

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

EVALUATION DE LA COMPETENCE « POSER UN JUGEMENT CLINIQUE » DANS LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ... QUAND LE CHANGEMENT DE MODALITES D'EVALUATION PERMET DE REDONNER DU SENS A UN DISPOSITIF ET DE LA COHERENCE A UNE EQUIPE PEDAGOGIQUE

Laurence Raveschot *, Valérie Struelens **, Martine Debier***

*Haute Ecole Galilée-ISSIG + laurence.raveschot@galilee.be

**Haute Ecole Galilée-ISSIG + valerie.struelens@galilee.be

***Haute Ecole Galilée-ISSIG + martine.debier@galilee.be

Mots-clés : Jugement clinique, compétences, outil d'évaluation, évaluation formative, cohérence pédagogique

Résumé : Le jugement clinique est une des cinq compétences indispensable aux Bacheliers en Soins Infirmiers (BSI). Former et évaluer un tel jugement mobilisant des habiletés de niveau supérieur telles que l'analyse, la synthèse, le jugement, ... n'est pas chose aisée. A l'ISSIG, département infirmier de la Haute Ecole Galilée, les modalités d'évaluation de cette compétence sont multiples. Parmi elles, nous retrouvons l'évaluation des rapports de stage. Suite à l'identification d'un certain nombre de problèmes liés au processus de formation et d'évaluation existant à ce niveau, l'équipe pédagogique a procédé à une réingénierie complète du dispositif. Celle-ci s'est fondée sur la réappropriation d'un certain nombre de concepts pédagogiques et a abouti à une révision de la demande du rapport de stage, à une révision des modalités d'accompagnement des étudiants, à un passage à des évaluations formatives, à la révision des critères et outils d'évaluation et de feed-back, ...

1. La Haute Ecole Galilée et son département paramédical infirmier, ISSIG

La Haute Ecole Galilée est l'une des 20 actuelles Hautes Ecoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, anciennement nommée communauté française de Belgique dont nous dépendons, l'enseignement n'étant plus une compétence fédérale mais bien communautaire en Belgique. Située au cœur de Bruxelles, la HEG comporte 4 départements : communication sociale – secrétariat & tourisme – pédagogique - SI, ce qui correspond à ce jour à environ 5000 étudiants. L'Institut Supérieur de Soins Infirmiers Galilée ISSIG, département paramédical infirmier, compte à ce jour 3 formations : Bacheliers en Soins Infirmiers (BSI) : 180 crédits – environ 550 étudiants ; BSI spécialisé en santé communautaire : 60 crédits – environ 20 étudiants ; BSI spécialisé en imagerie médicale et radiothérapie : 60 crédits – environ 20 étudiants. Le dispositif dont nous allons vous parler fait référence à la formation BSI.

2. Du concept de compétence aux concepts de compétences cliniques et de compétence « poser un jugement clinique » infirmier

Selon Tardif (2006) = « une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'un certain nombre de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation. »

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

Parmi les nombreuses définitions de la compétence, Boyer et Goudreau (2012) retiennent cette définition car, précisent-elles, elle tient compte de la spécificité des soins infirmiers(SI) dans ce sens :

- .Complexité de la profession infirmière,
- .Contextualisation de la pratique en situation de soins (chaque situation de soins est singulière),
- . Caractère évolutif de la mobilisation & combinaison des ressources (l'apprentissage est une construction graduelle - Benner nous rappelle qu'une jeune diplômée est novice dans l'exercice professionnel, tant dans la pratique de soins et que dans le jugement clinique).

L'OIIQ parle de la compétence professionnelle infirmière comme « faisant référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires à l'infirmier pour exercer sa profession, ainsi qu'à sa capacité de les appliquer en situation de soin donnée ».

Question de professionnalisme.

Le jugement clinique est défini par Phaneuf comme « une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de raisonnement et de réflexion sur les données observées. Il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire. » (Phaneuf, 2008).

Le jugement clinique est en lien direct avec la décision de soins éclairée.

