

**EVALUATION DES DISPOSITIFS DE FORMATION DES PROFESSIONS
PARAMÉDICALES DANS UN CONTEXTE D'UNIVERSITARISATION : QUELLE
PLACE POUR LA PROFESSIONNALITÉ ?**

Dominique Broussal

Université de Toulouse II – Le Mirail
5, Allées Antonio Machado
31058 Toulouse
France
broussal@univ-tlse2.fr

Mots-clés : évaluation, LMD, dispositifs de formation, santé, professionnalité

Résumé. La réingénierie des formations de santé en contexte français répond à différents objectifs : reconnaissance du niveau de qualification, mise en conformité avec la référence européenne, amélioration de la qualité de l'enseignement, revalorisation financière et reconnaissance des métiers. Sa mise en œuvre a donné lieu à un rapport évaluant l'impact que le dispositif LMD pourrait avoir sur ces formations (septembre 2008). Nous interrogeons ici la place qu'une telle évaluation fait à la professionnalité (Braem & Aballéa, 2002). Nous précisons en quoi la prise en compte de la professionnalité constitue selon nous un facteur important du processus de professionnalisation. A partir de l'analyse croisée que nous ferons de ce rapport et d'entretiens conduits avec des formatrices et des étudiantes sages-femmes, nous porterons notre réflexion sur l'existence de « points aveugles » dans l'évaluation des dispositifs de formation.

1. Introduction

L'organisation des systèmes de soins en France voit actuellement se succéder un ensemble de réformes : nouvelle gouvernance, tarification à l'activité, schémas régionaux d'organisation sanitaire, etc. Allant au-delà d'une simple restructuration, ces réformes affectent la façon dont les personnels hospitaliers envisagent leurs missions. De nombreux professionnels se font l'écho d'un sentiment d'inquiétude (Desmares, 2008). Certains vont jusqu'à parler de « malaise dans l'hospitalisation » (Dreyfus, Grimaldi & Del Volgo, 2009). Pour François Xavier Schweyer « la confrontation brutale, imposée par les faits, entre le monde de la gestion et le monde des soins et de la médecine, est ressentie par les personnels hospitaliers comme un conflit de valeurs » (2010, p. 282). La prégnance de la logique comptable est montrée du doigt. Qu'elle soit responsable de tous les maux tient quasiment de la doxa. Le bien-fondé des impératifs gestionnaires n'est pas pour autant remis en cause, c'est leur caractère hégémonique qui dérange ! Il semble que l'argument économique ait progressivement pris le pas sur d'autres considérations, motivant *in fine* toute décision. La critique de la rationalité néolibérale que portent certains (Dardot, 2009), va de pair avec une vive dénonciation de l'évaluation (Zarka, 2009), considérée comme un processus de normalisation des conduites et des métiers. C'est dans ce contexte qu'intervient la réingénierie des dispositifs de formation des professions paramédicales. Amorcée en septembre 2009 avec le diplôme d'infirmier (IDE), elle doit voir à terme la refonte de la plupart des cursus médicaux et paramédicaux. Cette universitarisation de la formation s'inscrit dans le processus de Bologne. Elle prétend répondre aux objectifs suivants :

- Reconnaissance du niveau de qualification d'exercice des métiers paramédicaux ;
- Mise en conformité avec la référence européenne ;
- Amélioration de la qualité de l'enseignement ;
- Revalorisation financière et amélioration de la reconnaissance de ces métiers.

Or, témoignant en cela d'une diversification institutionnelle des usages évaluatifs, le pilotage de cette réforme a intégré dès son origine un volet évaluatif. Il s'agit à travers cette modalité prospective (Aubert-Lotarski *et al.*, 2007) d'une forme d'accompagnement qui apparaît de plus en plus attendue par les commanditaires, « soucieux de trouver des solutions aux problèmes qu'ils se posent ou aux innovations qu'ils souhaitent mettre en œuvre » (Bedin, 2009, p. 38). En 2008, une mission interministérielle a donc été chargée d'évaluer l'impact que pourrait avoir le dispositif LMD sur les formations paramédicales. Au regard de l'expertise dont ce type d'évaluation se recommande et de la responsabilité qu'elle exerce sur les décisions prises, il nous a semblé intéressant de nous interroger ici, non pas tant sur la fiabilité des avis produits que, de façon plus large, sur les aspects qu'elle aurait pu laisser dans l'ombre. Il ne s'agira pas dans cette recherche d'interroger la compétence ou l'impartialité des évaluateurs, mais de réfléchir à partir de cet exemple aux « points aveugles » que ce type de démarche peut comprendre, sinon générer.

Le texte qui suit présente, dans un premier temps, notre méthodologie de recherche. Il rend compte, dans un deuxième temps, de l'analyse que nous avons faite du rapport de septembre 2008 sur l'*Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales* (Acker, Lesage, Morelle, Noire & Veyret, 2008). Nous étudierons ensuite le point de vue de formatrices sages-femmes et d'étudiantes à propos de la formation. Le croisement de ces différents matériaux nous amènera à faire le constat suivant : bien qu'émergeant de façon prépondérante dans les préoccupations des professionnels, les enjeux de professionnalité ne sont pas pris en compte par le rapport d'évaluation. Au-delà de ce repérage, c'est la question du hors-champ généré et de la priorisation induite qui nous intéresse. Nous les discuterons sous l'angle praxéologique de l'impact que cette « absence » peut avoir sur l'élaboration des dispositifs de formation, et sous l'angle politique d'une re-légitimation des processus évaluatifs.

