} \times 100 = \text{indice de difficulté}$$

F = nombre de réponses exactes dans le groupe fort
f = nombre de réponses exactes dans le groupe faible
N = nombre d'étudiants appartenant à ces deux groupes résultats, un indice de difficulté est acceptable entre 30 et 70%, il est recommandé entre 50 et 60 %.

Pour cet échantillon de 30 résultats, ce calcul montre que sur les cinq questions de législation, 4 sont trop faciles :

L1 100 %

L2 72 %

L4 72,7 %

et que P1 et P2, E1 et Pat1 sont trop difficiles.

Neuf questions sur dix-sept présentent pour ce groupe un indice estimé correct.

La discrimination (2)

L'indice de discrimination est le chiffre qui permet de déterminer dans quelle mesure une question est assez sélective pour distinguer un groupe fort d'un groupe faible d'étudiants. Il varie de - 1 à + 1.

1) EBEL R. 1965 - Measuring educational achievement cité par Guilbert J.J. Guide pédagogique OMS 1976 - p. 478

2) GUILBERT J.J. - Op. cit. p. 400

Cet indice complète nécessairement l'indice de difficultés. Une question peut avoir un bon indice de difficultés, par exemple 50 %, mais il se peut que la plupart des bonnes réponses viennent du groupe faible.

Il se calcule ainsi :

$$\frac{2 \times F - f}{N} = \text{indice de difficulté}$$

F = nombre de réponses exactes du groupe fort

f = nombre de réponses exactes du groupe faible

N = nombre d'étudiants de ces deux groupes

interprétation :

- . 0,35 et plus = excellente question
- . 0,25 à 0,34 = bonne
- . 0,15 à 0,24 = à réviser
- . moins de 0,15 = question à éliminer

Là encore, par rapport au groupe étudié, L1, L3, L5 et P2 auraient dues être éliminées et P1 et E1 revues.

La fidélité de correction

"Il s'agit du degré de concordance entre les jugements portés par des examinateurs indépendants et compétents sur ce qui constitue une bonne réponse pour chacun des éléments d'un instrument de mesure".(1)

L'objectivité couramment évoquée recouvre cette même notion. Elle est à distinguer des épreuves objectives établies après un étalonnage précis sur des échantillons représentant l'ensemble de la population. Dans cette épreuve, beaucoup de facteurs concourent à son objectivité.

Les réponses attendues sont courtes, les sujets sont accompagnés des réponses attendues et de la cotation. (2)

Elles sont souvent l'objet dans chaque région d'une double correction. Mais cela dépend d'une région à l'autre. Dans certaines, seules les monitrices corrigent. Dans d'autres, les élèves composent sur des copies séparées et les correcteurs sont multiples. Dans une région, les correcteurs se sont réunis avant de corriger et se sont mis d'accord sur la grille de correction.

1) GUILBERT J.J. - Op. cit. p. 402

2) Circulaire du Ministère de la Santé n° 5180 du 10 Septembre 1975.

Ils ont appliqué la double correction. Les écarts entre eux n'excédaient pas 1 point sur 30. (1)

La fidélité est aussi fonction du nombre de questions.

17 pour "vérifier l'ensemble des connaissances acquises au cours de la scolarité est peu".

"Si l'on ne pose qu'un petit nombre de questions, on laisse de vastes zones de matières inexplorées... Selon l'endroit où tomberont les questions on enregistrera un brillant succès ou un échec. Le seul moyen d'éviter pareille aventure est de couvrir toute la matière. En d'autres termes, l'examen doit bien échantillonner l'ensemble. En principe, plus on ajoute de questions, plus la fidélité augmente". (2)

Résumant ces analyses, l'auteur conclut que cette épreuve offre peu de sécurité quant à la fiabilité, mise à part l'objectivité de correction; six questions sur 17 ne discriminent pas correctement la force des élèves, neuf sur dix-sept sont ou trop faciles ou trop difficiles, le test n'est pas homogène. Quant à la validité, 16 questions sur 17 relèvent uniquement de la mémorisation et elles ne recouvrent pas de loin l'ensemble des savoirs. Sur les 17 questions, cinq sont acceptables sans retouche : P3, P4, E3, Pat2 et Pat4. Ensuite, P1 après reformulation et enfin L4 sont acceptables quoique trop faciles.

Résumé et conclusions

Points soulevant problème dans les épreuves sous forme de petites questions.

Rassemblons les questions que les expériences, des entretiens et des travaux cités ont soulevé ou qui en découle

1°) s'agit-il d'exercices de mémoire ? quelle est la place de la mémoire dans la formation infirmière ? rapport entre mémoire et connaissances ? quel est le rapport entre les connaissances professionnelles et la compétence infirmière ?

2°) nous retrouvons comme partout l'importance attachée par les élèves à la note. Quel est l'effet de la note sur l'élève ? pourquoi des monitrices trouvent-elles que les élèves y attachent trop d'importance ? quelle importance y attachent-elles elles-mêmes ? quelle est l'importance objectivable de la note ?

1) FERT J. - Op. cit. - p. 20

2) LANDSHEERE - Op. cit. p. 170

3°) étant donné leur fréquence, les petites questions sont-elles une bonne chose pour la formation ?

4°) le temps de correction des monitrices : sans être aussi élevé que pour les autres épreuves, il est notable à cause de sa fréquence; que produit-il ? Nous avons tenté de montrer que, le plus souvent, il ne produit guère de correction des erreurs chez les élèves, ce qui cause une déception chez les monitrices qui l'escomptaient.

Ces résultats vont contre une idée reçue : "le contrôle de la fidélité relève de la même préoccupation (assurer une meilleure justice scolaire) : idéalement, un même examen écrit ou oral passé plusieurs fois, sans que l'élève ait le temps d'apprendre des choses nouvelles, devrait toujours conduire au même résultat. On souhaite qu'il soit aussi fidèle qu'un mètre qui, bien utilisé, mesure toujours la même longueur, à une erreur minime près. Evidemment, faire subir la même épreuve à diverses reprises ne permet pas un bon contrôle de la fidélité. Le premier passage provoque une réflexion génératrice d'apprentissage". (1)

Certes, il est vrai qu'on ne pourrait s'y fier pour un contrôle de fidélité de l'épreuve, mais la "réflexion génératrice d'apprentissage" ne peut être posée en règle.

5°) enfin, comment former des enseignants à mieux rédiger les questions ? mieux effectuer un échantillonnage du sujet à évaluer ?

Nous ne pouvons répondre maintenant, ni probablement dans ce travail à toutes ces questions. Certaines se réfèrent à des théories de l'apprentissage, d'autres réponses différeront selon les conceptions pédagogiques de l'enseignant ou de l'école. Aussi les reverrons-nous à la lumière de prochains chapitres. Cependant, nous pouvons résumer les forces et les faiblesses de ce genre d'épreuve trouvées lors de nos explorations.

Force. - la nature de l'épreuve la rend souple, légère, la correction est plus facilement objectivable que celle d'autres épreuves, donc moins contestable, plus rapide.

Les élèves apprécient d'avoir ainsi des points de repère sur leurs connaissances. Les enseignants peuvent ainsi se rendre compte de leur enseignement et de la force des élèves.

Faiblesses - 1. l'épreuve qui a été passée au crible des critères d'une bonne évaluation a montré dans sa forme actuelle sa non validité. Cela révèle une méconnaissance d'un certain nombre de précautions à prendre en construisant ce genre d'épreuve; méconnaissance qui est remédiable.

2. passer une épreuve et même en avoir le résultat plusieurs jours après n'apprend pas à corriger ses erreurs.

Cette constatation nous incite à chercher comment employer le temps d'enseignant passé à corriger des épreuves de connaissances, de façon plus productive.

Il est notable que ce genre d'épreuve apprécié par les élèves en cours de formation se retourne contre elles au moment du diplôme d'Etat. Il semble y avoir une sorte de fragmentation des contrôles de connaissance en cours d'année, de ce fait relativement faciles parce que proche des enseignements, puis un grand hiatus et des examens supposés récapituler une somme énorme de connaissances sur laquelle un prélèvement de quelques questions représente plus la chance que le savoir réel des candidats.

Reste une dernière faiblesse liée à la possibilité d'utiliser cette épreuve sans trop de difficulté. Cela inciterait des jeunes monitrices à la multiplier. Cela pourrait s'expliquer ainsi. Ayant à consolider leur statut d'enseignant vis-à-vis des élèves, le pouvoir de notation exercé par rapport à des éléments non contestables est un bon moyen. De plus "c'est une occasion de préciser les connaissances", dit une monitrice.

En conclusion, nous remarquerons que, si la formation infirmière comporte beaucoup d'aspects difficiles à cerner, il y a dans les connaissances indispensables une composante qui peut être mieux précisée et mieux évaluée qu'elle ne l'est actuellement, si l'on reconnaît les insuffisances habituelles et trouve des méthodes pour les prévenir.

CHAPITRE V

Le devoir de soins infirmiers

Nous étudierons le devoir de soins infirmiers à travers les mêmes rubriques : modalités, exemples, avis des élèves, avis des enseignants. Puis nous résumerons un mémoire sur ce sujet avant d'analyser cette épreuve.

Modalités

En évaluation continue cette forme n'est pas imposée, mais elle est utilisée dans les deux contrôles écrits anonymes par période, pour préparer aux épreuves des examens. Les modalités sont alors celles de l'examen de passage, puis du Diplôme d'Etat.

Examens de passage ⁽¹⁾ : épreuve écrite anonyme d'une durée de 3 heures notée sur 40, les candidats ont le choix entre deux sujets... "Le choix des sujets de l'épreuve écrite doit être déterminé en fonction des objectifs et du contenu des deux premières périodes. Les sujets doivent être rédigés sous forme d'une situation concrète avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève puisse, en faisant appel aux connaissances acquises, analyser la situation et indiquer les soins infirmiers nécessaires".

Diplôme d'Etat ⁽²⁾ : l'épreuve est de quatre heures. La formulation a quelques différences avec l'examen de passage que nous soulignons.

"Les sujets doivent être rédigés sous forme d'une situation concrète avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève puisse en déduire les soins infirmiers nécessaires à deux ou trois personnes et exposer l'organisation de ces soins".

Nous citons en annexe ⁽³⁾ les sujets de Janvier 1979, et nous y joignons une partie du corrigé du 1° et le corrigé complet du 2°

D'après trois écoles, il y a environ une épreuve de ce genre par mois, soit 3 en première année, parfois 4, et plus ou moins 8 en deuxième année. Chaque épreuve couvre un sujet relatif à un domaine de la pathologie, parfois deux.

1) arrêté du 9 Février 1973 - art. 6, - J.O. 16 Février 1973

2) arrêté du 18 Novembre 1974 - art. 9 - J.O. 22 Novembre 1974

3) Annexe XIX

Dans ces écoles une partie des devoirs est corrigée par les monitrices, une partie par le médecin ayant assuré les cours sur le sujet, parfois une double correction est utilisée, comme cela est imposé aux deux axamens. Les monitrices ont en plus à corriger les épreuves aux examens. La préparation du texte qui est délicate est faite le plus souvent par les monitrices à partir d'un dossier de malade, "parfois en demandant à un médecin spécialiste de la pathologie traitée⁽¹⁾. Nous utiliserons là encore les résultats d'un mémoire réalisé en école de Cadres, celui de Madame M. Genevrier.

Le temps pour 20 élèves : 29 heures (deux écoles)

recherche d'un dossier de malade avec les soignants, rédaction	: 4 heures
élaboration du corrigé	: 3 heures
correction par copie de 45' à 1h.15, en moyenne	: 20 heures
compte-rendu	: 1 heure

Une monitrice assure probablement la correction de 3 à 4 devoirs qui ressortent de sa compétence dans une année.

Trois représentent 87 heures - quatre 116 heures.

La correction des épreuves d'examen prend plus de temps, de même chaque fois qu'il y a double correction.

Nous avons vu dans une école citée précédemment, que les monitrices avaient 40 copies. C'est aussi le chiffre que cite Madame M. Genevrier. Il faut compter 49 heures chaque fois, c'est-à-dire 147 à 196 heures de correction de ce devoir dans l'année.

Dans une cinquième école, les monitrices de 1ère année qui donnent des devoirs peut-être moins complexes vont plus vite.

préparation du texte	2h.
grille et corrigé type	2h.
correction (copie ½h. 20 élèves)	10h.
compte-rendu	1h.
soit 15 heures	

Dans une sixième école, sans détailler, il m'a été donné un temps global de 25 à 45 heures par devoir pour 24 élèves.

Les médecins interrogés donnent 20 minutes en moyenne par copie.

(1) GENEVRIER M. - Le Cas Concret écrit et l'évaluation des élèves infirmiers

Objectifs

D'après les entretiens, le mémoire cité et le libellé des épreuves, on peut exprimer les objectifs suivants :

- * faire preuve de connaissances,
- * analyser la situation présentée et utiliser des connaissances adaptées,
- * composer le travail écrit selon un plan logique, respectant les priorités,
- * rédiger correctement, s'exprimer,
- * synthétiser, dire l'essentiel,
- * et en cours d'année, s'entraîner aux examens.

Un membre de la Commission des examens ayant créé cette épreuve donne cet objectif : "mettre en valeur la spécificité du rôle de l'Infirmière, renforcer la démarche du plan de soins, évaluer les capacités d'organisation du travail"⁽¹⁾. Comme il est dit, de plus, ce devoir vérifie les objectifs

Avis des élèves

Dans une école : le devoir oblige à réviser, cela sert sur le moment, mais on oublie. Les notes sont arbitraires. Dans une autre école : le devoir est une bonne épreuve, qui teste des connaissances intelligentes, mais le résultat est très différent selon les monitrices, leurs idées. Elles insistent sur des choses différentes. Pour 6 sur 19, il serait mieux que l'élève le fasse sur un malade qu'elle soigne, pour deux il devrait être corrigé par la surveillante.