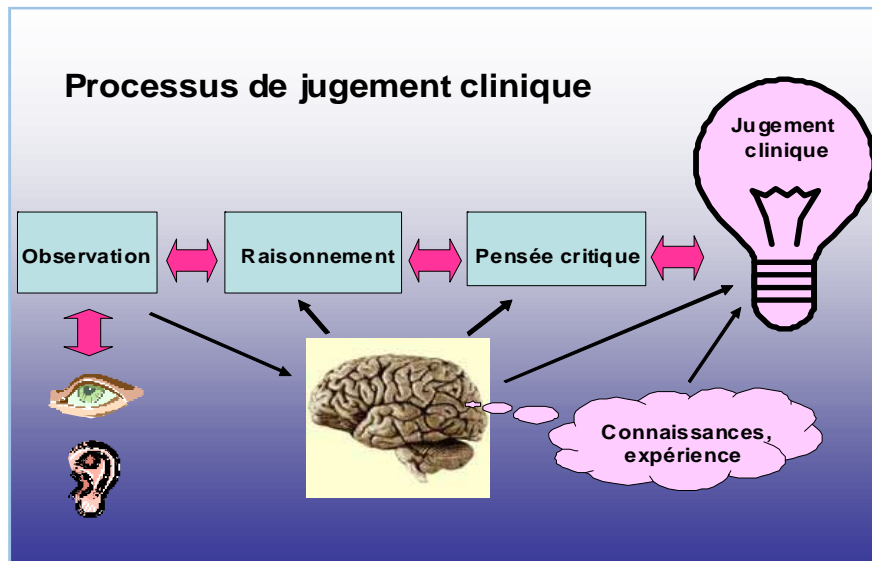
Le jugement clinique est donc le résultat d'un triple processus cognitif et métacognitif (Phaneuf, 2008) :

1. Observation ou plus largement, la récolte des informations utiles pour alimenter le raisonnement clinique
2. Raisonnement (lien avec un faisceau de connaissances et d'expérience)
3. Réflexion (pensée critique qui permet d'évaluer la justesse de ce raisonnement et d'en peser le « pour » et le « contre », les limites).

La qualité de ce triple processus va fortement influencer : la qualité de la prise de décisions de soins qui en découlent (infirmier et interdisciplinaire) et donc la réponse adaptée, personnalisée et sécuritaire

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

Figure 1. : Processus de jugement clinique



Phaneuf, M. (2008), *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance.*

Le raisonnement clinique, et le jugement clinique qui en découle, est donc « un véritable tremplin pour la compétence clinique. Il est porteur de sens pour les SI. » (Psiuk, 2010).

De ces quelques lignes d'introduction, vous comprendrez donc que :

- que notre préoccupation d'aujourd'hui se situe au cœur-même de la profession infirmière ;
- que l'on parle directement et indirectement mais très certainement des soins prodigués au patient dans notre champ disciplinaire, qu'il s'agisse des soins techniques, relationnels, organisationnels mais aussi dans le champ interdisciplinaire (intervention médicale et paramédicale) ;
- qu'elle se situe, en référence à Bloom (1956), dans la sphère du domaine cognitif et, à un niveau très élevé d'habiletés.

3. Dispositif de formation et d'évaluation de la compétence « poser un jugement clinique » à l'ISSIG

3.1. La Formation Bachelier en soins infirmiers à l'ISSIG

Phaneuf (2005) précise que « la formation infirmière doit véritablement préparer des professionnels insérés dans l'action à faire face à des réalités difficiles, à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions graves » disons des décisions lourdes de conséquences.

La compétence « Poser un jugement clinique » occupe dès lors une place centrale dans la formation à l'ISSIG. Elle demande à l'étudiant le développement de nombreuses capacités parmi lesquelles nous citons, en référence au référentiel de compétences de notre institution :

Poser un jugement diagnostique et thérapeutique en se référant à un modèle conceptuel de soins dans le cadre d'une démarche en soins infirmiers.

Capacité d'obtenir des informations sous l'angle médical et infirmier.

Capacité de relever les éléments significatifs, y compris les ressources de la personne.

Capacité d'identifier les complications potentielles spécifiques, de les justifier et d'établir les interventions de soins.