2. Méthodologie de la recherche

L'analyse que nous avons réalisée a porté sur les matériaux suivants :

- Le rapport sur l'*Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, document de 86 pages ;
- Un premier corpus constitué de six entretiens compréhensifs réalisés avec les sages-femmes formatrices d'une Ecole de sages-femmes française au cours du premier semestre 2008 ;
- Un second corpus rassemblant différentes phases d'entretiens participant du suivi longitudinal d'une cohorte de cinq élèves sages-femmes au cours de leur première et de leur deuxième année de formation. Les entretiens compréhensifs ont eu lieu aux périodes suivantes : décembre 2008 (4 mois de formation), juin 2009 (10 mois de formation), janvier 2010 (16 mois de formation).

Le rapport d'évaluation ainsi que les entretiens ont donné lieu à une analyse thématique. Une analyse lexicale automatisée a été effectuée grâce au logiciel ALCESTE¹ pour compléter l'analyse des quinze entretiens réalisés avec les étudiantes.

3. Le dispositif LMD : la voie d'une reconnaissance nécessaire, attendue mais coûteuse

Les paragraphes qui suivent pointent et commentent un certain nombre d'éléments présents dans le rapport sur l'*Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*. Rappelons que le travail de la commission répondait à une commande du Ministère de la Santé et des Sports et du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. La commission était composée de membres de l'Inspection générale des affaires sociales, de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

¹ Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte.

ainsi que de Conseillers généraux des établissements de santé. Nous aborderons successivement les trois points suivants, retenus pour leur centralité dans le document analysé :

- L'affichage du consensus autour de la mise en place du dispositif LMD ;
- L'impact de l'universitarisation sur la qualité des formations ;
- Le coût de la réforme.

3.1 Une évaluation consensuelle : entre commande institutionnelle et reconnaissance des professionnels

Dès les premières pages du rapport, les rédacteurs mentionnent, ainsi qu'il est d'usage, la commande à laquelle ils répondent : « L'IGAS, l'IGAENR, l'IGF et le CGES ont été saisis d'une mission interministérielle » (2008, p. 3). Cette identification requise du commanditaire (au premier paragraphe de la synthèse introductive) laisse la place à un deuxième paragraphe moins prévisible. Celui-ci donne en effet la parole aux organisations syndicales pour les installer dans la position insolite de co-initiateurs voire de co-porteurs du projet : « La prise en compte de la reconnaissance du cursus de formation des professionnels paramédicaux dans le cadre du système LMD est largement attendue par les organisations professionnelles et les organisations étudiantes concernées » (id., p.3). Cet affichage liminaire d'une convergence rompt avec les tensions qui structurent communément ce type d'évaluation : outil d'aide à la décision politique s'inscrivant dans le paradigme de l'évaluation-conseil (Bedin, 2007, 2009), elle est traversée par le jeu complexe d'intérêts conflictuels et peut être dès lors être suspectée de n'être qu'une « mise en forme de l'opinion de la hiérarchie » (Derouet, 2000, p. 7). En faisant se rejoindre la force des « attentes » professionnelles et la « démarche volontariste, positive et légitime » des Ministères, les auteurs du rapport ne découragent-ils pas toute velléité de suspicion ? Il faut de fait attendre une quarantaine de pages pour les premières réserves se fassent jour. Nous y reviendrons dans la partie qui suit.

Le premier avis qu'il nous paraît important de retenir est donc l'affirmation de ce que le dispositif LMD constitue une réponse pertinente à diverses préoccupations prégnantes de la part des professionnels :

- Reconnaissance de l'élévation du niveau de qualification des métiers paramédicaux ;
- Mise en conformité avec la référence européenne ce qui a vocation de faciliter l'insertion sur le marché européen ;
- Possibilité de passerelles entre les filières de formation ;
- Revalorisation financière.

3.2 L'universitarisation des formations : qualité des enseignements et dimension professionnelle

L'évaluation qui est conduite prétend ne pas s'en tenir aux seules réformes de structure et aux bénéfiques que nous venons d'évoquer en termes de reconnaissance professionnelle (diplôme, revalorisation financière). Dans une perspective qui pourrait dans un premier temps s'apparenter aux approches évaluatives anglo-saxonnes (*quality enhancement*), elle tente d'apprécier les effets du dispositif sous l'angle du gain de qualité escomptable pour les futures formations. A défaut de rendre visibles les éléments d'expertise sur lesquels elle s'appuie, ainsi qu'elle le fera pour l'évaluation des coûts, la commission rend un avis tranché : la mise en œuvre du processus de Bologne permettra selon elle « l'amélioration de la qualité de l'enseignement et du contenu des formations en y intégrant à la fois des disciplines fondamentales enseignées sous un angle plus universitaire – tenant compte des dernières avancées scientifiques-, ainsi que des disciplines de sciences humaines » (Acker *et al.*, p. 32). Acceptons l'argument selon lequel un enseignement universitaire serait plus au fait des avancées scientifiques que celui dispensé dans une école professionnelle. Il convient toutefois de distinguer ce qui relève du bénéfice en termes de contenus enseignés de ce qui relève de l'ensemble des dimensions concourant à produire une formation professionnelle de qualité et qui doivent participer de son évaluation. Or, ces dimensions n'apparaissent pas dans le rapport. Les objectifs qui sont corrélés à la réforme annoncée