Sur 19 élèves ayant répondu par écrit à la question suivante : que représente pour vous le devoir écrit dans votre formation ? - 11 ont répondu : un contrôle de connaissance et 1 des révisions - 4 des soins spécifiques à une maladie (ce qui est pareil) - 1 extraire le plus important dans un déroulement logique, 1 quelque chose de subjectif qui s'éloigne du rôle de l'infirmière, 1 un plan de soins rédigé mais plus difficile à réaliser, 1 une déduction des soins infirmiers, soit 16 sur 19 : un contrôle de connaissances.

(1) GENEVRIER M. - Op. cit. p. 13-14

Dans une troisième école, le devoir est vu positivement comme évaluation des capacités de compréhension d'un sujet. La moitié, soit 8 élèves sur 16 aménagerait la formule : le faire dans un service pour un malade⁽¹⁾, supprimer les différences entre correcteurs⁽¹⁾, donner moins d'importance dans la note à la rédaction⁽¹⁾.

Avis des enseignantes

Les élèves ne se rendent pas compte des erreurs, n'attachent d'importance qu'à la note. Quatre enseignantes de la deuxième école citée répondent aussi à un questionnaire⁽²⁾. A la question "quelles sont les capacités d'une élève que vous permet d'évaluer le devoir écrit?", elles répondent :
des connaissances théoriques : 4
logique : 2
analyse - synthèse : 2
réflexion : 2
écriture et présentation : 2
comprendre les problèmes posés : 1, bon sens : 1, organisation du travail dans l'abstrait : 1.

A la dernière question "avez-vous des suggestions à faire pour l'évaluation de l'apprentissage des soins infirmiers si oui lesquelles?", trois ont dit :

- * conserver un écrit permettant d'évaluer une démarche de soins,
- * garder la méthode d'analyse de situation au lit du malade,
- * faire faire des tests de connaissances pures,
- * créer des groupes de réflexion sur les soins infirmiers.

Deux médecins correcteurs de ces épreuves ont été consultés.

Quelles capacités le devoir écrit vous permet-il d'évaluer ?

"Souvent ce devoir écrit est une construction de l'esprit. Une fille qui a fait deux ans d'école est capable d'écrire 4 pages qui en imposent, et pourtant c'est du baratin, de la phraséologie". Il ne permet pas d'évaluer le nursing, point important de la fonction de l'infirmière.

Pensez-vous qu'une infirmière doit avoir des connaissances théoriques ?

"Oui, c'est indispensable pour qu'elle comprenne les gestes"

1) GENEVRIER M. - Op. cit. p. 13-14

2) GENEVRIER M. - Op. cit. p. 18-19

qu'elle fait pour qu'elle évite les initiatives intempestives ou qu'elle laisse passer des choses importantes. Elle devrait savoir les signes laissant prévoir la survenue de complications."

Notons au passage, qu'en peu de mots ces réponses recouvrent bien ce qu'un médecin attend d'une infirmière. Nous rapprocherons le "baratin" du constat lors de l'entretien avec les membres de la commission des évaluations. "Une fois mis en place, il a répondu dans une certaine mesure à la démarche attendue. Mais nous avons été déçues, car nous nous sommes aperçues qu'une élève qui ne savait rien ou peu de choses pouvait faire un bon travail écrit". Sans que nous ayons fait de sondage systématique sur ce point, nous l'avons souvent entendu dire, et cela a été évoqué comme une des raisons de la baisse des connaissances constatées dans les petites questions. Enfin, un article paru dans le supplément de la Revue de l'Infirmière du 3 Mars 1976, intitulé A propos de l'examen⁽¹⁾, met fortement en cause les sujets et le corrigé type des épreuves du diplôme d'Etat. Ce sont surtout les sujets de la première épreuve (celle-ci), qui sont critiqués souvent par les médecins. Certains ont contesté pour le deuxième sujet le traitement prescrit..."le sujet portant sur deux malades de chirurgie, où la durée de présence supposée de l'élève est en complet décalage avec le retour du malade de salle d'opération et les questions posées".

L'auteur du corrigé type ne semblé pas avoir été gêné. Il détaille en deux pages les soins pré-opératoires et en deux autres les soins post-opératoires... La réglementation (de cette épreuve) serait-elle inapplicable parce que pas réaliste ? Peu de candidats savent déduire les soins infirmiers. Ils reprennent plutôt les données de l'énoncé et les paraphrasent...

La fin de l'article "les instructions étaient de limiter les échecs à 3 % des candidats... un taux élevé de succès à un examen doit être la conséquence, non pas de laxisme, mais d'une exigence de qualité au niveau de la formation".

1) WEHRLIN N. - "A propos de l'examen" - supplément de la Revue de l'Infirmière - 3.3.76.

Critères docimologiques

Appliquons maintenant à cette épreuve, les principaux critères docimologiques de validité, de fiabilité, de mania- bilité.

1. validité de contenu

"la validité de contenu dépend de la qualité et de l'échan- tillonnage des connaissances et des capacités".

En cours d'étude les devoirs portent sur un ensemble rela- tivement limité. Cependant, un sujet unique rédigé n'échan- tillonne pas validement l'ensemble des connaissances. Il teste des connaissances d'ordre pathologique, thérapeutique et examens sur un domaine limité. S'agirait-il plutôt de valider des capacités ? lesquelles ?

Un des membres de la Commission des examens dit :

"cette épreuve veut :

- * mettre en valeur la spécificité du rôle de l'infirmière,
- * renforcer la démarche du plan de soins,
- * évaluer des capacités d'organisation du travail".

D'après les textes de l'épreuve, celle-ci validerait la capacité :

- * d'analyser la situation présente, décider ou déduire des soins, comparer, rédiger, dire l'essentiel, les priorités..

Nous examinerons successivement ce que cette épreuve peut valider comme connaissances dans le domaine traité, puis comme capacité d'analyse de la situation, de décision de soins et d'organisation du travail, et enfin capacité de logique et d'ordre rédactionnel.

Validation de connaissances dans le domaine traité

Rappelons que les enseignantes et les élèves inter- rogées sont quasi unanimes sur cet objectif, le devoir teste les connaissances. Mais lesquelles ?

"Les connaissances du sujet comportent une frange d'in- certitude. Lorsque l'évaluation scolaire s'effectue sur des épreuves traditionnelles de production, cette dimension d'incertitude apparaît peu parce qu'en général le candidat

parle de ce qu'il sait et évite de parler de ce qu'il connaît moins bien. Autrement dit, il opère de lui-même le tri entre le savoir à peu près assuré et ce qui est aux limites du savoir et de l'ignorance" (1).

Comme dit le médecin correcteur : "ce devoir peut être beaucoup de baratin et de phraséologie, il est irréaliste". Les connaissances sont limitées à une définition de la maladie et une surveillance de thérapeutique disent les monitrices.

"Une élève qui ne sait rien ou peu de chose peut faire un bon devoir" (2), constate avec déception la Directrice, membre de la Commission.

Essayons d'analyser ce qui a été transformé au niveau du contenu. La grande différence de ce genre d'épreuve avec les sujets posés précédemment sur le rôle de l'infirmière devant une maladie est la présence de beaucoup plus de données dans le libellé du devoir. On trouve deux sortes d'informations : les unes assez sommaires sur l'état civil du malade, d'autres détaillent telle ou telle partie médicale, le diagnostic, les symptômes, ou les examens, ou les prescriptions thérapeutiques ou l'ensemble.

L'enseignement magistral donné par les médecins est constitué par l'ensemble du schéma typique de la maladie. Une évaluation valide de cet enseignement magistral devrait tester si le schéma est bien mémorisé ou même applicable. Applicable veut dire, l'élève infirmière peut-elle poser le problème propre à ce schéma, c'est-à-dire poser le diagnostic et le traiter, c'est-à-dire prescrire ? Non, cela ne lui est pas demandé. Alors que fait l'élève en stage du diagnostic médical entendu à longueur de journée de cours ? Cette forme d'épreuve est donc déroutante parce qu'elle demande un clivage dans l'enseignement entre ce qu'il faut apprendre pour comprendre sans l'utiliser, et ce qu'il faut apprendre pour le reconnaître et l'appliquer. Des formes antérieures d'examen ne posaient pas ce problème et les élèves rédigeaient ce qu'elles savaient, c'est-à-dire qu'elles décrivaient les signes, prescrivaient facilement en disant "dans ce cas "on" fera ceci et cela".

(1) NOYET & CAVERNI - Op. cit. p. 172

(2) GENEVRIER - p. 25

N'ayant plus à diagnostiquer et à prescrire sur le papier, voilà tout le monde dérouté. Qu'est le savoir infirmier ? Qu'est-ce qui est décidable par l'infirmière, à partir de quelles connaissances disponibles ? Qu'est-ce qui permettra de dire à traitement médical égal : cette personne est bien soignée, cette personne est mal soignée ? Est-ce détectable par écrit ?

L'enseignement infirmier n'ayant pas résolu ce problème de fond, cette épreuve demande à l'élève de montrer qu'elle connaît la définition de la maladie, la surveillance du traitement et, en outre, des éléments qui risquent de varier selon les correcteurs. Il est souvent reproché à une élève de répéter et délayer les données, mais que peut-elle faire d'autre ? Cela représente son enseignement. Elle est d'autant plus placée en porte à faux que la copie est corrigée tantôt par un médecin, tantôt par une infirmière enseignante, tantôt par les deux. En résumé, la validité de contenu par rapport aux connaissances pathologiques ne peut être satisfaisante tant qu'elle ne sera pas résolue dans l'enseignement.

Ce genre d'épreuve révèle un malaise, mais n'aide pas à sa clarification; il tente au contraire de le masquer, reprochant aux élèves "du délayage, du baratin, du flou". Cela représente cependant une avance sur les formules antérieures de reproduction de savoir médical dans sa démarche et son contenu. Le problème ne se posait même pas alors.

On peut cependant rétorquer que contrôler les connaissances est plutôt imparti aux petites questions. Dans cette épreuve il s'agirait de la démarche infirmière. Voyons cela de plus près.

Validité de l'analyse de situation

Les cas donnés sont hospitaliers. La situation à analyser comporte des éléments et des opérations intellectuelles à partir de ces éléments. Nous empruntons le schéma très clair de l'analyse et de la synthèse données par Bloom⁽¹⁾ pour préciser ces opérations.

1) BLOOM B. - Taxonomie des objectifs éducatifs Tome I Objectifs cognitifs
p. 227 et 228.

Analyse : séparation des éléments pour éclaircir les rapports entre eux, élucider la communication, son organisation...

phase : 1. recherche des éléments
2. recherche des relations entre ces éléments
3. recherche des principes d'organisation

Les décisions de soins constituent des actions dérivées de l'analyse. Toujours d'après Bloom, c'est une des formes de synthèse. (1)

"synthèse" : la réunion d'éléments et de parties aux fins de former un tout, un plan ou une structure que l'on ne distinguait pas clairement auparavant.

opérations : 1. production d'une oeuvre personnelle
2. élaboration d'un plan d'action
3. dérivation d'un ensemble de relations abstraites

Mais rechercher des éléments dans une situation suppose une sélection intensive d'éléments significatifs parmi d'innombrables autres éléments. Cette discrimination s'apprend.

"tous les apprentissages scolaires peuvent être caractérisés comme des apprentissages discriminatifs... les développements récents en psychologie expérimentale ont... porté sur des activités que l'on peut considérer comme préalables à un grand nombre de discriminations : celles qui consistent à sélectionner dans la situation l'indice pertinent et si celui-ci est multidimensionnel, la ou les dimensions pertinentes de variation de cet indice; ces activités peuvent être regroupées sous le nom d'attention sélective". (2)

Voici donc les capacités complexes que valide cette épreuve: discriminer les indices ou éléments pertinents, les relier, rechercher les principes d'organisation, puis élaborer un plan d'action.

Nous verrons dans l'épreuve suivante, le plan de soins, que les principes d'organisation correspondent à l'identification des problèmes. Citons, sans être exhaustive, des catégories possibles d'éléments à percevoir. Dans le cas d'une personne hospitalisée :

1) pathologie : dysfonctionnements perturbant la possibilité de prendre soin d'elle-même - risques

1) BLOOM B. - Op. cit. p. 228

2) LE NY J.F. - "Les lois psychologiques fondamentales et l'activité psychologique de l'écologiste" in Debesse et Mialaret" - Traité des sciences pédagogiques T. 4 - p. 121-125

- 2) sa vie quotidienne, modifications, perturbations de ses habitudes de vie - ses capacités d'adaptation - aide de son entourage - manifestations de stress
- 3) traitements : application, surveillance, risques, éducation à ce sujet.

3. Ressources du service hospitalier

Comparons avec l'énoncé⁽¹⁾. Il n'y a pas de sélection à faire, il manque beaucoup d'éléments propres à la personne et au service. Au niveau de la synthèse dans le corrigé, nous voyons qu'il n'est possible de prendre en compte que les problèmes de surveillance thérapeutique, les autres sont évoqués de façon très sommaire sous l'étiquette problèmes psychologiques. Par manque de données "on ne peut répondre sans faire de suppositions, la situation est loin du réel". Madame M. Genevrier soulève cet aspect : "j'ai souvent remarqué que les élèves analysent les éléments familiaux, socio-économiques en fonction de leurs propres valeurs, et que les problèmes qu'elles en déduisent auraient été les leurs si elles s'étaient trouvées dans cette situation". L'élève complète avec ce qu'elle est, l'empêchant ainsi de prendre conscience du fossé entre ses perceptions et celles de ceux qu'elle soigne. Or, un des points importants dans une analyse de situation réelle est d'apprendre à ne formuler les problèmes qu'à titre d'hypothèse et les vérifier en les soumettant aux intéressés, en les appuyant sur des connaissances adéquates, et en évaluant le résultat des solutions appliquées. Par écrit, seules restent possibles les connaissances scientifiques qui nous ramènent à la même question : quelles connaissances scientifiques constituant les matériaux du savoir infirmier veut-on valider ? Par contre, valider la projection est plutôt une déformation qu'une formation. En résumé, la validation de l'analyse de la situation n'est pas réalisée parce que la situation décrite est trop schématique, sauf dans ses aspects pathologiques, pour permettre d'évaluer la capacité de l'élève à discriminer les éléments significatifs, et à poser des problèmes vérifiables.