Capacité d'identifier les problèmes relevant du rôle propre infirmiers, de les justifier et d'établir les interventions de soins.

Capacité de planifier les interventions infirmières.

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

Capacité d'évaluer les résultats obtenus en regard des résultats attendus et de réajuster les objectifs et les actions.

Notre référentiel de formation institutionnel se décline en 5 compétences :

1. Communiquer professionnellement
2. Poser un jugement clinique
3. Exécuter les soins
4. S'engager professionnellement
5. Actualisation de soi.

A ce jour, nous n'avons pas de référentiel de formation national.

Nous disposons au niveau communautaire d'un référentiel de formation de Bachelier en soins infirmiers décliné en 6 compétences défini par le CGHE (Conseil Général des Hautes Ecoles francophones, 2011) et notre offre de formation s'inscrit bien dans sa lignée.

Notre offre de formation justifie également bien sa place au niveau 6 du cadre européen de certification qui fait référence en son niveau 6 à :

« -des savoirs approfondis et de la compréhension critique des théories et des principes
-des aptitudes avancées faisant preuve de maîtrise et de sens de l'innovation pour résoudre des problèmes complexes et imprévisibles
-la gestion d'activités ou de projets complexes incluant une prise de décisions et une prise de responsabilités. » (CEC).

3.2 Dispositifs de développement de la compétence à l'ISSIG

La compétence « Poser un jugement clinique » est une compétence transversale développée dans des dispositifs aussi divers que variés :

-dans le cadre de l'enseignement théorique : dans tous les cours, qu'ils s'agissent de cours en sciences professionnelles infirmières ou en sciences biomédicales ou humaines. En 1^{ère} année, épinglons ici le cours de 49 h (2ECTS) « Théories et concepts » et son complément de 10h en 2^{ème} année;

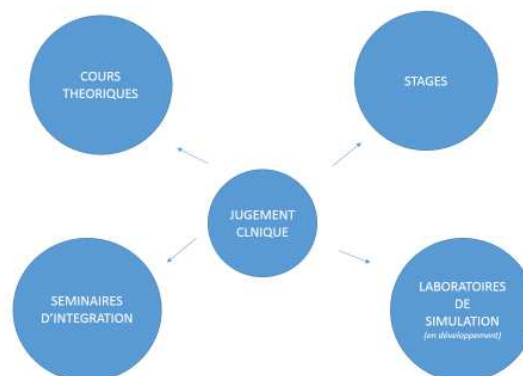
-dans le cadre de l'enseignement clinique, et particulièrement :

.dans les stages bien sûr, ressource de formation puissante, et dans la production des carnets de stage ;

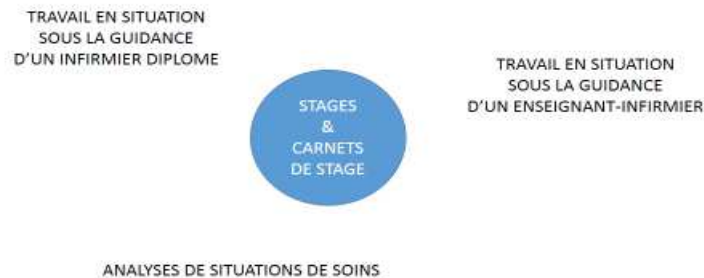
.dans les séminaires d'intégration, lieux d'intégration organisés sous différentes déclinaisons à l'école ;

.dans les dispositifs dits « innovants » tels que le laboratoire de simulation, où, au contact avec des mannequins ou des patients standardisés, l'étudiant est invité à se construire professionnellement selon une démarche active, progressive et réflexive mise en œuvre dans un environnement qui allie authenticité et sécurité maximales.

Figure 2 : Activités d'enseignement théorique et clinique



Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation



4. Constats et réflexions d'équipe pédagogique

Il y a 2 ans, notre équipe pédagogique a souhaité réfléchir au dispositif de développement de la compétence « Poser un jugement clinique ».