concernent davantage l'organisation matérielle de l'enseignement et non les standards de la qualité présumée : découplage entre les filières, conception de formation de niveau supérieur (masters 1 ou 2), ouverture du dispositif de formation à l'espace européen.

Soumettons à réflexion l'idée selon laquelle si les rapporteurs s'en sont tenus à un grain d'évaluation relativement large, s'attachant davantage à la structuration des formations, aux dispositifs d'ensemble qu'au niveau plus fin du développement de la compétence ou de la professionnalisation des étudiants, c'est qu'il est difficile d'anticiper sur ce point. La qualité pédagogique tiendrait tout autant aux structures, aux dispositifs, aux programmes qu'aux individus et aux valeurs qu'ils défendent. Cette hypothèse de travail nous paraît toutefois devoir être modérée par les arguments suivants :

- Si une évaluation aboutie de la qualité paraît difficilement envisageable dans une perspective « instrumentale » (Bedin, 2009, p. 296) antérieurement à la mise en place effective des formations, l'approche anglo-saxonne témoigne *a contrario* de l'intérêt d'un travail définitoire en la matière : l'identification des critères et des standards susceptible de décrire la qualité pouvant contribuer à la mise en discussion des points de vue et à la clarification des attentes.
- Le modèle de la formation des instituteurs est fourni en exemple pour étudier l'impact financier lié au passage des personnels en catégorie A (Acker *et al.*, p. 7), cependant l'exemple du passage des écoles normales aux IUFM n'est à aucun moment repris pour réfléchir de façon prospective aux effets *formatifs* de ce type de réorganisation.
- Notons enfin qu'alors même qu'aucun référentiel d'évaluation de la qualité n'a été élaboré concernant les aspects pédagogiques, la commission relaie paradoxalement le jugement suivant à propos des écoles de sages-femmes : « De l'avis général, cette modification² qui a eu un impact très fort sur le niveau des étudiants admis en école de sages-femmes, rend indispensable une évolution des méthodes et du contenu de l'enseignement qui y est dispensé. Les méthodes pédagogiques sont même parfois jugées archaïques et infantilisantes, les contenus décalés par rapport aux avancées médicales » (id., p. 32).

Ces différents arguments tendraient à nous faire considérer que le versant « qualité » de l'évaluation produite, ne s'inscrivant ni dans la visée développementale et définitoire anglo-saxonne, ni dans une perspective instrumentale, échappe quelque peu au cadre évaluatif pour se situer selon les analyses envisageables dans ce qui relèverait davantage d'une forme de *self prophecy*, ou de l'argumentaire *pro domo*, voire de formes de croyance caractéristiques de l'investissement dans des perspectives d'innovation (Boudon, 1990 ; Alter, 2000).

Venons-en pour clore ce point aux réserves que nous évoquions plus haut, suffisamment rares et discrètes pour que l'on y prête attention. Celles-ci émanent des organisations syndicales et concernent la crainte que la dimension professionnelle de la formation, à laquelle elles se disent attachées, se trouve remise en cause par le transfert à l'Université : « l'enjeu doit rester de former des personnels qualifiés pour dispenser les soins nécessaires à la population » (Acker *et al.*, p. 44). La valeur symbolique du Diplôme d'Etat est de la même façon réaffirmée, sa dimension identitaire reconnue (id., p. 46). Il nous faut noter que ces inquiétudes concernant les dimensions professionnelles et identitaires sont peu prises en compte dans le rapport. La licence professionnelle qui est évoquée garantit-elle par exemple le caractère professionnel de la formation ? Il est difficile pour le lecteur attentif de voir comment ces réserves exprimées affectent l'avis général dont nous soulignons en ouverture le ton enthousiaste et l'allure consensuelle. Il semble que se réintroduise ici de façon subtile une certaine dissymétrie qui tend à majorer les préoccupations des commanditaires et à minorer celle de l'acteur de terrain. L'importance accordée à la question du coût de la réforme nous paraît en attester ci-après.

² Il s'agit de la sélection à l'entrée des Ecoles de sages-femmes à l'issue d'une première année de médecine, PCEM1.

3.3 *Le coût de la réforme : le temps des experts*

Chapitre important du rapport, l'expertise produite sur l'estimation du coût de la réforme occupe vingt pages, soit plus d'un tiers du document. Tableaux à l'appui, elle évalue le coût du reclassement des personnels du fait de l'universitarisation. Soulignons qu'il s'agit d'un volet important du rapport puisqu'il concerne la faisabilité économique de la réforme et supporte des enjeux importants. La proposition qui est faite est celle d'une concertation avec les organisations syndicales portant entre autres sur l'identification des bénéficiaires de la réforme ou le niveau de revalorisation des rémunérations.