(1) Annexe XIX

L'écart avec le schéma médical n'est pas atteint. On peut même aller plus loin et dire que, si on pense évaluer cette dimension, il s'agit alors d'un appauvrissement dommageable à la formation en situation réelle, une sorte de tour de passe-passe qui substitue quelques phrases stéréotypées (problèmes psychologiques) à la valeur formatrice de l'analyse de situation. Quant à l'organisation du travail, mieux vaut ne pas s'étendre sur cet horaire fictif comme témoin d'une compétence en organisation du travail.⁽¹⁾ Il nous semble plutôt caricatural.

Validation de la logique, la composition, la rédaction

Puisqu'il s'agit d'une épreuve rédigée, ces dimensions seront inévitablement évaluées. Toutes les expérimentations en docimologie ont même révélé que la logique, la rédaction, style, orthographe, écriture, avaient une influence considérable sur la note finale malheureusement variable selon les correcteurs.

Nous verrons cela en examinant la fiabilité de l'épreuve. Ce que nous voulons examiner ici est plutôt la question suivante : pourquoi tient-on à la présence d'épreuve rédigée aux examens ? On peut y voir plusieurs raisons :

- il y a une influence liée à la culture française même, qui fait prévaloir le verbe sur l'action, la dissertation sur la concision;
- il peut y avoir un objectif professionnel qui serait de former à une démarche logique infirmière et de la vérifier; nous avons vu que les éléments étaient trop inéquitablement répartis entre le pathologique et le reste pour sortir du schéma médical. Reste celui de vérifier la capacité de s'exprimer; dans l'espoir que les infirmières pourraient contribuer à développer leur profession.

Nous tenons cet objectif pour valable. Cette forme évaluatrice peut effectivement permettre d'évaluer la capacité de s'exprimer et d'organiser des connaissances logiquement. Cependant, elle teste alors quelque chose qui n'a pas été l'objet direct de l'enseignement en voulant tester autre chose. D'autre part, pour écrire ou publier, la forme compte

(1) voir MONTESINOS A. - Formation des infirmières à l'organisation du travail.

certes, mais l'essentiel est quand même d'avoir quelque chose à dire qui n'a pas été dit. La publication professionnelle est surtout alimentée par deux sources, la recherche et le témoignage. Si l'éditeur de la revue ou de la collection tient au contenu, il peut agir sur la forme. Or, que se passe-t-il dans ce devoir ?

L'élève compose pour montrer ce qu'elle sait, ainsi que sa capacité d'organiser son savoir aussi bien que le correcteur, qui de toutes manières sait la réponse, sans cela il ne poserait pas la question. En retire-t-elle l'idée qu'elle aurait quelque chose à dire qui en vaille la peine ? Il est plutôt probable que ce genre d'épreuve a un effet dissuasif en ce qui concerne la publication.

S'exprimer, organiser sa pensée ou son savoir constituent des objectifs qui peuvent être validés par des oeuvres originales comme le travail de 6ème période, mémoire, ou des plans de soins en situation réelle.

Validité prédictive

Il est impossible de mesurer réellement ce critère. Il faudrait constater, par exemple, que les élèves les meilleures dans ces épreuves effectuent dans leur exercice professionnel ultérieur les meilleures démarches de soins. La difficulté vient de ce que l'épreuve du plan de soins, que nous verrons ensuite, concourt aux mêmes objectifs et a, nous le supposons, plus d'influence sur la capacité professionnelle. Elle vient aussi de ce que cette démarche est encore très rarement pratiquée dans les services. Les jeunes professionnelles ont un effort d'adaptation dû au changement de statut, d'élève à infirmière. Cela ne permet pas le plus souvent d'être, au début au moins, un facteur de changement.

Fiabilité

La fiabilité dans ce cas porterait sur la capacité acquise et démontrée de l'élève d'effectuer cette démarche. Il faudrait une répétition de telles épreuves une fois rendues valides pour pouvoir affirmer cet acquis.

Fidélité de correction

Rappelons que dans les épreuves en cours d'année des élèves objectent que les différences de conceptions des enseignantes se traduisant par des notes différentes. Elles soulignent également que l'énoncé est souvent confus ou imprécis.

"Je me suis rendue compte que pour les corrections des épreuves du diplôme d'Etat nous avons beaucoup de mal à utiliser la grille telle qu'elle était présentée. Les "retouches" que nous y apportions pouvaient modifier l'évaluation des copies. Cette année, je n'ai pas eu à corriger des épreuves du diplôme d'Etat, mais si j'avais eu à le faire, je n'aurais pas utilisé ce qui est mis sous "analyse des besoins" dans la grille du sujet concernant la personne ayant subi une thyroïdectomie. La première difficulté réside donc dans le fait que les correcteurs (comme les élèves) interprètent le texte différemment, donc ils attendent des choses différentes des élèves.

Voyons maintenant ce qui se passe quand nous évaluons ces devoirs en double correction. Pour ma part, je l'ai fait soit avec des médecins au diplôme d'Etat, soit avec des collègues en cours de formation. S'il arrivait que nous soyons d'accord sur les corrections d'un certain nombre de copies, il arrivait aussi que nous ayons des écarts de notes importants : ils pouvaient aller de 1 - 2 points jusqu'à 6 - 8 points sur 20. Je pense que plusieurs facteurs peuvent expliquer cela : médecin et infirmière n'ont pas la même conception de la fonction soignante, donc chacun évalue en fonction de sa propre conception.

D'autre part, les sujets tels qu'ils sont proposés peuvent donner lieu à plusieurs réponses. Nous avons vu que les éléments de la situation pouvaient être analysés suivant la personnalité de chaque élève. Nous aussi, correcteurs, nous faisons une analyse et nous avons notre réponse.

Nos propres schémas nous laissent-ils toujours entendre le discours de l'autre ? Estimons-nous que c'est nous qui détournons toute la vérité ?

De plus, au moins pour les travaux en cours de formation, nous avons une certaine connaissance des élèves qui, consciemment ou pas, peut avoir une influence sur la correction⁽¹⁾.

Aux examens, la double correction, le corrigé type, les accords avant et après correction des membres du jury permettent d'établir une certaine objectivité. Mais dans l'évaluation continue, on peut en effet la mettre en question.

Maniabilité

De toutes les épreuves, c'est une des plus lourdes à élaborer et à corriger. Elle est lourde aussi pour les enseignants qui peuvent passer d'autant plus de temps à la



corriger que les résultats risquent de soulever des contestations. C'est une conséquence des ambiguïtés tenant à son énoncé, aux interprétations différentes des correcteurs et des élèves. Elle investit un temps d'enseignant considérable.

Conclusions

Force. - le fait de composer, de susciter un essai de vue d'ensemble sur un sujet entraîne à l'intégration des connaissances.

Faiblesse. - sa principale faiblesse est le temps d'enseignant pris; temps distrait d'activités formatrices. Elle entretient une illusion de démarche infirmière fondée sur quelques connaissances, un risque de projection et des capacités rédactionnelles.

On peut se demander en conclusion, pourquoi malgré ses défauts évidents, cette épreuve jouit-elle d'une certaine estime au niveau des enseignantes et des élèves. Il y a plusieurs raisons possibles. La première est symbolique, c'est une distanciation par rapport au savoir et à la démarche médicale. La seconde est culturelle, elle correspond aux épreuves rédigées habituelles en France et elle offre assez de flou pour éviter des épreuves d'examens désastreuses. La troisième est pédagogique; dans les évaluations continues quelques monitrices réussissent peut-être à rédiger des épreuves qui testent valablement une démarche infirmière. C'est donc une forme d'épreuve qui demanderait de grands aménagements, sinon sa suppression.

CHAPITRE VI

L'épreuve pratique de soins infirmiers

Les éléments de ce chapitre proviennent de sources plus restreintes; il s'agit d'observations effectuées par nous-même dans deux écoles, auxquelles sont joints des entretiens et quelques articles.

La forme des épreuves est double. Elle comprend une présentation orale de la situation d'un malade, des soins à donner, puis la réalisation d'un de ces soins. Les deux parties sont notées séparément. Notons que par rapport aux épreuves pratiques antérieures, seule la deuxième partie, le soin, existait. Que l'ensemble soit désormais dénommé "épreuve de soins infirmiers" signe officiellement le changement de conception recouvert par cette expression.

Modalités

Les plans de soins que nous avons observés correspondaient au guide d'évaluation du plan de soins pour l'ensemble de la scolarité des études d'infirmières⁽¹⁾, fait à Lyon en juin 1975, par et pour les écoles de la région. Le guide reprend les termes des arrêtés et détermine sur quoi porte la note.

Comme le prescrivent les arrêtés sur les examens, le malade est choisi parmi ceux que l'élève connaît. Selon les services il sera choisi par l'élève ou par la surveillante. Le temps de préparation est de 48 heures en première période; par la suite, il sera toujours de 1 heure officiellement.

Certains services donnent le choix à l'élève la veille, ou au début du stage. Des écoles modifient aussi cette règle, si bien que la surveillante doit recevoir des consignes à ce sujet, qui peuvent être différentes si elle a des stagiaires de plusieurs écoles, mais elle-même et les infirmières ont une certaine latitude. Il a été précisé dans le guide, que l'élève doit disposer de documents pour sa préparation :

(1) Annexe XX

- en 1ère période : feuille de température, documents de transmission et soins, billet de lit (comportant état-civil, personne à prévenir, religion, payeur)
- s'y ajoute en 2ème période : le Vidal, qui est un répertoire de toutes les spécialités pharmaceutiques en France, posologie, mode d'action, surveillance; en 2ème année s'y ajoute le dossier médical.

Objectifs

Au cours d'entretiens, des monitrices attribuaient comme objectif à cette épreuve :

- a) école :
 - * intégrer les connaissances et l'action,
 - * inciter les élèves à parler avec les malades,
 - * inciter les surveillantes à confier aux élèves peu de malades, mais globalement,
 - * entraîner les élèves aux examens
 - * rapprocher les services et les écoles
- b) école : donner aux élèves les moyens de progresser

Le temps passé par les évaluateurs

Ce temps comprend pour les enseignantes l'organisation, les rendez-vous avec les services, les déplacements, le temps de l'exposé de l'élève, d'observation du soin et le temps de discussion ensuite, la décision de la note.

Pour l'infirmière ou la surveillante les déplacements sont en moins et pour ce que nous avons vu le temps de discussion se fait aussi en son absence le plus souvent.

Une infirmière enseignante évalue rarement plus de deux épreuves en une demie journée au cours de l'année. En examen, en supprimant le temps de discussion elle peut en avoir quatre. On peut estimer de 1h.30 à 2h. le temps d'un évaluateur enseignant, 1h. le temps d'un évaluateur soignant.

Avis des intéressés

élèves d'une école - la situation est conditionnée par la note; elle ne reflète pas la compétence de l'élève, les soins sont évalués sur la technique; la relation avec le malade ne s'évalue pas, la note dépend trop de la relation avec l'enseignante.

dans une autre école ⁽¹⁾ sur 16 élèves, (14) voient la partie exposé de situation positivement, c'est un bon outil de formation, utile pour les malades, cela oblige à cerner les problèmes intéressants (5) permet de connaître maladie et traitement, forme à la maîtrise de soi... les restrictions globales sont : cela ne représente pas la capacité réelle (pour une), ce n'est pas juste (pour une autre). Les améliorations souhaitées sont : il faudrait avoir plus de temps pour le préparer (5) ou pas poser tant de questions après l'exposé, on peut toujours nous coïncer, ne pas le noter, en faire plus souvent.

Par contre la partie exécution d'une technique de soins est perçue négativement dans l'ensemble (12 avis défavorable,, 2 à améliorer, valable, pour une bon, pour une dernière indispensable). Les critiques : il s'agit d'un exercice arbitraire, subjectif, inutile, peu réel car différent de la technique habituelle, on est mal à l'aise; émotivité (6), cela ne reflète pas notre capacité (5). Cette évaluation est déjà faite en stage sinon elle devrait l'être (3). Elle devrait être évaluée par une monitrice qui resterait une matinée (1).

Infirmières enseignantes

1 c'est une épreuve très utile, mais cela prend trop de temps
2 quand une monitrice est en stage, c'est pour noter, c'est dommage,
3 cependant, l'enseignante est ainsi acceptée par les services, car elle a un rôle précis.

Surveillantes

cette épreuve prend beaucoup de temps aux services; il faudrait chercher à l'alléger, mais pas la supprimer, par exemple en faire moins; il faudrait laisser aux élèves plus de temps de préparation.

Observations

Première observation

Une monitrice prend rendez-vous avec une élève et une infirmière de son stage pour évaluer une épreuve de soins

) les nombres entre parenthèses indiquent le nombre de réponses.

infirmiers auprès d'une malade choisie par l'élève et le service. L'élève est au début de la deuxième période. La monitrice se rend en service de médecine, en cours de matinée, après 10h. Elle a accepté ma présence en tant qu'observateur et le demande à l'infirmière et à l'élève, qui acceptent. L'élève la rejoint, ainsi qu'une infirmière, dans la petite salle où se trouvent médicaments, dossiers, matériel, lavabo. Tout le monde reste debout et est souvent dérangé.