Cette volonté a pris source au travers de l'identification de limites liées aux rapports d'analyse de situations de soins produites par les étudiants dans le cadre de leur stage :

4.1. Analyse de situation de soins, de quoi s'agit-il ?

Dans le cadre de son « carnet de stage », et au regard d'une expérience de stage réellement vécue et riche de sens pour lui, l'étudiant doit formaliser par écrit (en 2BSI : 3x, une 4^{ème} analyse ne rentrant pas dans ce dispositif), l'ensemble des étapes lui permettant de poser son jugement clinique, les argumenter, les justifier et démontrer le sens qu'il leur attribue.

Ch. Barré (2000) nous rappelle que la production d'un texte mobilise diverses connaissances, capacités et attitudes dans différents domaines : capacités langagières bien sûr mais aussi capacités d'analyse, de mobilisation, de prise de décision, de prise de distance. Ainsi, l'écriture transmet un rapport au savoir et participe donc à la construction identitaire propre à l'écrivain.

Il n'est plus utile aujourd'hui de vous convaincre que l'écriture est bien un lieu de construction et de mobilisation des savoirs, des connaissances, des raisonnements et des jugements (Ch. Barré). Elle occupe donc à juste titre une place importante dans le développement de la compétence étudiée.

4.2. Constats sources de notre réflexion

Au niveau des étudiants :

-Perte de sens exprimée par certains étudiants : perte du caractère signifiant de la tâche au regard des enjeux identitaires (diminution de la valeur perçue de la tâche – Eccles & Wigfield, 2002) (à quoi cela sert-il d'écrire tout cela ?).

-Concrètement : fraudes constatées : copie, invention de cas, vol de rapport, abus de « copier-coller » (l'outil informatique facilite cet abus).

-Pour certains étudiants, temps trop long entre la production par l'étudiant et le feed-back par l'enseignant. Il faut savoir qu'un rapport d'analyse de situation de soins fait en moyenne 40 pages, souvent plus, ceci est lié au fait que l'on va loin dans l'argumentation.

Exemples : L'étudiant doit

« Justifier, à partir de la situation présente le risque d'apparition de complications physiologiques »

« Argumenter le bien-fondé de zones de problèmes identifiées sur base du processus d'analyse : quelles sont les manifestations de dépendance qui permettent d'évoquer la zone de problème, ont-elles du sens au regard de la situation clinique de la personne »

« Expliquer les liens de cause à effet entre ... »

« Justifier la sélection et l'individualisation d'activités de soins ... »

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

...

Au niveau des enseignants :

- Sentiment que le rapport n'est plus valorisé comme il se doit (perte du caractère signifiant de la tâche au regard des enjeux identitaires, perte également exprimée par les enseignants) ;
- L'évaluation de la maîtrise de la compétence reste encore un exercice difficile, surtout quand on est dans des habilités complexes ;
- Lourdeur du dispositif au regard de sa plus-value en terme d'apprentissage : temps nécessaire à l'enseignant pour la lecture du rapport, pour son évaluation écrite et sa notation trop important pour apporter à l'étudiant un feed-back écrit spécifique, fiable et étayé sur la production de l'étudiant. D'où le faible apport de certaines rétroactions notifiées par les enseignants ;
- Pas d'« espace de dialogue » (Jonnaert P., Vander Borgh C., 2010) formel avec l'étudiant à propos de sa production, de ses stratégies cognitives et métacognitives (travail uniquement sur le produit fini).
- Difficultés de cohérence dans la notation des enseignants.

Au niveau de la construction de la compétence:

Les étudiants commencent leur formation avec une représentation de la profession bien souvent fort technique. De plus, la vision des soins sur le terrain est fortement axée sur la technicité et le rendement, laissant peu de place à la visibilité du raisonnement. Même si le stage est certainement l'endroit privilégié pour développer ses compétences cliniques, il s'agit surtout pour l'étudiant en stage sur le terrain de réaliser de petites tâches successives et moins d'offrir un réel compagnonnage cognitif (Van Pee et al, 2010). Bien trop souvent, les habilités techniques prennent le pas sur les habilités cognitives.