L'analyse que nous venons de faire cherchait à mettre en évidence les aspects prépondérants du rapport sur l'*Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*. Nous avons souligné que la mise en valeur des aspects consensuels de la réforme primait, selon nous, sur l'exploration des réticences concernant la dimension professionnelle des futures formations. Les avis rendus sur la qualité présumée des formations à venir auraient pu être l'occasion de revenir sur les critères d'une professionnalisation réussie. Dans la perspective définitoire que nous avons évoquée, il aurait été intéressant d'affiner les standards de professionnalisation, de s'interroger sur le type de professionnel que requiert le contexte hospitalier de ce début de XXI^{ème} siècle, de clarifier les systèmes de valeurs qui organisent les pratiques attendues et de préciser le rôle de la formation à cet égard. En s'appuyant sur l'exemple du passage des Ecoles normales aux IUFM on aurait pu s'interroger sur l'évolution des modalités de socialisation professionnelle induites par l'Universitarisation. L'expertise financière dont témoigne le rapport ne trouve donc pas dans l'évaluation de la qualité des formations son symétrique. Ces diverses remarques amorcent la partie suivante dans laquelle nous explorerons la « dimension professionnelle » de la formation, telle qu'elle est perçue par des formateurs et des stagiaires sages-femmes. L'objectif sera d'éclairer succinctement cette zone laissée dans l'ombre par le rapport, pour nous centrer dans un dernier temps sur le phénomène d'occultation lui-même dans la double visée praxéologique et politique que nous annonçons.

4. **Les enjeux de la formation : ce que formateurs et formés en disent**

4.1 *L'accouchement, processus physiologique ou acte médical ?*

Nous évoquons ci-dessus le conflit dans lequel les personnels de santé se trouvent pris, conflit qui voit s'opposer la logique gestionnaire et l'obligation de soins. La radicalisation de cet antagonisme n'a rien d'outrancier comme en témoigne le propos suivant : « La vision charitable de l'hospice qui accueille toute la misère du monde quelle que soit l'heure, le jour ou la nuit ne correspond plus aux impératifs de qualité et de sécurité des soins. L'hôpital dans sa version de premier recours jusqu'à la recherche scientifique la plus pointue en un même lieu est un rêve généreux, songe malheureusement irréaliste car aucun n'a le savoir ni la gestion adéquates pour tout faire. Assurer à deux heures du matin une greffe de cœur dans un bloc opératoire ultrasophistiqué au deuxième étage tout en accueillant au rez-de-chaussée le clochard qui vient chaque semaine frapper à la porte des urgences pour se remonter le moral n'est plus acceptable. On ne gère pas en même temps, dans le même espace ni de la même manière un terminal d'aéroport comme Roissy 2 F et un Resto du Cœur » (Vallancien, 2008).

Les paragraphes qui suivent vont s'intéresser à la pratique singulière des sages-femmes. Dans ce champ de métier, une part des tensions évoquées se cristallise autour d'un acte dont la définition médicale le dispute au physiologique : l'accouchement. Les débats qui opposent les défenseurs d'un accouchement « naturel » aux tenants de la sécurité de la mère et de l'enfant sont anciens et indissociables des progrès de la médecine moderne. S'ils ne se limitent pas au domaine strictement professionnel, ils l'imprègnent toutefois. Ainsi que le rappelle Gélis (1988), le contexte français se spécifie par la création précoce d'un corps de médecins accoucheurs. La vision obstétricale de la naissance va dès lors de pair avec la reconnaissance du pouvoir du médecin sur la matrone. Le partage des rôles s'est historiquement effectué en déléguant au médecin ce qui relève du

pathologique, et en confiant aux sages-femmes l'accompagnement du physiologique. Or, la rationalisation en cours des services modifie quelque peu la donne. Ainsi que le souligne Chantal Birman : « la marcaïne remplace l'accompagnement des sages-femmes dont le nombre est en baisse constante. L'alternative annoncée : péridurale ou non selon le souhait de la femme, dépend en réalité de la quantité de travail le jour J » (Birman, 2003, p. 201). Si nous avons fait le choix de rappeler brièvement les termes de débat, c'est qu'à travers lui il nous semble possible d'accéder à un grand nombre des tensions qui polarisent la pratique des sages-femmes, prise entre compétences relationnelles et compétences médicales, entre savoir-faire ancestral et haute technicité, entre souci de sécurité et respect du vœu des femmes. Les points de vue qui vont suivre vont tenter de montrer que cette conflictualité organise une professionnalité spécifique qui requiert engagement, responsabilité et éthique professionnelle.

4.2 La formation sous le regard des sages-femmes formatrices : éthique et responsabilité

Dans une recherche précédente (Broussal, 2009a, 2009b), nous nous étions intéressé à la question de la transmission des normes et des valeurs dans la formation des sages-femmes. Nous reprenons ici certains des résultats qui montrent que pour les formatrices, l'enseignement en école se doit d'insister sur la dimension éthique du métier ainsi que sur le rôle de la responsabilité. Précisons ci-dessous ce que ces dimensions recouvrent.