Le premier échange entre l'infirmière et la monitrice a trait à la somme d'informations sur les examens, les médicaments et la maladie, que l'élève a demandé la veille à l'infirmière qui semble excédée. L'élève arrive assez à l'aise et présente rapidement le cas d'une malade atteinte d'une phlébite. Elle s'est en effet bien informée de tous les aspects pathologiques et thérapeutiques et possède bien le sujet, difficile pour elle, des anticoagulants. Ensuite, nous nous rendons à quatre dans la chambre de la malade; l'élève réalise un soin indiqué par l'infirmière. La monitrice l'observe. Il s'agit de la réfection du lit de cette malade. L'élève le fait en respectant la technique de l'école, sans manifester beaucoup d'adresse. L'élève, l'infirmière et la monitrice sortent. Cette dame alors me demande si je sais quand elle sortira. J'apprends qu'elle n'a pas d'information sur sa mobilisation. Elle ne sait pas si elle doit marcher peu ou beaucoup, si, de retour chez elle, elle devra se reposer ou pourra marcher, si cela risque de se reproduire et s'inquiète à ce sujet. Devra-t-elle suivre un traitement, revenir souvent en consultation. Elle habite à la campagne et était très active chez elle jusqu'à cette phlébite. Rien de ceci n'a été mentionné par l'élève. En partant, je signale à l'infirmière les inquiétudes de la malade. Après le soin, la monitrice et l'infirmière se consultent pour mettre la note. L'infirmière trouve que l'exposé est trop théorique. La monitrice pense cependant, que l'élève a fait un gros travail intellectuel. Finalement, elle lui donne une bonne note grâce à cela (16/20) mais explique à l'élève ses déficiences. L'élève est contente d'avoir cette note.

Réflexions

En abordant la pathologie en deuxième période, l'élève de première année découvre la démarche médicale centrée sur la recherche du diagnostic et du traitement. Que peut-elle en faire en stage ?

- 1°) Il est espéré qu'en stage l'élève observera comment les manifestations pathologiques perturbent la vie et la satisfaction des besoins des personnes soignées, afin d'apprendre à voir et à donner l'aide dont ces personnes ont besoin dans leur vie quotidienne et dans l'application du traitement.
- 2°) D'autres élèves utilisent le stage d'une manière qui correspond à ce que recouvrait antérieurement un exercice pratiqué sans être imposé et qui s'appelait l'observation du malade. Elles cherchent à apprendre à l'occasion d'un malade le processus pathologique théorique et le traitement.
- 3°) Enfin, une partie des élèves part du dossier médical du malade et essaie de comprendre examens, diagnostic, traitements. Elles choisissent souvent, elles, ou les infirmières de service, un cas complexe par peur de n'avoir rien à dire si le cas est courant.

Dans le cas présent, l'élève a choisi la deuxième solution qui s'est avérée payante. Elle a reçu une bonne note. Elle a appris quelque chose. Si la bonne note renforce un processus, elle a reçu un renforcement. Cependant, de façon fortuite, les préoccupations de la malade sont apparues non prises en compte. Donc, non seulement l'élève n'a pas appris cette dimension du soin, mais sa connaissance même est limitée au traitement à l'hôpital. Quelle est la surveillance à plus long terme qu'une personne sous traitement anticoagulant doit pouvoir exercer elle-même a complètement échappé à l'élève. Le terme de plan de soins n'a rien changé.

Conclusion : chaque acteur dans cette situation a un point de vue différent. Comment faire apparaître et pas seulement par hasard, celui du malade ?

Deuxième observation

Une élève de 1ère année, dans un service de médecine, présente le plan de soins d'une dame de 83 ans atteinte d'un cancer du poumon, hospitalisée depuis 10 jours, qui vient

d'avoir une série d'examens. Le traitement chimiothérapique commence juste. L'élève est en deuxième période depuis un mois et demi. En première période, elle a étudié anatomie physiologie, fonctions, besoins de l'homme sain, les soins... depuis la deuxième période, le programme comporte beaucoup de pathologie. De plus, les épreuves de soins infirmiers se déroulent en temps limité, en principe. Ce n'est pas le cas pour cette élève, qui a choisi la malade la veille. Nous sommes là avec la surveillante du service et une monitrice.

L'élève effectue sa présentation dans le bureau de la surveillante. Elle détaille les examens et la thérapeutique qu'elle a écrits. Puis, nous nous rendons dans la chambre de la malade. Celle-ci est très aidante. L'élève doit prendre son pouls et le noter sur la feuille de température, ainsi que la température déjà prise.

Discussion dans le bureau de la surveillante : La surveillante relève un oubli de l'élève puis s'arrête vite. La monitrice reprend le plan de la présentation et fait apparaître l'absence de liens entre les différentes parties présentées et le manque de présentation et d'analyse des besoins fondamentaux. L'élève approuve sans conviction; elle dit avoir consulté le dossier médical, le Vidal, et la feuille de température; elle ne peut pas demander tout cela à la malade, ce serait indiscret; elle ne voit pas ce qui ne va pas, la malade se lève et demande quand elle a besoin de quelque chose. La monitrice lui conseille de réécrire son plan de soins en faisant des liens à partir des symptômes pulmonaires et de s'informer au point de vue poids, appétit, sommeil.

note : le soin - la surveillante donne 8/10 : accord.

le plan - l'élève propose 7/10 : la monitrice dit qu'elle pensait 6 - l'élève a 6 ½, soit 14 ½ au total.

Réflexions

L'élève n'a manifestement pas intégré le schéma proposé; plusieurs hypothèses sont possibles.

1. - L'impact de la thérapeutique et de la pathologie en deuxième période font que l'élève ne se centre plus que sur cet aspect. Même si les besoins de base avaient été bien intégrés en première période, le passage en deuxième période

font que l'élève ne se centre plus que sur cet aspect. Même si les besoins de base avaient été bien intégrés en première période, le passage en deuxième période fait basculer l'intérêt vers la pathologie; ce n'est que plus tard que les élèves peuvent voir tous les aspects des soins. Cette remarque est faite par de nombreuses monitrices. Est-ce inéluctable ?

2. - Dans ce cas, il semble que l'élève ait eu recours aux documents médicaux et thérapeutiques, et pas aux documents de transmission et de soins. Cela s'explique doublement : le dossier médical représente l'accès au mystère du savoir médical, et bien que sa consultation ne soit pas prévue en deuxième période, il doit exercer un attrait sur la jeune élève; d'autre part, les éléments médicaux sont rassemblés dans ce dossier et puisqu'on demande à l'élève une synthèse, elle commence par voir si elle ne va pas entrouver une toute faite. Cela a été le problème de l'observation du malade avant l'ère du plan de soin. On demandait aux élèves d'observer le malade, et certaines recopiaient l'observation médicale que faisait l'externe ou l'interne. Enfin, les documents de transmission et de soins sont difficiles à synthétiser quand les services ont conservé les cahiers où l'on note par journée l'ensemble des soins et éventuellement des observations relatives à tous les malades. Il faut alors glaner des observations sur des cahiers de jour et de nuit, en remontant les dates.

3. - Un certain nombre d'informations ne sont écrites nulle part. Si l'élève ne participe à aucune transmission des soins aux changements d'équipe, elle ne les aura pas.

4. - Reste la communication avec la malade. Il semble y avoir une bonne relation entre l'élève et la vieille dame, mais l'élève semble assez gauche et timide et n'utilise pas ces échanges pour s'enquérir des besoins de base. Elle dit que ce serait indiscret. Est-ce qu'elle ne voit pas à quoi cela pourrait servir; est-ce le fait, dont personne ne parle, que le pronostic est fatal à quelques mois et que l'élève est effrayée que la malade aborde le sujet ?

5. - La raison principale à mon sens, est que la démarche proposée n'est pas claire et n'aide pas à relier le savoir et l'action. De ce fait, les explications que donne la monitrice sont dans ce cas, en grande partie, inutiles. Les mêmes explications seraient très utiles données à une élève qui comprendrait les étapes de la démarche de soins mais aurait fait des erreurs ou des oublis. L'élève ne peut modifier une structure mentale qu'elle ne semble pas avoir encore construite.

6. - L'impact de la note prête aussi à confusion. En premier, tant qu'elle n'est pas donnée, l'élève écoute distraitement et suppute ses chances. Puis, à cause des dispenses de pratique au diplôme d'Etat, si certaines notes sont au-dessus de 14/20⁽¹⁾, toutes les épreuves de soins infirmiers et les notes de stage sont perçues avec la notion de 7 sur 10 comme moyenne. C'est pourquoi nous supposons que l'élève a tenté de proposer 7 sur 10 pour le plan, disant par là qu'elle savait que c'était moyen. La monitrice en prenant 6 signifiait que c'était insuffisant. Enfin, que l'ensemble ait été réhaussé à 14,5 parce que l'élève avait pris le pouls sans erreur est regrettable, car cela masque une difficulté fondamentale de l'élève.

Troisième observation

Plan de soins en milieu extra hospitalier

L'élève de 2ème année est en stage depuis trois semaines dans un centre de soins à domicile. Elle a effectué depuis une semaine le choix de la situation qu'elle nous présente.

Sont présentes, l'infirmière qui s'occupe des élèves-infirmières, une infirmière enseignante de l'école, nous-même, puis en fin de discussion arrivé une deuxième infirmière du centre.

Nous disposons d'une heure dix, mais l'ensemble dure une heure trente. L'élève prévoit 25 minutes d'exposé; il durera 35 minutes, un quart d'heure est utilisé pour présenter

(1) tableau p. 59

le centre, sa structure juridique, son fonctionnement avec 6 infirmières, ses activités soignantes et administratives. Puis, l'élève présente la situation d'une dame de 84 ans souffrant de rhumatismes, à qui l'élève fait tous les jours toilette et installation pour la journée. L'élève replace cette personne dans son contexte familial (elle habite chez sa fille) et pose clairement trois problèmes à court et long terme, notamment celui de l'état de santé de sa fille. L'élève a incité celle-ci à consulter à nouveau son cardiologue, pas revu depuis quatre ans alors que cela semble nécessaire. Le rendez-vous est pris.

Discussion

L'infirmière du service trouve la présentation excellente. L'élève a vu des aspects qu'elle n'avait pas eu le temps de découvrir elle-même. La monitrice demande des compléments d'information sur deux points, la douleur, les relations que l'élève a établies avec d'autres intervenants. En effet, un kinésithérapeute intervient aussi. Il a fait dire à l'élève, par la vieille dame, de ne pas mobiliser le coude douloureux. La monitrice pose des questions sur la suite de ce que l'élève a amorcé auprès de la fille de la patiente.

Note. - l'infirmière trouve les deux exposés excellents et propose 17. La monitrice demande à l'élève si cela correspond à la note qu'elle se mettrait. L'élève pense que cela correspond. La monitrice me demande mon avis. Je le donne, non par rapport à l'exposé, mais par rapport aux autres notes données dans ce genre d'épreuve. L'exposé est-il dans les meilleurs et quelle est la meilleure note ? Après discussion sur ces points, le travail présenté obtient 18/20.

Réflexions

De tous les plans de soins auxquels j'ai assisté, celui-ci est de loin le meilleur; ce sera, à vrai dire, le seul qui présente réellement un aspect planificateur, prévisionnel et actif, c'est-à-dire que l'élève a utilisé la démarche d'analyse de problème en situant bien le contexte familial, en

identifiant des problèmes immédiats et à plus long terme, et elle a proposé une action en accord avec les intéressés : revoir le cardiologue. Organiser les soins à la mère âgée sur les mêmes bases ou prévoir une autre organisation est en effet le problème central.

Pourquoi le plan de soins est-il meilleur ?

Quatre raisons viennent à l'esprit.

1. il s'agit d'une élève de deuxième année, donc plus avancée et plus à l'aise dans ses études et dans la zone d'initiative infirmière.
2. cela tient à sa personnalité. Elle a un bon contact avec les familles; elle est intelligente et a bien compris la démarche du plan de soins.
3. cela tient au contexte d'un service extra hospitalier. L'élève n'est pas soumise à la friction constante avec un grand nombre de malades et de personnel. Elle voit une personne ou une situation familiale à la fois; elle est seule professionnelle et peut donc sortir de l'anonymat du statut de stagiaire; la famille la connaît, elle, par son nom et elle connaît la famille et la malade.
4. enfin, l'épreuve n'est pas une course contre la montre, mais il est prévu que l'élève dispose d'une à deux semaines dans ce genre de stage pour préparer le plan de soins. On peut se demander s'il n'y aurait pas des éléments transposables dans un plan de soins en milieu hospitalier.

Quatrième observation

Cela se déroule dans une pièce tranquille, assis autour d'une table. La surveillante, une monitrice, une élève de 2ème année et nous-même sont présents.

Déroulement. - l'élève a écrit son plan de soins et s'en sert pour l'exposer; elle décrit l'hôpital et le service. Elle présente bien un malade transféré d'un autre hôpital pour hémiplégié sous les aspects suivants : identité, circonstances d'entrée, diagnostic, étiologie et évolution, examens pratiqués à l'entrée. Les soins infirmiers sont ainsi présentés : "les soins infirmiers nécessités par Monsieur X

dépendent des problèmes actuels dûs à la perturbation de ses différentes fonctions. Pour chaque fonction : besoins fondamentaux se déduisant de l'altération, problèmes liés à cette altération, ressources du service et du malade, surveillance du traitement, de l'efficacité clinique, de la toxicité, transmissions". Ses recherches ont été facilitées par l'existence d'un dossier infirmier qu'elle décrit ainsi : "le service est réparti en deux ailes de 11 et 12 lits - chaque aile a son classeur et deux boîtes de fiches - boîtes de soins infirmiers : 4 fiches par malade, examens, médicaments per-os, injections, soins - boîte de diététique, une fiche par malade, qui reste à l'office. Le classeur : une fiche par malade permet de faire une relève écrite par toutes les personnes qui se sont occupées du malade : infirmière, stagiaire, kiné. On note ce qu'a fait le malade, son comportement, son évolution. Il y a en plus, feuille de température, feuille d'examens. Entre infirmières et stagiaires il y a une relève à 8h." La discussion évaluative est brève, la note est élevée.