De plus, deux facteurs se sur-rajoutent à ces constatations :

- .un infirmier expert comprend la situation de soins de manière intuitive et a difficile de dire tout ce qu'il sait (Benner, 1995) ;
- .chaque étudiant dispose de peu de temps en stage pour travailler la compétence avec l'enseignant-infirmier.

5. Démarche de réflexion collective et reingénierie du dispositif

5.1. Leviers de changement au sein de notre équipe:

Leviers de changement :

- La culture qualité largement implémentée au sein de l'institution (Aeques, 2011).
- Le rapport au savoir se modifie ; des changements identitaires s'opèrent progressivement chez les enseignants (Perrenoud, 1997) et avec cela, le passage progressif d'une logique d'enseignement à une logique d'apprentissage.
- L'exercice de démarche réflexive s'instituant progressivement dans les pratiques enseignantes (Voir compétences des formateurs dans l'enseignement supérieur - CAPAES (2002)).
- Notre équipe bénéficie d'un coordinateur pédagogique, réel « accompagnateur de changement » (Lafortune, 2008).

5.2. Reingénierie complète du dispositif :

L'équipe pédagogique a souhaité procéder à une réingénierie complète du dispositif :

- fondée sur la réappropriation d'un certain nombre de concepts pédagogiques ;
 - visant, autant que possible, à rendre ce dispositif d'avantage professionnalisant pour l'étudiant (Beckers J., Paquay L., 2003).
- Ceci nous a amené à notre équipe pédagogique à nous questionner selon 3 axes :
- Axe 1 : L'apprentissage et l'enseignement de la compétence au travers de sa déclinaison par année de formation et au sein des années de formation (selon une vision progressive) ;
 - Axe 2 : L'accompagnement des étudiants dans leur développement de la compétence ;
 - Axe 3 : L'évaluation de la compétence.

Axe 1 : Apprentissage & enseignement de la compétence.

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

Déclinaison par année de formation et au sein de chaque année de formation de Bachelier. Selon une vision progressive. La déclinaison de l'acquisition de la compétence a été revisitée, re-questionnée et formalisée de façon graduelle selon le modèle de la construction progressive (Tardif, 1992), passant de « l'acquisition » des aspects théoriques (1BSI), à « l'intégration » en situation simple (2BSI) et à la « réutilisation » en situation complexe (3BSI), et tant dans les stages, les rapports que dans les exercices de mise en situation, d'études de cas, de résolution de problèmes organisés à l'école.

Axe 2 : Accompagnement de l'étudiant de 2^{ème} BSI dans son développement de compétence

- Changements majeurs

1^{ère} nouveauté : Un *même* enseignant-infirmier « référent » suit l'étudiant pendant toute sa 2^{ème} année.

2^{ème} nouveauté : L'étudiant rencontre son référent dans le cadre d'entretiens individuels formalisés (2), en phase avec la production finale de chaque rapport d'analyse de situation de soins.

3^{ème} nouveauté : Alors qu'avant l'enseignant ne travaillait que sur le produit fini, le nouveau dispositif vise l'accompagnement de l'étudiant de 2BSI dans une logique formative, avec une évaluation formative écrite à la clé à la fin de chaque entretien.

4^{ème} point d'attention : l'enseignant-référent accompagne l'étudiant dans le développement:

-de ses capacités cognitives

-et des capacités métacognitives: au cours de l'entrevue, l'étudiant est invité à réfléchir

*sur le chemin parcouru (*comment as-tu fait pour arriver à ce diagnostic – quels outils as-tu utilisés pour produire ce raisonnement*)

*sur la qualité de son travail (*efficacité de ses stratégies*)

*sur le chemin qu'il reste à parcourir pour « installer » la compétence (Roegiers, 2004) (*sous forme de pistes de progression*).

Noel et Leclercq (2011) parlent de « connaissance de sa connaissance, de ses processus cognitifs et métacognitifs, qui incluent le jugement et l'analyse & la régulation, c'est-à-dire la capacité de les contrôler consciemment et délibérément. »

Ces auteurs mettent en évidence que la métacognition a été trop peu exercée et dans l'enseignement fondamental et dans l'enseignement supérieur.