La vigilance éthique constitue pour les formatrices un aspect important de ce qu'elles ont à transmettre aux futures diplômées. Nous pouvons illustrer ce qu'elles entendent par là à travers l'exemple qui suit. Il est nécessaire pour un personnel de santé de se familiariser avec un certain nombre de gestes ou de situations qui relèvent généralement d'une forme d'intimité : voir la nudité d'autrui, le toucher, mais aussi accepter ses odeurs, ses sécrétions. La professionnalisation de ce rapport à l'autre passe par une forme de routinisation, une banalisation des corps qui participe des normes du métier. Or cette routinisation, bien que nécessaire, se doit selon les formatrices d'être accompagnée d'une réflexion éthique. La mise en débat continue de ce qui est acceptable pour la patiente conditionne la qualité de la relation de soin. Elle permet d'éviter le risque bien réel de réification de l'autre : « ça a l'air simple à dire comme ça, mais le respect de l'intimité et de la pudeur, ce n'est pas du tout évident dans le milieu hospitalier. On a tellement l'habitude de déshabiller les gens physiquement et mentalement que finalement, pour nous, c'est normal. Ce qui n'est pas forcément vrai, et qui est forcément difficilement perçu par les gens en face. Poser des questions toutes bêtes sur la famille, l'hérédité, c'est des choses qui nous paraissent normales pour constituer notre dossier, mais ce n'est pas sans conséquence. Il y a des choses qui nous paraissent si naturelles, et il faut une certaine maturité pour s'apercevoir que ce n'est pas si naturel que ça ». La vigilance éthique apparaît donc comme un contrepois indispensable à ce qui, avec l'expérience, ce constitue en habitude. Elle vise à maintenir l'autre de la relation, le patient, dans des situations que la récurrence anonymise et que le souci de sécurité et d'efficacité tend à restreindre aux caractéristiques obstétricales. En cela la vigilance éthique procède d'un changement d'échelle au regard de la compétence, cette dernière étant éminemment contextualisée tandis que la première concerne des processus longs sur un temps qui est celui de la carrière. Elle constitue ainsi une forme de gouvernement de soi dont le rôle est de prendre acte des effets que l'historicisation des compétences produit.

Le deuxième objectif qui apparaît comme fondamental dans les propos des formatrices est celui de la responsabilité. Il se distingue des préoccupations éthiques, ainsi que nous allons le voir brièvement. Au-delà des aspects légaux que le terme recouvre, les formatrices définissent la responsabilité comme émergeant de la vision qu'ont les professionnels de leur capacité légitime à peser par leurs actes sur le devenir de la profession. Dans un deuxième temps, complétant cette reconnaissance d'une capacité légitime, les professionnels prennent conscience qu'à travers leurs pratiques professionnelles ils contribuent à la configuration des rapports sociaux. Cette conception dynamique de l'organisation sociale dans laquelle la pratique professionnelle se constitue en praxis citoyenne, les sages-femmes la désignent sous le terme de responsabilité. Cette responsabilité se révèle d'autant plus opérante dans les situations conflictuelles, dans les marges de l'activité où les

normes se révélant inopérantes il s'agit de délibérer collectivement ou individuellement. Les formatrices sont attentives à sensibiliser les futures sages-femmes à cette dimension : « *le sens des responsabilités, alors je ne sais pas si c'est une valeur le sens des responsabilités. Mais se sentir responsable de ce qu'on fait ! [...] On peut très bien être rigoureux, très bien faire quelque chose dans les règles de l'art, mais en être détaché. Alors la responsabilité c'est pour moi quelque chose ! Alors est-ce que c'est une valeur, je n'en sais rien. Est-ce que c'est plutôt quelque chose qui est inhérent à la profession, qu'elle soit médicale ou paramédicale ? A partir du moment où on est en lien avec l'humain, on est responsable. On est responsable des actes que l'on peut faire, de ce qu'on peut dire aussi.* » La responsabilité rejoint pleinement ici l'engagement citoyen attendu des professions (Champy, Israël, 2009), celui peut-être qu'une universitarisation pourrait espérer.

S'exprimant sur le type de professionnalisation auquel elles sont attachées, les formatrices insistent donc sur l'importance d'installer les futurs professionnels dans des postures éthiques et responsables. Leur ambition va bien au-delà du souci de la qualité et de la compétence, qui sont eux aussi présents. C'est à une conception de la pratique professionnelle considérée comme pouvoir et devoir d'agir sur le monde qu'elles entendent ouvrir les étudiantes. Le temps en école est à ce titre précieux : parce qu'il échappe à l'urgence des situations de travail, parce qu'il constitue une étape décisive de la socialisation professionnelle propice à des formes de conversion (Dubar, 2000), mais aussi parce qu'il favorise les échanges sur le métier et qu'il construit un espace protégé dans lequel le pair, l'aîné, peut professer ses valeurs à rebours de la pudeur qui prévaut en la matière dans le cadre professionnel. Nous allons voir à travers les propos des stagiaires combien cette conception de la professionnalité tient du challenge, tant elle rencontre de difficultés à résister à l'épreuve du stage. Si l'école vise haut, le terrain impose sa loi. Lorsque nous reviendrons sur l'analyse du rapport de 2008, l'occultation de ce qui se joue à travers la « dimension professionnelle » nous paraîtra favoriser ce déséquilibre de fait.