Réflexions

Dans un service où l'organisation n'est pas en contradiction avec l'individualisation des soins, où documents écrits et transmissions orales permettent à l'élève d'être informée, on se rend compte d'une efficacité des soins, d'une qualité qui paraît naturelle. Que l'élève en ait tiré profit reste cependant à mettre à son avantage. Les services hospitaliers qui ont entrepris depuis 7 à 8 ans de restructurer les documents de soins en les individualisant par malade ont créé un autre terme que celui du plan de soins. En effet, ce terme a été attaché à la formation infirmière et vu comme une méthode pédagogique. L'expression dossier infirmier ou dossier de soins a été substituée. Il y a cependant une grande différence entre les termes du dossier et de plan. L'un classe et rend accessible des informations, l'autre prévoit l'action. Cependant, la présence d'un dossier qui ne serait qu'information classée et accessible concernant les soins constitue déjà un atout pour les stagiaires et une sécurité pour les malades.

Cinquième observation

Le dernier plan de soins observé était présenté par une élève de 2ème année qui n'avait vu que pathologie et traitement. La surveillante a cette fois très précisément réintroduit les soins à planifier pour que la malade soit bien soignée. Dans les autres observations, la surveillante ou l'infirmière laissait plus ou trop la place à la monitrice dans l'argumentation du travail de l'élève. Nous n'avons pu assister à la fin de l'épreuve et n'avons pas su la note.

Documents

Certes, ces cinq exemples ne reflètent pas l'ensemble des réalisations possibles. Mais, ils nous ont permis de remarquer certains faits, de rechercher des explications. Comme nous n'avons pas pris le parti de limiter notre étude à une seule épreuve, qui aurait été celle-ci à cause de son intérêt déterminant pour une réorientation de la formation et de l'exercice professionnel, nous compléterons ces observations par une recherche dans les publications pédagogiques professionnelles pour voir si nous trouvons soit des critiques, soit des expériences positives.

Deux articles relatifs à ce sujet retiennent l'attention :

- une enquête de 1974/75 sur le stage
- une expérience d'utilisation du plan de soins dans un service⁽¹⁾. Voyons-le d'abord. Cet article fut publié avant la mise en place du nouveau programme. Il représente le point le plus avancé, à ma connaissance, du mouvement d'expériences préalables. Un point si avancé qu'il n'a guère été rejoint. Pourtant, le principe est simple. Il décrit la mise en oeuvre du plan de soins dans une unité de soins de 30 lits de chirurgie dans un double but : il s'agissait d'encadrer un stage à temps complet de 8 élèves-infirmières, mais aussi :

"la particularité de l'expérience a résidé dans le souci d'y faire participer toutes les infirmières du service et d'en faire bénéficier tous les malades. En effet, l'école voulait se rendre compte de la possibilité d'utiliser des plans de soins dans un but pédagogique, mais aussi de leur utilité dans un service pour améliorer les soins à l'ensemble des malades"

1) FREMONT M. de - BOUCOLON N. - L'infirmière enseignante - Mai 1971 -

Cette expérience est réalisée par deux monitrices; l'une remplace la surveillante temporairement absente pendant deux mois, l'autre complète l'effectif de cinq infirmières qui assurent les deux horaires de jour 6h. - 22h.

Trois buts sont fixés :

- . individualiser les soins
- . donner une responsabilité entière à chaque membre tout en travaillant en équipe
- . assurer encadrement et enseignement des élèves

Le service est réparti en deux, chaque part est confiée à une infirmière et deux élèves le matin, autant l'après-midi. Les deux équipes chevauchent une demi-heure de 14h. à 14h.30, pendant laquelle les transmissions sont faites. L'élève a deux malades pour lesquels elle effectue une démarche complète : recueil d'éléments à partir de l'inventaire des besoins fondamentaux de l'être humain, classer, dégager les problèmes, les ressources possibles, penser une action de soins infirmiers. Sur un document individuel à chaque malade elle note le résultat de sa démarche : problème - soins. Ceci est supervisé par l'infirmière qui fait de même avec les autres malades.

A partir de ces éléments, deux possibilités :

- l'une consiste à évaluer les actions réalisées par les résultats et à les réajuster,
- l'autre consiste à écrire l'action à entreprendre une fois le premier bilan effectué. "Il était ainsi possible aux élèves et aux infirmières de vérifier les décisions d'ordre infirmier prises en équipe pour cette personne". Elles pouvaient être modifiées et adaptées. Cette démarche plus longue s'avère un instrument de formation et de travail supérieur.

Le bilan : les infirmières concernées par cette expérience ont compris à quel point leur travail était non seulement plus humain, mais aussi plus intéressant. Les élèves ont mieux compris le sens véritable des soins infirmiers : soigner une personne dans sa totalité, et comment le plan de soins peut les aider dans leur démarche. En outre, elles ont saisi la portée d'un véritable travail d'équipe et

l'importance d'une action commune... "Est-il possible de demander aux élèves d'utiliser une méthode telle que le plan de soins si les équipes soignantes ne l'emploient pas?" Il faut noter que ces deux monitrices ont poursuivi leur expérience par la suite pendant deux ans, chacune comme surveillante d'un service.

Le deuxième article plus récent⁽¹⁾ - 1975 - rapporte une enquête sur le stage hospitalier dans la formation des élèves infirmières de 2ème période. Il constate un vide total dans la formation et le contrôle de la planification des soins et propose l'introduction du plan de soins dans tous les services comme solution. Il s'appuie sur des documents suisses, canadiens, français aussi, mais sans citer l'article ci-dessus; il s'agit plutôt d'une sorte de voeu irréalisable.

Ce deuxième article confirme notre expérience personnelle en tant que formateur. Il y a encore à l'heure actuelle des disparités considérables entre les services, l'organisation des soins et la formation des stagiaires infirmières à cette démarche.

Analyse docimologique du plan de soins

Validité

En principe, cette épreuve correspond exactement à la démarche de soins à une personne. Elle valide mieux que tout autre une dimension essentielle du nouveau programme.

Mais son application soulève beaucoup de difficultés. La principale reste pour nombre d'infirmières et de monitrices de passer du schéma "observation du malade" au processus "plan de soins". Les écoles d'une région ont élaboré un document qui reflète cette ambiguïté. Aussi allons-nous examiner ce point plus à fond.

Le document est intitulé Guide d'évaluation des plans de soins pour l'ensemble de la scolarité des études d'infirmières.

1) BOUFFAY M. - FAUCHE Y. - LAMOLINAIRIE H. - TOMKEVITCH CH. -
"Le Stage hospitalier dans la formation des élèves infirmières en 2ème période" - L'infirmière enseignante - Nov. 1975 -

Ses objectifs sont d'harmoniser les épreuves sur l'ensemble des hôpitaux et des écoles et de "déterminer les principales étapes d'évaluation pour apprécier la progression des élèves".

Quatre plans de soins sont décrits. Voyons celui de la 2ème période :

Fond - l'élève doit être capable de :

1. présenter le malade sur le plan physique, familial, professionnel, social,
2. analyser les incidences de la pathologie sur les besoins du malade,
3. décrire les symptômes observés, déduire l'action projetée et la justifier au niveau des soins, des investigations, des traitements,
4. dégager les priorités par rapport à la pathologie et au malade,
5. envisager l'éducation et le devenir du malade,
6. effectuer les transmissions,
7. effectuer un soin relevant de sa compétence.

Notons au passage l'absence d'observations relatives aux comportements, à l'état affectif du malade. Mais nous avons surtout été intriguées par les rapports entre symptômes et soins dans la 3ème étape. Le symptôme dans cette phrase semble appartenir à deux ensembles, chacun devant le prendre en compte pour l'utiliser différemment, l'univers médical et l'univers infirmier nouvellement jalonné.

Dans le domaine médical, le symptôme est un signe d'appel manifeste ou recherché qui guide le médecin vers la mise en évidence d'autres manifestations appartenant au même diagnostic à différencier des diagnostics voisins. Alors, le symptôme prend tout son sens parce qu'il entre dans un ensemble connu, dans une catégorie répertoriée, nommée, à laquelle est attachée, souhaitons-le, une action thérapeutique. Pour ne rien laisser passer, l'histoire pathologique antérieure et tous les appareils de l'organisme sont examinés. C'est l'observation médicale souvent effectuée par les étudiants en médecine à l'hôpital.

Comme il est clairement dit dans l'introduction du programme infirmier de 1961⁽¹⁾, il n'existe pas d'autre opération intellectuelle que celle-là; "la responsabilité de l'infirmière est pratique, mais elle doit s'appuyer sur un enseignement théorique lui permettant de "comprendre" la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique". L'élève infirmière est donc invitée, non à faire l'observation du malade, ce qui serait empiéter sur le domaine médical, mais à la comprendre. Pour la comprendre sans la faire, le plus simple est d'en reproduire les grandes lignes, d'y adjoindre la présentation physique et l'état civil, et par contre détailler les soins prescrits, l'administration de la thérapeutique et la surveillance de l'évolution des symptômes qui constituent le "rôle de l'infirmière". Tels sont les points de l'observation du malade par des infirmières et bien des "plans de soins" et des devoirs dits de "soins infirmiers" n'ont rien de plus et recueillent une bonne note. C'était le schéma bien compris de la 1ère observation citée et mal compris de la 3ème et de la 5ème, élèves de trois écoles différentes. Il ne s'agit donc pas d'un cas exceptionnel.

L'ensemble "soins infirmiers" est fondé sur le principe suivant, il y a une autre opération intellectuelle à faire comportant :

1°. une observation originale non incluse dans l'observation médicale. Il s'agit des manifestations des besoins fondamentaux propres à cette personne, à ses habitudes de vie, à ses relations avec son environnement, à ses projets. Quelles sont les perturbations à la satisfaction de ces besoins, révélées ou occasionnées par le symptôme mais aussi par le traitement, par son état de santé et par l'hospitalisation ?

2°. l'interprétation s'appuie sur les connaissances physio-pathologiques et psychologiques entre autres.

Elle consiste :

- * à localiser les problèmes posés à la personne, à son entourage et aux soignants,

- * à rechercher la capacité qu'a la personne de les résoudre, les solutions qu'elle a déjà apportées,
- * à lui apporter l'aide ou à se substituer à elle tant que c'est nécessaire, par exemple pour suivre le traitement médical,

3°. L'action de soin est cette aide, cette surveillance, ou l'information et l'éducation nécessaire.

Si nous examinons après cette précision l'objectif du document cité :

"décrire les symptômes observés, déduire l'action projetée et la justifier au niveau des soins, des investigations, des traitements", nous comprenons l'embarras des élèves :

décrire les symptômes observés par qui ? par le médecin probablement; l'élève est-elle entraînée ou seulement autorisée à faire des observations systématiques ? de quelle nature ? déduire l'action projetée ? par qui ? - on pencherait côté élève puisque'il y a "déduire", c'est donc que cela n'a pas été fait, et ensuite il y a : la justifier au niveau des soins, mais suivent : investigations et traitements, qui sont bien du domaine médical.

Cet embroglio est bien signe d'une phase de transition.

Dans ce document, les quatre plans de soins proposés comme une progression au cours des études donnent quatre formulations différentes des relations entre la connaissance théorique, la connaissance du malade et l'action infirmière.

1ère période (1ère année) :

- . observer le malade (observer quoi ?)
- . recueillir les informations qui le concerne (lesquelles?)
- . déterminer ses besoins (pourquoi ?)
- . exécuter un soin de sa compétence (sans relation apparente avec les étapes précédentes).

2ème période (1ère année) : les étapes viennent d'être citées relevons l'action :

- . "envisager les priorités par rapport à la pathologie et au malade". Cette action est peu à la portée d'une débutante. L'ensemble des étapes est plus complexe que celles prévues en 2ème année.

en début de 2ème année

- . présenter le malade (avec beaucoup de précisions)
- . déterminer ses besoins prioritaires
- . déduire l'action à entreprendre par les membres de l'équipe

Ce serait très clair s'il n'y avait "pas les membres de l'équipe". Il s'agit donc toujours de comprendre ce que font les autres.

fin 2ème année

- . présenter le malade
- . présenter avec précision les problèmes actuels et déduire l'action à effectuer par l'élève, par l'équipe en fonction des ressources du malade...

C'est le seul schéma qui établisse une relation nette entre problèmes et action de l'élève, distinguée des autres actions. Mais il ne mentionne pas d'où viennent les problèmes ou plutôt le lien entre besoins prioritaires du schéma 3 et problèmes. Il se peut que ces deux derniers plans représentent deux interprétations du plan de soins, qui reflètent une évolution.

Pendant plusieurs années, influencé par le livre de V. Henderson⁽¹⁾, on a parlé des besoins de l'être humain, de leur identification et de leur satisfaction. Il fallait même les prévenir. Mais le concept est apparu très flou, interprété de façon variable, trop sujet à la projection pour fonder une action. Si bien qu'il demande à être précisé quand il est employé. Il est complété par le concept de problème qui débouche sur l'action.

4°. la dernière question que nous soulèverons vient aussi du document et des observations. A quoi devrait aboutir un bon plan de soins d'une élève ? Est-ce à montrer qu'elle a compris, bien appris les données théoriques relatives au cas présenté, bien utilisé la démarche d'identification des besoins prioritaires de cette personne et des problèmes à résoudre, bien vu les soins faits par les autres, bien su exécuter un soin ? ou est-ce à la capacité d'établir un lien

(1) HENDERSON V. - Op. Cit.

par elle-même entre les données et une action qu'elle propose, donc est-ce un apprentissage à la prise de décision ?

Selon la réponse que l'on donnera, le plan de soins sera considéré comme une méthode pédagogique ou comme une méthode professionnelle infirmière, comme l'affaire des écoles ou l'affaire de tous, soignants et enseignants, soignés et élèves.

Les articles cités précédemment le voient comme l'affaire de tous, c'est aussi notre point de vue, mais nous en sommes loin. Nous pensons que le plan de soins n'a de valeur formatrice réelle que s'il est un plan d'action, s'il permet au planificateur de prévoir des actions non encore prévues ou d'apprécier le bien fondé du plan en cours.

Mais il faut voir des difficultés liées à la compétence et au statut de la stagiaire. En ce qui concerne sa relative incompétence, planifier les soins permet un apprentissage à la décision sous contrôle avant de passer à l'action. Cela offre donc une sécurité.