- Posture d'accompagnement de l'enseignant-infirmier référent

Redéfinition de la posture du référent :

-sachant que « la relation étudiant-enseignant s'avère la condition la plus déterminante dans la quête de sens et d'autonomie » (Langevin),

-travailler sur la dimension affective, omniprésente dans l'engagement de l'étudiant ;

-comprendre la motivation de l'étudiant afin d'intervenir de façon efficiente.

-susciter le questionnement afin de rendre compte à l'étudiant qu'il est capable de réfléchir (sentiment d'efficacité personnelle – Bandura, 1997). Charlier (2012) parle de « questionner sur le pourquoi des commentaires », d'inviter l'étudiant à nommer, à expliciter, à verbaliser ses choix et ses argumentations et à prendre distance sur son propre fonctionnement. Charlier (2012) parle de l'accompagnement comme d'un compagnonnage réflexif et de l'accompagnateur comme « d'un expert de processus ».

-accepter la confrontation et accepter de se mettre en conflit potentiel (une confrontation entre les conceptions divergentes sera source de conflit socio-cognitif, lui-même source de développement cognitif. Piaget).

Wittorski (2007) nous rappelle que les interactions sont aussi un puissant levier de développement professionnel pour l'enseignant (win-win).

- Recadrage de l'erreur, comme une occasion, pour l'étudiant de progresser, et pour l'enseignant de rediriger l'étudiant (>remédiation).

Axe 3 : Evaluation de la compétence

La réingénierie a revisitée, re-questionnée et re-formalisée :

- Les modalités d'évaluation :

-des évaluations formatives sont instaurées. Elles sont réalisées dans le cadre de l'entretien individuel et sont organisées sous forme d'une co-évaluation dans le cadre de laquelle l'étudiant a sa place en tant qu'acteur responsable de son apprentissage. En vue de situer l'étudiant, chaque

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

évaluation formative doit faire référence à l'échelle de notation. Un compte-rendu détaillé est écrit par l'enseignant-infirmier référent après l'entrevue, avec des pistes concrètes de progression.

-autre élément nouveau, l'évaluation certificative est réalisée sur base d'une épreuve orale en présence d'un Jury composé de l'enseignant-infirmier référent + de l'enseignant-infirmier titulaire du cours de « Théories et concepts » en IBSI (en tant que référent théorico-pratique).

- Les critères d'évaluation :

L'équipe a reconstruit une nouvelle grille d'évaluation en lien avec les capacités à maîtriser. La grille définit pour chaque critère des indicateurs fondamentaux (minimaux) et de perfectionnement. Boyer (2013) nous rappelle qu'il s'agit d'une référence commune et centrale pour l'interprétation des données recueillies lors de nos évaluations = « preuves de développement de la compétence » qui assure à notre démarche d'évaluation une objectivité plus grande (Boyer parle de validité et d'équité de l'évaluation) ainsi qu'une plus grande cohérence (Boyer parle de « culture partagée »).

- Les critères de notation :

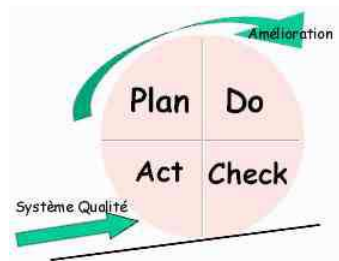
L'équipe a redéfini le niveau de maîtrise minimal attendu, sous forme d'indicateurs fondamentaux (minimaux qui si non maîtrisés, justifient éventuellement une note < 10/20) et de perfectionnement (qui si maîtrisés, justifient une éventuelle note > 1420) pour chaque critère.

La notation se fait au regard de l'échelle de notation utilisée à l'ISSIG mais qui a été étayée en référence aux critères minimaux et de perfectionnement.

- Réingénierie des outils d'évaluation en harmonie avec ceux utilisés au sein du dispositif (entre autre lors des évaluations réalisées en stage).
- Rédaction soignée de supports d'information clairs aux étudiants (& aux enseignants).

6. Plan – Do – Check - Act

Figure 3: Roue de Deming



Ce nouveau dispositif a été testé pendant un an.