4.3 L'épreuve du stage : primat de la technique, professionnalité en sommeil

Rappelons que nous nous sommes entretenu avec cinq étudiantes sages-femmes à trois moments de leur formation : décembre 2008 (4 mois de formation), juin 2009 (10 mois de formation), janvier 2010 (16 mois de formation). Ce travail donnera lieu à une publication plus complète (Broussal, 2010), mais ce qui nous importe ici c'est d'identifier les obstacles que rencontre la formation de la professionnalité, telle que nous venons de la décrire. Nous souhaitons ce faisant montrer ce qu'un tel objectif de formation a de périlleux et nous interroger par conséquent sur la fragilisation que pourrait induire son absence du rapport d'évaluation.

En décembre 2008, les étudiantes étaient en première année de formation de sage-femme. Elles avaient suivi une première année de faculté de médecine (PCEM1), et quatre mois de formation en école. Un grand nombre de leurs préoccupations concernent le métier. Elles s'interrogent notamment sur l'équilibre à trouver entre les aspects relationnels et les aspects techniques : « *je serais plutôt du côté de l'autonomie, mais après dans un juste milieu aussi. Sans être trop l'un ou trop l'autre non plus... Mais je serais plutôt pour préserver l'autonomie de la femme, pour la laisser accoucher comme elle désire le faire* » ; « *le progrès a permis de sauver beaucoup de vies de femmes et d'enfants. Ce serait un peu régresser que de ne pas utiliser ces outils. Mais après il ne faut pas non plus complètement déshumaniser la chose, en faire quelque-chose de très médical, stérile.* » Le premier stage est aussi l'occasion d'éprouver les limites de leur compétence, d'embrasser l'espace de ce qu'il leur reste à apprendre : « *et puis après la technique qui est quand même présente, parce qu'avec les épisiotomies et puis tout ce qu'il y a avant et après l'accouchement... J'ai vu des césariennes et je ne suis pas sûre que j'aurais été capable de faire ce travail-là.* » L'investissement dans l'accompagnement des femmes apparaît privilégié à ce moment de la formation, parce qu'il constitue un versant accessible de la pratique. Six mois plus tard, l'intensification des périodes de stage paraît avoir rigidifié le contexte de formation et conduit les sages-femmes à mettre en suspens leurs interrogations sur le métier pour se mobiliser sur l'apprentissage technique. La découverte du milieu professionnel apporte son lot de désenchantements : « *on arrivait le matin, bonjour, et elle nous regardait en soupirant. Bon, ce*

genre de comportement c'est pas super quoi ». Mais la position distanciée qui caractérisait les premiers entretiens n'a pas résisté à l'expérience de la dureté des milieux de travail. L'épreuve de son incompétence semble disqualifier toute droit à la critique : « *lorsque je lui disais c'est mon premier stage en suite de couches elle me répondait ah ben oui je vois bien hein, ou ce genre de chose* » ; « *en étant confrontées des fois à l'humiliation, à plein de choses parce qu'en étant étudiant on passe vraiment par toutes les couleurs* » ; « *je suis sensible aux regards des autres et si ce n'est pas un regard ouvert, ça passe pas. Malheureusement c'est le plus souvent la plupart des cas, parce qu'ils en ont un peu marre des étudiants, ils n'aiment pas trop* ». Les situations d'urgence renforce ce primat de la technicité : « *il faut faire très attention parce que ça part vite, on pense à autre chose, on fait plein de choses en même temps, on ne fait pas forcément attention à ce qu'on va faire* ». On le voit, la dynamique des situations vécues en stage tire la formation du côté de l'apprentissage des compétences techniques. La dissymétrie symbolique des deux espaces que la formation en alternance juxtapose est au bénéfice du terrain : le lieu du « vrai travail ».

Ainsi les paragraphes qui précèdent nous montrent que les discours de professionnalité des formatrices peinent, au fur et à mesure que le volume des stages s'accroît, à trouver un écho chez les étudiantes. Le phénomène est connu de ceux qui furent formateurs en IUFM et qui eurent souvent le sentiment de prêcher dans le désert dès lors qu'ils s'écartaient des préoccupations immédiates des stagiaires. La formation des « hussards noirs » en Ecole normale ne souffrait pas de la même difficulté. La question à peine ébauchée ici ne mériterait-elle pas qu'un rapport consacré à l'évaluation d'un processus qui nous semble comparable à celui que nous évoquons, s'y arrête ? Le passage d'une formation de type école à une formation universitaire, bien que préservant le modèle de l'alternance sous la forme des diplômes professionnels, ne modifie-t-elle pas les équilibres qui structurent dans le champ de la santé comme dans celui de l'éducation le jeu des dimensions politiques ou techniques du métier. La partie conclusive qui suit va croiser les trois analyses que nous venons de présenter et s'interroger sur l'occultation que nous avons repérée. Les enjeux praxéologiques et politiques que nous envisagerons justifient-ils la mise en lumière évaluative d'un objet comme la professionnalité, dans le cadre d'une évaluation commanditée du type de celle qui nous intéresse ici ?