Quant à son statut, l'élève dépend de l'équipe soignante pour son apprentissage et pour sa note de stage. Détecter un problème pas traité n'a rien d'exceptionnel, car elle est souvent moins pressée que les infirmières, et elle donne des soins plus longs et plus personnels, tels que toilette, aide aux repas, installation. Enfin, cet inventaire systématique qui lui est demandé, si elle ose le faire, peut lui faire découvrir un certain nombre de points qui mériteraient d'être traités par les soignants. Si elle craint que les infirmières n'y voient une critique, elle peut soit prendre des initiatives sans le dire, qui risquent d'être intempestives, soit ne rien faire.

Il y a donc lieu de clarifier cet aspect du plan de soins qui déboucherait sur une proposition d'action. Celle-ci doit être examinée et approuvée par l'équipe soignante, mais dans toute la mesure du possible réalisée par la stagiaire, puis évaluée. Dans les plans de soins observés nous avons vu cela très nettement dans le 3^o, en milieu extra hospitalier.

Nous avons aussi vu, que dans un service où il y avait un dossier infirmier les difficultés de ce genre étaient applanies par l'établissement de transmissions journalières indi-

vidualisées pour chaque malade, sous forme écrite, complétées par une transmission orale pour les élèves (4° plan de soins). Il y a donc la possibilité d'envisager le plan de soins comme une formation à la décision infirmière. Mais pour y parvenir il est nécessaire d'avoir admis qu'il s'agit bien de décisions et non de "petits soins" dépendant des dons innés des élèves.

Fiabilité

Beaucoup d'éléments contribuent à ne pas rendre cette épreuve extrêmement stable. L'élève n'a pas toujours eu le cours correspondant à l'état pathologique de la personne pour qui elle fait un plan de soins. Il n'y a pas toujours des documents dans le service qui pourraient remédier à cela. L'effet des relations antérieures de l'élève avec le service, les soignants et avec l'enseignante peut aussi entrer en jeu (effet dit de halo). La discussion qui suit avec l'enseignante peut déborder ce que l'élève a rassemblé comme informations.

Il y a aussi des différences d'exigence entre les enseignantes. Quant à l'exécution d'un soin, nous avons relevé beaucoup de critiques de la part des élèves. Dans nos observations le soin était souvent sans grand rapport avec ce qui avait été planifié. Il paraît en effet peu vraisemblable que les techniques courantes ne soient pas maîtrisées après quelques jours de stages et que le service ne se porte pas garant auprès des malades de la capacité des élèves à ce sujet. Mais on peut penser que cette note séparée est un vestige de la formule des diplômes précédents et qu'elle ne disparaîtra pas de sitôt. Nous avons observé que la bonne note pour un soin élémentaire peut masquer une déficience au niveau de la compréhension du plan de soins

Nous avons également observé que la grille d'évaluation fournissait des critères, que les évaluateurs s'y référaient pour orienter leur observation, mais que finalement ils donnaient une note globale.

Maniabilité

Le temps pris par ces évaluations est très élevé. Il est estimé de 30 à 50 demi-journées par an pour une monitrice responsable d'un groupe de 20 élèves. Le temps pris aux surveillantes et infirmières varie selon le nombre de stagiaires. Il peut être élevé. Toutes les surveillantes s'en plaignent.

Résumé et Conclusions

Force

En résumé, l'épreuve de soins infirmiers a comme force, en premier lieu d'exister, c'est-à-dire de présenter d'une manière officielle un lien entre les données provenant de chaque personne soignée, les connaissances appropriées et l'action infirmière. Elle valide l'orientation nouvelle des soins infirmiers. L'observation de cette épreuve montre qu'il est possible d'y parvenir.

Sa force vient aussi de ce que sa création a entraîné dans certains hôpitaux ou dans seulement quelques services la mise en place de dossiers infirmiers ou de dossiers de soins (selon la terminologie utilisée).

Enfin, sa force vient de ce qu'il s'agit d'une épreuve jamais entièrement satisfaisante et que nombre de remises en cause et de négociations ont lieu à son sujet entre infirmières enseignantes et soignantes. A cette occasion, les enseignantes ont une raison officielle de contact avec les services de soins.

Faiblesse

Sa faiblesse vient de l'ambiguïté de la démarche proposée aux stagiaires reflétant des positions différentes des enseignantes.

- Soit il s'agit d'une méthode d'enseignement et d'évaluation montrant que l'élève possède les connaissances et les applique à bon escient à un cas. Cette position est très peu différente et souvent solidement attachée à la formule antérieure "d'observation de malade" infirmière; soit c'est une méthode d'apprentissage à l'action infirmière, avec tout ce que peut mobiliser de connaissance, de savoir faire, la décision d'une action et le contrôle de son résultat.

- La faiblesse au niveau évaluation vient du fait qu'elle est notée, et notée sur des critères incertains, ce qui tend à la rigidifier.
- Une autre faiblesse est qu'il s'agit d'une épreuve lourde, qui prend du temps aux enseignants et aux soignants.
- Enfin, le temps théorique de préparation par l'élève est très insuffisant (1h.).
- La faiblesse au point de vue notation est la valeur égale attachée à une technique de soins, parfois sans rapport avec un soin qui serait propre au service, dont l'évaluation est gênante pour tous, et dont la fiabilité en tant que représentant la capacité technique de l'élève est douteuse.

En conclusion, nous reconnaitrons à cette épreuve un rôle majeur pour rendre crédible la nouvelle orientation des études d'infirmières. Mais s'il y a beaucoup à faire pour l'améliorer au niveau docimologique l'effort réel à envisager se situe en amont, comment former progressivement les élèves à cette démarche ?

Le programme de 1972 était resté évasif à ce sujet parce qu'il s'agissait d'une formule imprécise à l'époque. Le programme de 1979 a proposé très clairement une démarche dans le cours de la formation sur laquelle nous reviendrons.

CHAPITRE VII

L'évaluation des stages

Le stage dans la formation

52,75 % du temps total de formation se passe en stage. Si l'on soustrait le temps de révision et d'examen, et ne compte que le temps d'enseignement prévu, on arrive à 60 % du temps en stage dans le programme de 1972.

Les éléments recueillis précédemment sur les débuts des écoles montrent que le stage à visée formatrice a été admis et organisé plus tardivement que l'enseignement. Autant l'école anglaise y attachait d'importance, autant l'école française le négligeait, le savoir s'acquerrait par la parole, parole qui dit ce qu'il faut retenir, parole qui donne les ordres. Les textes réglementant les études d'infirmières ont traité le stage essentiellement comme une durée dont on doit exiger la garantie : 22 mois jusqu'en 1972. Le stage serait comme un bain colorant, plus on y stagne plus l'imprégnation est forte.

Dans les programmes antérieurs 1951 et 61, il n'y avait pas de rubrique intitulée stage. En 1951, sous le titre Enseignement pratique, on trouve⁽¹⁾ une liste de soins divisée en soins médicaux et chirurgicaux. L'introduction de la partie pratique dit seulement ceci "l'enseignement pratique est la partie la plus importante du programme, le rôle essentiel de l'infirmière étant d'appliquer les soins" et le rôle de la monitrice précisé là est de donner des "répétitions sur des notions théoriques en rapport avec le travail quotidien de l'infirmière" . De même en 1961,⁽²⁾ il n'y a pas de rubrique intitulée stage. Sous le titre de "Méthodes de travail et formation pratique", on trouve dans les méthodes : rédactions d'observations sur la surveillance d'un malade ou d'une thérapeutique, l'évolution de la maladie et les incidences psycho-sociales".

1) Programme d'enseignement études préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmières - 1951 - p. 29.

2) id. 1961 - p. 25

Ce n'est donc qu'en 1972 que l'on cherche à préciser le but et les conditions pour que cette partie considérable du temps soit formatrice. Voici le texte. (1)

"Les stages tant en milieu hospitalier qu'extra-hospitalier représentent un des temps forts de la formation. Ils ont pour but d'apprendre à l'élève à être progressivement responsable de l'ensemble des soins infirmiers. C'est pourquoi il est important que les élèves se voient confier durant leurs stages la responsabilité de personnes soignées et non la responsabilité de tâches parcellaires. Infirmières enseignantes et infirmières soignantes recevant des élèves en stage devront collaborer étroitement pour maintenir l'unité dans la formation. Dans le stage, un temps suffisant doit être prévu pour permettre à l'élève en relation avec l'équipe de soins, d'observer, de réfléchir et de se documenter avant d'exécuter des soins effectifs. L'élève étant en fonction d'apprentissage ne doit en aucun cas servir de personnel d'appoint au niveau des stages quels qu'ils soient"

Ce texte, renforcé par les évaluations du plan de soins a eu une influence indéniable. L'objectif "apprendre à l'élève à être progressivement responsable de l'ensemble des soins infirmiers à une personne... et non des tâches parcellaires" était nettement opposé à l'introduction de 1951 que nous venons de voir.

La collaboration infirmières enseignantes et soignantes pour "maintenir l'unité dans la formation" a subi une évolution paradoxale que nous évoquons rapidement.

Même sans injonction administrative, les écoles ont cherché à établir des passerelles avec les services recevant les élèves stagiaires. Avant 1972, dans beaucoup d'écoles, les monitrices se rendaient dans les services hospitaliers pour effectuer un travail avec les élèves, travail de soin, d'observation, de réflexion.

Mais la proportion de monitrice par rapport au nombre de terrain de stage est très réduite; mettons environ 1 pour 10 et surtout la capacité d'action de formation est limitée parce qu'elle ne connaît pas les malades, si elle n'a pas une continuité dans le même service. Sauf dans ce dernier cas, sa présence est parfois considérée comme une ingérence dans le service qui craint que la monitrice ne porte des jugements défavorables sur son fonctionnement. C'est pourquoi certaines écoles ont créé des services pilotes où toutes les élèves passent. Cela a d'autres inconvénients.

Dans des services importants, il arrive parfois qu'une infirmière soit détachée à la formation des élèves. Toutes ces formules laissent supposer que les autres services, probablement plus de 90 %, offrent simplement aux stagiaires une participation au travail infirmier sans qu'une infirmière soit particulièrement responsable de cet encadrement.

Ce qui est paradoxal est que le "nouveau programme" qui soulignait cette nécessité de collaboration école-stage a pratiquement fait disparaître l'action directe des monitrices en la remplaçant par des évaluations de plans de soins qui sont, avec les autres évaluations, dévoreuses du temps des enseignants. Mais ces évaluations ont forcé toutes les enseignantes à prendre contact avec les services.

Pour terminer sur ce thème de "l'encadrement" en stage, disons seulement qu'il a suscité d'innombrables débats, mémoires, expériences et prises de position sans réellement apporter de propositions très claires.

Abordons le problème sous l'angle de l'évaluation. Il s'agit bien encore d'une "collaboration infirmière-soignante et enseignante pour maintenir l'unité dans la formation".

Après avoir décrit les modalités et donné le modèle de quelques fiches, nous donnerons l'avis des élèves et des enseignantes sur cette forme d'évaluation et résumerons un travail sur l'avis des surveillantes et la note.

Sur ces bases, nous soumettrons brièvement cette forme d'évaluation aux critères de validité, de fidélité et de maniabilité, afin d'en tirer des points de réflexion.

Modalité

Chaque stage est évalué sur une fiche donnée par l'école, en général apportée par l'élève, remplie avant le départ de cette dernière, signée par la surveillante, une infirmière et l'élève. Nous donnons trois modèles en annexe ⁽¹⁾.

Un stage s'étend sur un à deux mois, 20 heures par semaine.

Le modèle de la 3ème période est utilisé pendant toute la deuxième année, à l'exception du stage extra-hospitalier, dont nous donnons la fiche. Il existe deux autres modèles 2ème période et 6ème période assez peu différents, que nous ne donnons pas.

Nous voyons qu'un ensemble de critères et d'appréciations est interposé entre l'évaluation et la note.

Objectifs

- De l'avis d'enseignantes cette fiche permet de :
- . réunir des observations différentes sur chaque élève, voire les convergences,
 - . contrôler leur présence .

Avis des intéressés

Elèves

Les élèves sont très partagées. Les critiques portent sur la subjectivité, l'arbitraire des avis, son utilisation après le stage :

"cette fiche contient beaucoup de détails, rarement remplis. Quand elle est exceptionnellement utilisée au milieu du stage, elle est utile. En fin de stage, elle est inutile et subjective. La note portée est une note d'affinité, d'attitude, d'intégration". Une élève avait fait son travail de 6ème période sur "l'élève dans le service hospitalier";

Citons à titre de témoignage les passages où elle parle de l'évaluation : "dans un service, tous les employés sont leurs propres petits chefs, car ils sont salariés. Ils peuvent défendre leur point de vue sans encourir une sanction. Pour la stagiaire la sanction c'est la mauvaise note, le mauvais rapport, car quoiqu'on en dise, les dialogues ne sont pas toujours possibles".

Plus loin, l'élève et le malade : "le malade fait preuve de beaucoup plus de patience avec l'élève qu'avec l'infirmière dans l'exécution de certains soins. Il y a même une complicité entre eux surtout lors des évaluations en stage par la monitrice... le malade est le seul qui soit d'emblée l'allié de la stagiaire".

Cette fiche est perçue comme un danger, de même les évaluations du plan de soins, qui produisent une alliance des faibles : le malade et la stagiaire.

Par contre, des élèves voient la fiche positivement quand elle est bien remplie. Elle permet de s'améliorer, elle donne une vue d'ensemble, elle aide à progresser... si elle est remplie ou discutée en cours de stage puis à la fin, avec l'élève, avec plusieurs soignants ou toute l'équipe.

Avis des enseignantes

La note donnée par les services est trop élevée. Elle repêche les élèves au diplôme d'Etat. La dispense de l'épreuve pratique au-dessus de 14 fait monter la note sous la pression des élèves.