Il a ensuite été évalué par le service qualité du département, tant auprès du public cible (enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des étudiants de 2BSI), qu'auprès des enseignants-infirmiers accompagnant le dispositif (entretien de groupe avec l'ensemble de l'équipe pédagogique).

A ce jour, ne disposant pas encore d'assez de recul sur le dispositif, aucune évaluation objective de l'impact sur le développement réel des compétences par les étudiants n'a pu être réalisée.

La double évaluation réalisée a néanmoins montré différents bénéfices perçus, tels que :

- remise de l'apprentissage au centre des préoccupations étudiante et enseignante,
- remplacement de l'étudiant en tant qu'acteur dans le développement de sa compétence clinique,
- amélioration et augmentation des opportunités de dialogue et de partage étudiant-enseignant,
- amélioration du caractère formatif du dispositif qui invite l'étudiant à se poser des questions sur ses propres productions, à les poser et à trouver réponse de façon encadrée,
- amélioration de la qualité des rétroactions,
- amélioration de la cohérence au sein de l'équipe pédagogique.

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

Ce travail de réflexion a été aussi l'occasion pour notre équipe pédagogique de :

- réfléchir autour de l'identité infirmière, pierre angulaire de la profession,
- améliorer la validité et l'équité de nos pratiques d'évaluation (Boyer, 2013),
- redonner un nouveau sens, un nouveau souffle à nos interventions en tant que formateur auprès et avec l'étudiant.

Lorsqu'il s'agit de réfléchir à la déclinaison d'une approche par compétences dans notre offre de formation, le CGHE parle en ces mots (2011) :

« Réelle opportunité offerte :

- pour questionner la formation (cohérence, pertinence, efficacité, les méthodes d'apprentissage) ;
- pour donner du sens aux apprentissages, à la démarche qualité (recherche d'amélioration continue) ;
- pour accroître la transparence, la vision collective, dynamiser et motiver les équipes, valoriser individuellement et collectivement, professionnaliser davantage
- pour répondre aux demandes des différentes parties prenantes dont les employeurs. »

Nos pratiques sont certainement perfectibles et c'est pour cela que notre équipe pédagogique poursuit la réflexion largement entamée et le service qualité poursuit sa quête d'excellence.

Martine DEBIER – Laurence RAVESCHOT – Valérie STRUELENS
Maîtres-assistants au département infirmier de la Haute Ecole Galilée (ISSIG) - Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE

Agence pour l'Evaluation de la Qualité de l'enseignement supérieur (2011).

Evaluation du cursus bachelier en Soins infirmiers 2010-2011 - Rapport final de synthèse : Haute Ecole Galilée. En ligne : [http://www.aeqes.be/documents/20110614%20RFS_Galilee\[1\].pdf](http://www.aeqes.be/documents/20110614%20RFS_Galilee[1].pdf) (consulté le 07/12/2013)

Barré de Miniac, Ch. (2000). *Le rapport à l'écriture : aspects théoriques et pratiques*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires de Septentrion.

Beckers J., Closset A., Coupramanne M., Foucart J., Lemenu D., Paquay L., Scheepers C., Theunssens E. (2003). *Quels dispositifs favorisent le développement des compétences professionnelles dans l'enseignement supérieur? Et à quelles conditions? Rapport final Partie I Démarches et résultats*. En ligne : www.enseignement.be/download.php?do_id=2385 (Consulté le 05/12/2013)

Bloom, B.S., Engelhart, M.D., Forst, E.J., Hill, W.H. & Krathwohl, D.R., (1969, original 1956) *Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome I, Domaine cognitif*, Montréal : Éducation nouvelle.

Boyer L (2013). *Coconstruction d'un modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence en vue d'assurer la validité et l'équité de son évaluation : le cas de la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier*. Thèse présentée à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.) Doctorat en éducation. Document non publié.

Boyer L., Goudreau J. (2012). *L'évaluation des compétences : aspects conceptuels*. Montréal : Centre d'innovation en formation infirmière - Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. En ligne : http://www.sidief.org/~media/Files/12_0_CongresMondial/Presentations/Mardi/SP61%201_Louise_Boyer.a_shx (Consulté le 05/12/2013).