5. Conclusion

Ainsi que l'évoque l'une des communications du symposium (Bedin & Talbot, 2010) l'un des points aveugles que l'analyse des évaluations de dispositifs permet de faire émerger est l'enjeu prioritaire que revêt la commande. L'analyse que nous avons produite ici concernant le rapport d'évaluation de l'impact du dispositif LMD laisse apparaître la prééminence de trois aspects qui sont liés aux stratégies ministérielles : l'affichage du consensus sur l'opportunité de la réforme, l'expertise financière dont la vocation est d'encadrer les négociations salariales avec les partenaires professionnels, le gain de qualité escompté du fait de l'universitarisation. Cette priorisation liée à la commande laisse dans l'ombre une dimension qui ne fait qu'affleurer dans le rapport : la préoccupation des organisations syndicales et étudiantes concernant la dimension professionnelle des futures formations. Identifions les dommages qu'une telle occultation nous paraît produire sur les deux versants praxéologiques et politiques.

Nous évoquons plus haut l'importance que les formatrices accordent à la formation de la professionnalité, envisagée comme capacité des acteurs à « mettre en œuvre une expertise complexe encadrée par un système de références normatives sinon axiologiques » (Braem & Aballéa, 2002). Cette capacité semble fortement requise dans le contexte d'impermanence qui caractérise l'hôpital, et qui nécessite une révision continue des pratiques et des normes, souvent sur le mode de l'urgence. Une telle révision affecte parfois jusqu'au sens des métiers, brouillage dont la formation n'est pas à l'abri : « Quel que soit le contexte, être soignant relève fondamentalement d'une intention profondément et généreusement humaine, concrétisée par le respect d'autrui et par des actions pensées et créées pour tenter de venir en aide à une personne. La formation actuelle des étudiants en soins infirmiers et l'organisation ont, hélas, tendance à orienter le soin principalement vers des actions objectives, centrées sur le *corps objets* » (Cherel, 2009, p.

24)³. Or cette question du sens, si elle est bien sûr primordiale, est paradoxalement fragile. En laissant ce type d'interrogation en marge, l'évaluation n'idéologise-t-elle pas implicitement ce genre de débat et ne l'écarte-t-elle pas à terme de ce qui, dans un espace de formation, peut-être légitimement débattu. Elle entérine dès lors une vision du professionnel exécutant qui contredit ce que le processus d'universitarisation est censé produire.

Concernant les aspects politiques d'un tel positionnement évaluatif, nous considérons qu'en laissant dans l'ombre les débats publics qui concernent les valeurs qui doivent présider à l'organisation du système de soins (Gori, Cassin & Laval, 2009), débats qui concernent la formation des professionnels de demain, ce type d'évaluation tend le flanc à la critique selon laquelle : « la tendance actuelle tend à substituer l'expertise technique à la pensée, et la gestion à la politique. Il est vrai que, en se focalisant ainsi sur la mesure des résultats, on évite plus facilement de se confronter au questionnement critique des fins » (Guillaume, 2009, p. 109). Allier expertise technique et pensée, mesure et discussion des finalités nécessite une réelle plasticité, puisqu'il s'agit dès lors de mettre en dialogue des paradigmes évaluatifs distincts sinon antagoniques : mesure, gestion, valeurs, reconnaissance. Pour accomplir cette mue, de nouveaux modèles d'évaluation sont sans doute à envisager (Bedin, 2009).

6. Bibliographie

- Acker, D., Lesage, G., Morelle, A., Noire, D. & Veyret, J. (2008). *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicale* (IGAS, RAPPORT N°RM2008-081P / IGAENR 2008-068). Paris : Ministère de la santé et des sports.
- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF.
- Aubert-Lotarski, A., Demeuse, M., Derobertmeasure, A & Friant, N. (2007). Conseiller le politique : des évaluations commanditées à la prospection en éducation. *Les Dossiers des sciences de l'éducation*, 18, 121-130.
- Bedin, V. (2007). Faire le choix du concept d'« évaluation-conseil » en éducation et formation. *Les Dossiers des sciences de l'éducation*, 18, 131-140.
- Bedin, V. (Ed.), (2009). *L'évaluation à l'université. Évaluer ou conseiller ?* Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