Avis des surveillantes et valeur de la note de stage

Nous nous baserons sur un travail récent. Il s'agissait de rechercher si la note finale est semblable ou diffère significativement des appréciations portées sur chaque critère, à quoi est due cette similarité ou différence, finalement quelle est la base de l'appréciation et de la note de stage; l'instrument de mesure, cette fiche, influence-t-elle le résultat ? (1)

Nous supposons en effet que les inventeurs de la fiche voyaient l'opération évaluation se dérouler dans l'ordre de présentation des rubriques, c'est-à-dire : critères, appréciations particulières, puis appréciation globale traduite en note. Mais il pourrait s'agir de deux processus différents, résultat de chaque critère d'un côté, impression globale et note de l'autre.

Les idées nouvelles sur l'évaluation qui donnent de la valeur à des critères eux-mêmes nouveaux "identifient les besoins fondamentaux" "déduisent les soins infirmiers"... sont-elles reconnues dans la note globale ? ou au contraire ces nouveaux critères sont-ils négligés et les valeurs qui sous-tendent la note, ce qui compte, sont-elles celles de la surveillante et des infirmières, comme par le passé, ce que les élèves appellent "affinités". L'auteur fait plusieurs constatations. D'abord, il est difficile de transposer les critères en note finale parce que l'échelle des critères est à 6 niveaux, de nul à très bien. La note finale est à 20 niveaux, mais regroupés en 8 appréciations, de très mauvais à exceptionnel. Il examine 20 dossiers d'élèves d'une promotion de 120 dans une école en en prenant un sur six dans le classement alphabétique. Il relève les notes de 7 mois de stage de 1ère année représentant 6 terrains différents par élève. Les mesures

(1) OUBAH TESSOUBE J. - Etude sur l'évaluation des stages pratiques des élèves infirmières - juin 1979 -

des 19 critères sont converties en points sur 6, ramenés en note sur 20 par une règle de trois; le total par élève est comparé à la note globale par le test statistique de signification appelé le T de Student.

Il n'y a pas de différence significative à $P = 0,05$.

En effet, le résultat est $t = 2,05$.

Pour un degré de liberté de 19, la table du T de Student donne :

$P = 0,01$ $t = 2,86$

$P = 0,05$ $t = 2,09$

Cela veut dire qu'il y a plus de cinq chances sur 100 pour que la différence des notes soit due au hasard.

"Ayant rejeté l'hypothèse alternative pour l'hypothèse nulle, nous pouvons affirmer que les deux groupes de notes concordent entre eux; il nous reste maintenant à savoir si le résultat est le fait d'une coïncidence ou délibérément voulu par les notateurs. C'est ainsi qu'il nous a fallu rencontrer cinq surveillantes pour un entretien portant sur quelques éléments de ce bulletin d'évaluation. Les cinq surveillantes rencontrées représentent cinq services dans cinq hôpitaux différents : maternité, chirurgie, médecine, pédiatrie, gériatrie".

Les questions posées sont :

"comment s'y prennent-elles pour noter ? quels sens mettent-elles derrière les mots décrivant 7 des critères tirés au hasard ? que pensent-elles du bulletin de notes ?"

En ce qui concerne les notes et les grilles d'évaluation, une sur cinq coche d'abord les critères et calcule la note d'après l'ensemble; une autre procède à l'inverse, elle met d'abord la note globale, puis coche les cases des critères de façon à être en accord, les trois autres réajustent l'un à l'autre de façons variées, mais hésitent sur la note définitive parmi les 2 ou 3 notes contenues dans une série (par ex. exceptionnel : 18-19-20).

Il ressort donc que la note et les critères ne peuvent diverger. Ils sont mis les uns par rapport aux autres, avec éventuellement la note en premier.

Puis l'enquête porte sur le sens des termes employés dans les critères. L'auteur tire 6 critères au hasard (1) :

* sait observer - trois : l'élève doit observer ce qui concerne les malades et le signaler
deux : ce terme recouvre beaucoup de choses (ce qui est vrai)

1) nous indiquons les réponses en mettant en premier celles qui sont dans l'orientation du nouveau programme, ou qui montrent un souci pédagogique; nous mettons nos propres commentaires entre parenthèses.

* déduit les soins adaptés à la personne :

trois : prend une décision pour qu'une situation puisse changer

une : terme trop général

une : il suffit de s'approcher d'un malade pour savoir ce qu'il a

* sélectionne et transmet les informations :

trois : c'est important et difficile en 1ère année

deux : l'élève n'a pas à sélectionner puisqu'elle a à faire ce qui a été sélectionné au préalable (nous retrouvons une formule proche de celle du devoir)

* accepte une critique constructive et en tire profit

* reconnaît ses insuffisances

trois : pensent qu'actuellement les élèves n'acceptent pas de critique, ni ne reconnaissent d'insuffisance; elles agissent souvent en automate sans comprendre,

deux : pensent que l'élève fait ce qu'on lui demande et n'a pas d'insuffisances à reconnaître (ces réponses ainsi que la précédente révèlent des difficultés de relations dans un climat assez autoritaire)

* est exact dans l'exécution de son travail

le terme exact est ambigu; s'agit-il de l'arrivée, de la rapidité, des dosages ?

dans l'ensemble les surveillantes trouvent la grille de notation vague, et pensent qu'elle devrait être adaptée selon les services.

Nous concluons pour notre part, que pour le petit échantillon interrogé la note reste surtout "impressionniste" à une exception près, et que les critères ne permettent pas à l'élève de situer des points forts et faibles, donc de se situer dans son apprentissage.

Cependant, les réponses aux premiers critères font apparaître que trois des cinq surveillantes interrogées semblent bien orientées dans la même direction que le programme.

Valeur de la fiche de stage :

Validité

Rappelons que l'objectif du stage présenté dans le programme est le suivant :

"être progressivement responsable de l'ensemble des soins infirmiers de personnes soignées".

Si nous nous reportons aux dimensions que nous avons distinguées dans la partie relative au plan de soins, cet objectif recouvre trois aspects complémentaires successivement apparus :

1. maîtriser des techniques de soins pratiquées dans le service; cet aspect était le seul envisagé en 1951
2. "saisir l'ensemble thérapeutique dans lequel s'intègrent les soins infirmiers", vision précisée en 1961
3. identifier et répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes, objectif de 1972.

Les critères de la fiche de stage hospitalier sont à peu près également répartis entre ces trois catégories, avec une quatrième catégorie portant sur ses relations avec l'équipe soignante (1).

On peut dire que cet instrument est valide par rapport aux objectifs du stage. Seulement la manière de le remplir semble ne pas correspondre à l'intention des initiateurs de la fiche.

Par contre, la fiche de stage extra-hospitalier est étrangère aux clients et se centre sur l'organisme et l'équipe. L'élève semble être plutôt dans ce stage comme observatrice que comme acteur. D'ailleurs, le but de ces stages n'est pas donné. Malgré ses intentions, le programme fournit-il autre chose que des infirmières hospitalières ? Et s'il le voulait, le manque de services infirmiers extra-hospitaliers rend la réalisation difficile.

Fidélité

Nous n'avons pas procédé à des mesures sur ce point. Les notes semblent être dans l'ensemble élevées et cohérentes pour une même élève dans ses divers stages.

Maniabilité

Elle ne pose pas de problème de maniabilité à l'école. Dans les services, comme nous l'avons dit, il y a des différences

1) nous avons numéroté 1, 2, 3 ou 4 les critères de la fiche de 2e période, s'y reporter. - ANNEXE XXX

en fonction de l'usage qui en est fait. Si la fiche était utilisée comme le souhaitent les élèves, elle témoignerait d'un encadrement qui prendrait du temps.

En résumé

Force - la grille d'évaluation offre un essai de préciser les comportements attendus de l'élève, orientés dans le même sens que les objectifs de la formation, à l'exception de la fiche extra-hospitalière.

Faiblesse -

- . la note peut et probablement est souvent portée sur de tous autres critères implicites que ceux de la fiche, tels que intégration, adaptation, etc... ce genre de critères implicites n'est pas particulièrement formateur. Il nuit aux élèves de première année, moins aptes que celles des années suivantes, à s'adapter à ce monde particulier qu'est un service hospitalier.
- . la faiblesse principale de ce document vient de ce qu'il est noté. Il ne s'agit pas d'une épreuve mais d'un comportement pendant une longue période. La traduction en note qui relève d'un courant pédagogique précis constitue un amalgame que l'on peut regretter.
- . Par contre, nous ne suivrons pas les remarques des surveillantes regrettant l'imprécision des critères d'évaluation. Les fiches d'appréciation des stages constituent un document commun à toutes les écoles, une base de réflexion qui permet un travail pédagogique. C'est à chaque école, à chaque service, à chaque élève, de compléter ce document par des objectifs propres. Il est inenviageable de le faire plus avant à l'échelon national, et que cela ait le même sens pour chacun.

Conclusion - La difficulté d'évaluer le stage vient de sa durée, de la multiplicité des personnes qui s'y côtoient, des événements qui s'y déroulent, des formes d'organisation différentes du service, enfin et surtout de sa forme d'intégration dans les études. C'est pourquoi on ne peut envisager le stage et son évaluation que par rapport au contexte pédagogique de l'école.

Le travail personnel

Il reste une quatrième forme d'épreuve que nous ne ferons que citer :

"la sixième période est évaluée compte tenu :

1. d'un travail écrit personnel en rapport avec le stage à temps complet effectué par l'élève, dont le sujet a été choisi en accordance avec l'équipe enseignante,
2. des différents stages à temps partiel. Cette période est notée sur 20 points dont 10 points pour le travail personnel".

Nous n'avons pas analysé le travail écrit personnel parce qu'il n'est pas imposé d'autre contrainte aux écoles que de le noter. Il s'agit donc d'une oeuvre originale qui valide des capacités d'expression, de composition mais qui peut permettre aussi l'apprentissage d'une démarche systématique de recherche si l'école le veut. Nous la considérons comme une modalité à maintenir sans modification.

CHAPITRE VIII

Conclusions de la IIe partie

A travers ces observations et travaux exploratoires, nous avons progressivement précisé les dimensions que le programme cherchait à donner à la formation infirmière, en quoi ces dimensions étaient nouvelles et comment les modalités d'évaluation les validaient.

En conclusion, nous nous proposons de voir si les formes d'évaluation imposées correspondent aux dimensions annoncées. Nous résumerons ensuite les limites de validité et de fidélité constatées pour chaque épreuve.

Quant à la maniabilité, nous la verrons sous forme d'un tableau d'ensemble. Finalement nous serons à même d'énoncer les points critiques du système évaluatif. Pour cela :

- nous reprendrons pour chacune des dimensions de la formation infirmière les épreuves qui sont prises en compte pour garantir ces acquis et délivrer le diplôme d'Etat. Tout ce qui est annoncé est-il validé ? Y a-t-il des dimensions plusieurs fois validées et d'autres pas ?

- pour chaque épreuve nous résumerons ce qui a été mis en évidence dans cette deuxième partie : mesurent-elles bien ce qu'elles sont censées mesurer ?

I Validation des dimensions de la formation infirmière

A partir de l'introduction du programme.

"Au sein de la société, l'infirmière contribue à identifier et à répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes; c'est pourquoi la formation doit permettre à l'élève infirmière de :

1°) acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes,

2°) identifier les besoins et les problèmes posés aux personnes soignées par leur état de santé et leur traitement, et planifier des réponses adaptées,

3°) effectuer les soins prescrits et les soins initiés comme réponse adaptée,

4°) collaborer avec d'autres travailleurs sanitaires dans des équipes de soins, organiser son travail en le coordonnant aux autres,

- 5°) développer l'aptitude à penser,
6°) développer l'aptitude à assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel, civique.

Examinons les épreuves évaluant chacune des dimensions et leurs limites.

1°) Les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes

Nous avons vu que les petites questions, comme le devoir reposent sur des évaluations de connaissances. Les plans de soins leur font également une plus ou moins grande part. Les feuilles de stage elles-mêmes le précisent en première période. Ensuite, les connaissances sont intégrées à la capacité d'observer, de reconnaître des perturbations dues aux maladies et leur signification, les effets des médicaments utilisés et le but du traitement.

Quelles sont les connaissances validées ? Les petites questions au Diplôme d'Etat portent sur :

- . 1 - la législation, déontologie, administration,
- . 2 - surveillance thérapeutique,
- . 3 - examens,
- . 4 - pathologie médico-chirurgicale.

Les plans de soins insistent souvent sur le cas médical, les devoirs en sont composés à 90 %.

Nous rappelons les deux questions soulevées à ce sujet :

- 1/ dans ces connaissances, seulement une partie relève de l'exercice polyvalent des soins infirmiers. comment les cerner et éliminer des questions trop spécialisées ?

- 2/ le devoir pose avec acuité une autre question : de quelles connaissances a-t-on besoin pour faire une analyse de problèmes de soins et planifier les soins ? Y a-t-il, outre la démarche, des connaissances infirmières différentes du schéma médical symptôme - diagnostic - prescription, sauf dans les cas d'urgence ?

Nous avons montré que le fait de ne pas poser ces questions ou d'y répondre subjectivement expliquait des différences de notes (manque de fidélité de correction). Ces questions soulèvent des sujets de recherche d'une grande ampleur.

Nous ajouterons deux autres remarques. Dans ces épreuves, les connaissances de très nombreux domaines ne sont pas prises en compte, mais peut-être le sont-elles dans les évaluations continues propres à l'école ? Par exemple, santé, hygiène, organisation du travail, psychologie, éducation, formation civique. Leur composant de connaissances n'est pas validé. La deuxième remarque est que toutes les évaluations sont orientées vers les problèmes de santé individuels. Les groupes, les collectivités, l'aspect culturel ou alors économique ou politique de la santé n'est pas reconnu au niveau des sujets évalués. Cela permet-il de prendre des responsabilités civiques ?

Validité

- . Les petites questions ont eu leur validité mise en question à cause de leur petit nombre, de leur mauvaise répartition, de leur construction qui était de difficulté très variable. cela est améliorable.
- . Les devoirs testent la logique, la composition, des connaissances très limitées. ils sont peu valides pour tester les connaissances.
- . Les plans de soins ont une forme de validité irremplaçable, ils montrent la capacité de disposer et utiliser des connaissances adéquates dans une situation réelle.