CEFIEC (2013). Dossier « La simulations dans l'apprentissage des soins infirmiers ». *Info CEFIEC*, 31, 24 p. En ligne : http://www.cefiec.fr/wa_files/dossier_presse2014ok.pdf (Consulté le 21/12/2013).

Charlier E., Biémar S. (2012). *Accompagner, un agir professionnel*. Bruxelles : De Boeck.

Conseil Général des Hautes Ecoles (2011). *Nouvelle description des formations – compétences - Type court : section soins infirmiers*. Ministère de la Communauté française de Belgique. En ligne : <http://www.cghe.cfwb.be/index.php?id=1551> (Consulté le 20/12/2013).

Décret du 17 juillet 2002 publié au moniteur belge le 24 août 2002. *Décret définissant le Certificat d'Aptitude Pédagogique Approprié à l'Enseignement Supérieur (CAPAES) en hautes écoles et dans l'enseignement*

Cultures et politiques de l'évaluation en éducation et en formation

supérieur de promotion sociale et ses conditions d'obtention - Chapitre 2 : Compétences des enseignants dans l'enseignement supérieur. En ligne : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=\(text+contains+\(\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2002071740&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver_arh=005](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=(text+contains+())&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2002071740&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver_arh=005)(Consulté le 05/12/2013).

Communauté européenne. *Cadre Européen des Certifications (CEC)*. En ligne : http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/leaflet_fr.pdf(Consulté le 07/12/2013).

Frenay, M. (2010). *Dynamique motivationnelle et pratiques pédagogiques*. Chaire UNESCO de pédagogie universitaire, GIRSEF et Université catholique de Louvain. Présentation lors du colloque form@HETICE. En ligne : www.formahetice.ulg.ac.be/.../colloque_formahetice2010_m_frenay.ppt (Consulté le 09/12/2013).

Haute Ecole Galilée ISSIG (2011). *Portefeuille de compétences et référentiel de compétences*. Bruxelles, 3e édition. Bruxelles (Document non publié).

Jonnaert P., Vander Borgh C. (2010). *Créer des conditions d'apprentissage*. Cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants. Bruxelles : De Boeck.

Lafortune, L. avec la collaboration de C. Lepage (2008). *Guide d'accompagnement professionnel d'un changement*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Langevin, L. (s.d.). Réussir en enseignement, c'est réussir la relation maître-élève. En ligne : http://www.infiressources.ca/bd/recherche/conferences/Atelier_6D52.pdf

Noël, B. & et Leclercq, D. (2011). *Comment développer des capacités cognitives et métacognitives ?* In Ph. Parmentier (Dir.). *Recherches et actions en faveur de la réussite en première année universitaire. Vingt ans de collaboration dans la Commission « Réussite » du Conseil interuniversitaire de la Communauté française de Belgique*. Bruxelles : CIUF. En ligne : http://www.ciuf.be/cms/images/stories/ciuf/reussite/2011_0102_section11.pdf (Consulté le 09/12/2013)

Phaneuf M., et al (2008 révisé en 2013) *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. En ligne : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf(Consulté le 05/12/2013).

Phaneuf M. (2004 révisé en 2005). *Quelques réflexions sur des stratégies adaptées à un programme par compétences*. En ligne : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Strategies_adaptees_programme_par_compences.pdf (Consulté le 07/12/2013)

Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF.

Psiuk, T. (2010). Le concept de raisonnement clinique. *Soins*, 742, 61-62.

Roegiers, X. (2004). *Une pédagogie de l'intégration*. Bruxelles : De Boeck.

Tardif, J. (2006). *Développement des compétences. Documenter le parcours de développement de la compétence*. Montréal : Chenelière.

Van Pee, D., Frenay, M., Godin, V., Bédard, D. (2010). Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale*, 10, 253-266.

Vial, M. (2009). *Se former pour évaluer*. Bruxelles : De Boeck.

Viau, R. (1994). *La motivation en contexte scolaire*. Montréal : Renouveau pédagogique.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.