³ Significatif nous paraît à ce titre le récit fait par l'une des étudiantes sages-femmes lors du troisième entretien : « Donc c'était la nuit. On a suivi une patiente qui ne voulait pas trop de péridurale, donc au final elle n'a pas eu de péridurale. On a mis un petit peu d'oxyde d'azote pour la soulager parce qu'elle commençait à faire un peu n'importe quoi au moment de l'accouchement. Et donc là on a essayé de la soulager un petit peu et puis on a appelé l'obstétricien puisqu'en clinique ce sont les obstétriciens qui font les accouchements. Donc il était quatre heures du matin, l'obstétricien est arrivé pas de très bonne humeur déjà. Il était chez lui donc il s'est déplacé. Et donc en fait il a fait pousser la patiente deux fois, elle ne poussait pas très bien, elle était assez douloureuse donc il fallait la calmer en fait, lui parler, elle avait mal. Il fallait vraiment être avec elle la soutenir. Elle avait besoin de sentir une présence, elle avait besoin qu'on l'aide et qu'on la mène à cet accouchement et en fait la réaction de l'obstétricien ça a été, elle pousse pas, elle pousse pas, elle fait rien. Donc qu'est-ce qu'il a fait, il est allé chercher le menton et il a arraché le bébé. Moi j'ai pas pu regarder, j'ai failli sortir, j'ai failli me sentir mal en fait. Je ne me suis jamais senti mal sur un accouchement, je ne suis jamais tombé dans les pommes, j'ai jamais eu envie de vomir ou des choses comme ça, là je n'ai pas pu regarder j'ai failli sortir et bon ça a été tellement rapide que je n'ai pas eu le temps de sortir, finalement ça s'est bien terminé et voilà donc il a arraché le bébé, c'est vraiment arracher le bébé. [...] C'est une clinique donc la sage-femme a rien dit. C'est vraiment un manque de respect, comme si la personne était pas là, il a arraché le bébé, pour moi c'était horrible c'est tout à fait le genre de chose que je peux pas faire, tomber dans un dégoût tel de sa condition, du respect de l'être humain, parce que là c'était vraiment... Il n'avait pas envie de se lever, ça l'a embêté, il était quatre heures du matin, il n'avait qu'une envie c'était de retourner se coucher et voilà donc, la patiente il n'en avait rien à faire, le bébé encore moins, et les professionnels autour c'était pareil. »

- Bedin, V. & Talbot, L. (2010). *Réinterroger la commande d'évaluation des dispositifs éducatifs ou de formation : nouvelles propositions, nouveaux enjeux*. Communication présentée au Congrès de l'AREF, 13 au 16 septembre 2010, Université de Genève.
- Birman, C. (2003). *Au monde, ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte*. Paris : La Martinière.
- Boudon, R. (1990). *L'art de se persuader. Des idées douteuses, fragiles ou fausses*. Paris : Fayard.
- Braem, S. & Aballéa, F. (2002). La notion de professionnalité : un concept « transfert ». *Recherche sociale*, 163, 4-15.
- Broussal, D. (2009a). *Le développement des valeurs professionnelles dans la formation des sages-femmes et son évaluation : indicateurs et critères applicables au mémoire de fin d'étude*. Communication présentée au 21e Colloque de l'Admée-Europe, 21 au 23 janvier 2009, Université catholique de Louvain, Louvain la Neuve, Belgique.
- Broussal, D. (2009b). Valeurs et normes dans la formation des sages-femmes. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 22, 121-138.
- Broussal, D. (2010, à paraître). La construction de la professionnalité des élèves sages-femmes : un potentiel enjeu de formation. In B. Fraysse (dir.), *Quelles mobilisation et légitimation des sciences de l'éducation dans les champs de la formation ?* Paris : L'Harmattan.
- Champy, F. & Israël, L. (2009). Professions et engagement public. *Sociétés contemporaines*, 73, 7-19.
- Cherel, S. (2009). Le processus de construction identitaire des professionnels infirmiers. *Soins cadres*, 71, 23-27.
- Dardot, P. (2009). Qu'est-ce que la rationalité néolibérale ? In R. Gori, B. Cassin, C. Laval, (Ed.), *L'Appel des appels* (pp. 293-306). Paris : Mille et une nuits.
- Derouet, J.-L. (2000). Une science de l'administration scolaire est-elle possible ? *Revue Française de Pédagogie*, 130, 5-14.
- Desmares, M. (2008). Hôpital, patient, territoire, santé... Danger ? Quelle place pour la profession de sage-femme en mutation ? *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 376, 35-39.
- Dreyfuss, D., Grimaldi, A. & Del Volgo, M.-J. (2009). Malaise dans l'hospitalisation. In R. Gori, B. Cassin & C. Laval, (Ed.), *L'Appel des appels* (pp. 89-104). Paris : Mille et une nuits.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris : Fayard.
- Gori, R., Cassin, B. & Laval, C. (Ed.), (2009). *L'Appel des appels*. Paris : Mille et une nuits.
- Guillaume, B. (2009). Indicateurs de performance dans le secteur public : entre illusion et perversité. *Cités*, 37, 101-109.
- Schweyer, F.-X. (2010). Hôpital, une tension entre coûts et valeurs. In C. Halpern (Coord.), *La santé un enjeu de société* (pp. 278-284). Auxerre : Editions Sciences Humaines.
- Vallancien, G. (2008). *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, Rapport à la demande de madame Roseline Bachelot Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Accédé le 12 juin 2008 : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_vallancien_gouvernance_version25_08_08.pdf
- Zarka, Y.-C. (2009). Qu'est-ce que tyranniser le savoir ? *Cités*, 37, 3-6.