2°) Identifier besoins, problèmes et planifier les réponses

Là, nous sommes au coeur de la nouvelle orientation, et de la démarche infirmière. Cela correspond à un objectif très clair de l'accord européen : "l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont le malade a besoin"... ou encore au nouveau texte législatif attribuant à l'infirmière "un rôle propre".

Les deux épreuves spécifiquement créés pour valider cette dimension sont le plan de soins et le devoir infirmier :
- le plan de soins révèle que le passage est loin d'être fait de l'observation du malade : pathologie et rôle de l'infirmière, au plan de soins : besoins que la personne ne peut

satisfaire sans aide ou substitut ce qui permet d'identifier les problèmes qu'elle a à résoudre et que l'infirmière a pour la soigner. Ceci dit, le plan de soins, s'il est bien compris, a pour but de valider cette dimension.

- le devoir de soins infirmiers qui ne permet pas de voir la capacité de l'élève à percevoir des informations significatives, puisqu'elles sont déjà formulées, ne valide pas cette dimension des soins. Nous avons vu au niveau de sa validité qu'il incite l'élève à faire des suppositions (éventuellement des projections) qu'elle ne peut vérifier.

- certains critères de la fiche de stage s'y rapportent.

3°) Effectuer les soins

Les soins sont la réponse aux besoins ou aux problèmes. Ils ont donc eux-mêmes plusieurs dimensions. Nous les classerons en trois catégories :

- . 1 - soins nécessaires à la vie quotidienne qui correspondent aux besoins fondamentaux,
- . 2 - soins thérapeutiques pour prévenir ou guérir ou maintenir la santé, dont la plupart sont prescrits,
- . 3 - soins de support - dans cette catégorie nous distinguerons : l'information, l'éducation sur des points de santé précis, l'aide affective (écoute, stimulation, relaxation...).

Les soins constituent la partie visible de l'iceberg. Ils sont plus efficaces s'ils ont une base de connaissance, s'il y a un entraînement à maîtriser la méthode, et les gestes techniques sûrs, et s'ils sont effectués en ayant précisé le but que l'action de soin cherche à atteindre. Une élève infirmière qui effectue des soins d'hygiène et de thérapeutique à longueur de stage a un entraînement. Peut-être lui manque-t-il à un moment l'évaluation qui confirme sa maîtrise ou apporte une critique qui lui permettrait d'y parvenir. (1)

Les soins techniques relevant surtout de la deuxième catégorie des soins thérapeutiques ont soulevé et soulèvent beaucoup de controverses entre services et écoles.

(1) GONIN M. - GUYOT M. - "l'instruction clinique individuelle".

Il s'agit là de ce qui a constitué longtemps l'objet majeur de l'enseignement de la monitrice⁽¹⁾, et pourtant de ce qui constitue la responsabilité propre au service de la surveillante et des infirmières. Sans traiter le problème au fond, disons que la technique de soins accolée au plan de soins ne valide pas cette dimension de la formation, étant un échantillon beaucoup trop restreint des capacités de l'élève. Plusieurs rubriques de la fiche de stage s'y rapportent. Elles sont valides si elles reposent sur des observations nombreuses. D'ailleurs, les groupes d'élèves interrogés remettent cette évaluation le plus fortement en cause. Une matinée avec une infirmière ou une monitrice, dans le but d'évaluer cette compétence, est suggérée par plusieurs élèves.

La fiche de stage a des critères qui touchent les trois types de soins, à l'exception de l'aide affective qui n'est formulée que sous forme d'écoute.

4°) Travailler en équipe, collaborer avec d'autres...

Quelques critères de la fiche de stage s'y rapportent. Mais cette dimension est très probablement validée plus à travers l'attitude générale de la stagiaire que sur des points précis. Cette dimension de la formation, ainsi que l'aspect relationnel avec les personnes soignées est évalué plus implicitement qu'explicitement.

5°) Développer l'aptitude à penser

Nous reprenons là textuellement un des buts de la formation qui peut surprendre. On ne voit pas comment développer cela à part de toute la formation. Mais on peut supposer que ce qui est recherché pourrait être de développer la compétence à manifester sa pensée, à l'exprimer, à communiquer une pensée personnelle sur un sujet étudié. Le plan de soins devrait déjà permettre ce développement. Mais nous pensons que le travail de 6e période peut être pris comme une validation de cette dimension.

6°) Développer l'aptitude à assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique.

Les deux premiers points peuvent être pris en compte par...

le plan de soins. Tous les trois relèvent beaucoup du contexte de la formation, du cadre institutionnel à l'école et dans les stages. Mais il n'y a aucune validation qui porte sur les responsabilités civiques.

II Vue d'ensemble du critère de maniabilité du système évaluatif

Dès l'apparition du texte de février 1973 précisant les évaluations continues de première année, il y eut des réactions :

"un système traditionnel d'examens même rénové n'est pas superposable au système d'évaluation continue. C'est un compromis satisfaisant pour personne. Les enseignants se découragent de ne plus avoir le temps de former mais seulement d'évaluer et d'évaluer quoi ?, écrivait la présidente du Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et de Cadres, Mademoiselle A. Parrot (1).

Le sentiment de "trop" a duré, puisque même "le Monde", dans un article non signé de février 1979, publie ceci :

"cette initiation psychologique se prête mal aux contrôles incessants, tels qu'ils peuvent exister aujourd'hui dans de nombreuses écoles, où il ne se passe pas de semaine sans que l'élève soit notée d'une façon ou d'une autre" (2).

Nous avons vu que, au niveau élève cette assertion est peut-être vraie, mais nous voulons souligner, en rassemblant toutes les estimations de temps, l'envahissement du temps d'enseignant par des corrections, des plans de soins et autres évaluations.

1) PARROT A. - "Editorial" L'Infirmière enseignante - Mai 1973.

2) "La durée des études d'infirmières sera portée de vingt huit mois à trente trois mois" - Le Monde - 20/02/79.

Temps investi par une infirmière enseignante dans l'évaluation

Par élève	Plan de soins (1)		Devoirs soins inf.		P. Questions	
Temps minimum	1h.30		20 minutes		10 minutes	
maximum	3h.		1h.30		20 minutes	
moyen	2h..		1h.		15 minutes	
Pour 20 élèves	40 heures		20 heures		5 heures	
Temps pour l'ensemble de l'épreuve, préparation et compte-rendu	individuel		8 heures rédaction quest. corrigé type compte-rendu		4 heures	
Temps total par épreuve 20 élèves	40 heures		28 heures		9 heures	
Estimation du nombre de fois par an d'application de ce type d'évaluation	1ère an. ⁽²⁾ 5	2e an. ⁽²⁾ 4	1ère an. ⁽²⁾ 4	2e an. ⁽²⁾ 5	1ère an. ⁽²⁾ 12	2e an. ⁽²⁾ 8
Temps pris par épreuve pour 1 monitrice	1ère an. 200 h.	2e an. 160 h.	1ère an. 112h.	2e an. 140h.	1ère an. 108	2e an. 72

TOTAL : 1ère année : 200 + 112 + 108 = 420 heures

2ème année : 160 + 140 + 72 = 372 heures

(1) ce temps comprend : organisation (fixer rendez-vous - planifier)
passation - évaluation
déplacements

(2) y compris une correction éventuelle lors d'examens

Cette estimation ne comprend pas des bilans de fin de période parfois individuels avec les élèves ou en groupe, non plus l'évaluation des travaux de 6e période. Dans certaines écoles, les groupes confiés à une monitrice peuvent être beaucoup plus nombreux, ou les fréquences d'évaluations peuvent être plus élevées ou moindres.

Dans l'ensemble, cette estimation est plutôt minimale. Dans une année scolaire d'infirmière, il y a plus ou moins 38 semaines d'enseignement effectif. Ce temps représente 10 à 11 heures par semaine passées à évaluer, plus du quart du temps. D'ailleurs, sans calcul, de nombreuses infirmières enseignantes interrogées sur le sujet estiment qu'elles consacrent entre un quart et un tiers de leur temps de travail à des évaluations.

Cela soulève les questions suivantes : ce temps est pris sur quelle autre activité ? pour quels effets sur l'apprentissage des élèves ?

Un enseignant est toujours soumis à une tension entre les trois dimensions du temps, le passé, le présent et le futur. Evaluer c'est revenir sur ce qui s'est passé pour en tirer des conclusions; le présent dans l'enseignement c'est le temps de contact avec un ou des élèves, le futur c'est tout ce qui est préparation des contenus d'enseignements, organisation, coordination. Si un quart ou plus du temps se passe à évaluer, le temps d'enseignement ou de conseil ou le temps de préparation est diminué. Nous avons vu que l'enseignement en stage a pratiquement disparu.

Des enseignements mieux préparés, plus de temps de formation, peuvent raisonnablement avoir des effets positifs sur l'apprentissage. Plus d'évaluations, telles qu'elles sont comprises avec des notes additionnées pour le diplôme d'Etat, d'après nos investigations, produiraient encore plus de mise en condition par des notes mais guère d'accroissement de connaissances et de compétence.

En résumé, la part majeure des évaluations en cours d'études valide des connaissances, questions écrites répétées, devoirs, plans de soins. Cependant on observe une baisse des connaissances. Cette critique a été portée à partir des résultats d'une épreuve du diplôme d'Etat qui

s'est révélée peu valide, et à partir du flou introduit par le devoir de soins infirmiers. Il y a donc à s'intéresser sur les connaissances nécessaires pour exercer la profession dans un cadre polyvalent.

Ces évaluations prennent un temps considérable aux enseignants. Comment les faire contribuer plus efficacement, et moins pesamment, à l'acquisition de connaissances mieux précisées ? tel est le problème actuel.

L'évaluation des soins infirmiers est la dimension qui a été la plus modifiée par ces épreuves. Pour qu'elle soit efficace il serait préférable de dissocier l'analyse de situation de l'exécution technique de soins. Nous avons vu que la capacité d'analyser la situation était très limitée dans le devoir de soins infirmiers, qu'elle était au contraire l'objectif prioritaire dans le plan de soins. Mais, si l'évaluateur perçoit mal cette forme d'évaluation, il note en fonction des connaissances sur la pathologie démontrées par l'élève.

Par contre, la réalisation de soins dans l'épreuve pratique semble représenter un échantillon dérisoire par rapport à ceux que l'élève effectue réellement dans le service. Comment évaluer plus sérieusement, au début de chaque stage, ce que l'élève est capable d'effectuer et ce qu'elle doit apprendre à ce sujet reste un problème non résolu, et masqué par cette formule.

Collaborer avec d'autres travailleurs, organiser et coordonner son travail est plus ou moins pris en compte dans la fiche de stage.

Nous remarquerons en terminant cette partie que l'édifice des notes tient par les notes de stages et de plan de soins, qui sont généralement élevées. Les épreuves de connaissances, questions et devoirs, ayant des notes faibles. On peut dire que la quantité de travail considérable que les enseignants déversent dans les corrections n'améliore pas ce qui est évalué, par contre les notes de stages où il y a peu d'encadrement permettent la réussite au diplôme d'Etat. Il y a là matière à réflexion.

Quel est le résultat de ces évaluations ? ont-elles modifié les caractéristiques des infirmières ? Nous avons peu d'éléments de réponse. Une enquête effectuée par une

école auprès de 20 surveillantes et de 24 infirmières diplômées, en 1975 et 76 donne des réponses assez négatives. Mais il faudrait pouvoir la comparer avec des enquêtes similaires sur les promotions antérieures. Les surveillantes remarquent moins de compétence technique, plus d'écoute et d'observation des malades, aucune jeune infirmière n'a proposé un dossier de soins en rapport avec le plan de soins, "d'ailleurs c'est impossible", disent les surveillantes.

Les jeunes infirmières dans cette même enquête considèrent aussi que c'est impossible et que ce serait "plaqué", cela ne servirait qu'à révolutionner sans utilité. Elles confirment que les soins en série trouvés en arrivant leur faisaient peur.

Elles se sentaient "paniquées". "Les évaluations, les plans de soins ne servent qu'à justifier le travail des monitrices". Il faut noter deux choses par rapport à ces réponses. Dans la plupart des centres hospitaliers non universitaires, comme c'est le cas de cet hôpital, les normes de personnel sont si restrictives qu'il est vrai que toute proposition de changement est inenvisable. Nous pouvons dire qu'à moins de cinq infirmières effectivement présentes sur 24 heures dans une unité de trente lits⁽¹⁾, ce qui représente un effectif d'au moins huit infirmières, il est difficile de travailler autrement que par des soins en série. L'autre remarque est que le passage du statut d'élève à celui d'infirmière cause un choc, qu'une infirmière américaine a étudié sous le titre du "choc de la réalité".

Il n'en semble pas moins que, dans ce cas, les changements aient été réels, pas tous positifs. Le passage à la "réalité" en a été plus pénible. Nous voyons là le dilemme posé à la formation: comment se transformer si les services ne peuvent ou ne savent ou ne veulent se transformer ? dilemme particulièrement prononcé dans les villes où se trouve une seule école et un seul centre hospitalier, lieu de la plupart des stages et futur employeur.

Mais la situation n'est probablement pas aussi fermée si l'on débloque le système évaluatif. On peut résumer la critique des formes d'évaluation en disant qu'elles ont occupé le devant de la scène, elles ont envahi le temps, figé

par horaire de 8 heures cela représente au maximum une infirmière pour 15 malades pendant les horaires de jour.

des processus parfois dans des interprétations dépassées parce qu'il fallait noter; ceci s'est fait souvent au détriment d'une réflexion sur l'évolution de l'enseignement, mais pas partout.

Maintenant, il nous paraît important de ne pas nous en tenir à ces constatations et de rechercher quelles conceptions pédagogiques permettraient de comprendre où se situent les difficultés et comment diminuer et rendre plus efficace le système d'évaluation.