

**Evaluation formative des compétences de l'étudiant en soins infirmiers : une aide pour les superviseurs en stage ?**

**Formative assessment of nursing students 'skills: an aid for the supervisors in traineeships ?**

**Auteur**

Mme

Christine

ROCHEL

Infirmière, Groupe Hospitalier St Vincent, étudiante Master 2 Pédagogie en Sciences de la Santé Université de Strasbourg

Strasbourg, France

0680932755

[crochel@orange.fr](mailto:crochel@orange.fr)

Sous la supervision du Dr Catherine JUNG

## Résumé

**Introduction :** Les superviseurs en stage ont des difficultés pour rendre une évaluation justifiée par rapport au réel niveau de compétences de l'étudiant en soins infirmiers.

**Contexte :** Dans une approche par compétences, l'évaluation formative est enchâssée dans les enseignements et les apprentissages.

**Objectifs :** Cette étude consiste à explorer les pratiques d'encadrement en se focalisant sur l'évaluation formative.

**Méthode :** Une recherche qualitative a été menée, basée sur l'entretien individuel par visioconférence de sept infirmières hospitalières.

**Résultats :** Les superviseurs utilisent tous l'évaluation formative, en parallèle de la supervision, mais ils ne tracent pas toujours leurs rétroactions et leurs remédiations. L'autoévaluation est sollicitée, ainsi qu'une évaluation multisources pour valider avec justesse le niveau des compétences.

**Discussion :** Plusieurs points sont discutés : usage et sens de compétence, démarche d'évaluation formative à développer, gestion du temps, formation du superviseur, étudiant formé par modèle et contre-modèle, partenariat IFSI-stage insuffisant.

**Conclusion :** L'évaluation formative est utilisée comme un fil conducteur reliant supervision à évaluation et superviseur à étudiant. Elle instaure un climat favorable à des apprentissages utiles pour l'étudiant. Elle permet de mieux concilier les rôles du superviseur en tant que soignant, formateur et évaluateur.

**Mots-clés :** étudiants soins infirmiers-stage-compétences-supervision-évaluation formative

Abstract:

Introduction: In internship, supervisors have difficulty making an assessment justified in relation to the real level of skills of the nursing student.

Context: In a competency-based approach, formative assessment is embedded in teaching and learning.

Objectives: This study aims to explore coaching practices by focusing on formative assessment.

Method: Qualitative research was conducted, based on one-on-one interviews by videoconference of seven hospital nurses.

Results: Supervisors all use formative assessment, in parallel with supervision, but they do not always trace their feedback and remediation. Self-assessment is requested, as well as a multi-source assessment to accurately validate the level of skills.

Discussion: Several points are discussed: use and sense of skill, formative assessment approach to be developed, time management, supervisor training, student trained by model and counter-model, insufficient IFSI-internship partnership.

Conclusion: Formative assessment is used as a common thread linking supervision to evaluation and supervisor to student. It creates a climate conducive to learning that is useful for the student. It better reconciles the supervisor's roles as caregiver, trainer and evaluator.

**Key-words:** nursing students-traineeships-skills-supervision-formative assessment

## **Remerciements**

Je souhaite vivement remercier le Docteur Catherine Jung qui a soutenu et guidé mon travail de recherche avec disponibilité, bon sens et surtout bienveillance. J'ai aussi une profonde gratitude pour tous les formateurs du Master, qui m'ont permis de progresser et de prendre de l'assurance dans le domaine de la pédagogie en sciences de la santé. Je suis également très reconnaissante envers les personnes qui ont participé aux entretiens, sans qui ce travail n'aurait pas pu se réaliser. Je tiens à dire merci à chacun de mes compagnons du Master car j'ai puisé beaucoup de force au sein de notre groupe. Pour finir, j'ai une pensée plus qu'attendrie pour ma famille qui m'a permis de me consacrer pendant deux ans à ce beau projet.

# INTRODUCTION

## Contexte

Depuis 2009, le référentiel s'est donné pour objectif la construction et l'acquisition de dix compétences indispensables au futur métier de l'étudiant en soins infirmiers (ESI). Cette formation repose sur l'alternance entre Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et lieux de stage et suit un principe fondamental relatif aux trois paliers d'apprentissage : « comprendre, agir, transférer »(1). L'étudiant peut ainsi s'approprier les connaissances nécessaires pour un « savoir-soigner » efficace. L'objet de ce mémoire est de mieux cerner cette logique d'apprentissage dans une approche par compétences (APC), en explorant ses applications concrètes d'enseignement et d'évaluation dans le cadre du stage. Aujourd'hui, chaque référent de l'encadrement, désigné ici par le terme de superviseur, qu'il soit professionnel de proximité, tuteur, ou maître de stage, s'est plus ou moins bien familiarisé avec les principes et les outils du référentiel. La notion de compétences et d'évaluation des compétences restent néanmoins deux sujets complexes à maîtriser. D'une part, parce qu'il n'est pas évident de relier d'emblée les compétences attendues avec des situations cliniques supervisées. Et d'autre part, parce que superviseurs et tuteurs veulent rendre une évaluation qui soit justifiée, par rapport au véritable niveau de compétences de l'étudiant. Tous connaissent leurs responsabilités et l'impact de leur évaluation sur la poursuite du projet professionnel de l'étudiant.

Le stage est reconnu comme le terrain d'apprentissage idéal pour l'étudiant : il fait ses expériences de futur professionnel, auprès des patients, dans un contexte pluriprofessionnel. Toutefois cela ne peut se faire de manière informelle : pour développer ses compétences, il est préférable que l'étudiant adopte une posture d'apprentissage. Sous la guidance des superviseurs il va pouvoir acquérir des connaissances en profondeur et comprendre le sens de ses actions. De son côté, le superviseur lui, se trouve dans une posture de soignant-formateur-évaluateur. La supervision est l'outil pédagogique de référence qui lui permet de concilier ses deux premiers rôles mais quid du troisième ? D'après le référentiel, la supervision est un support essentiel pour analyser « la réalité professionnelle » d'une part, et pour situer l'évaluation formative des compétences de l'étudiant d'autre part : « une large place est faite (...) à l'évaluation formative. »(1) Pourtant, T. Pelaccia souligne le manque de place accordée, sur le terrain, à l'évaluation formative, au regard de supervisions parfois peu structurées : « il y a trop peu d'évaluations formatives et de rétroactions fondées sur l'observation directe des étudiants durant la prise en charge des patients. » (2)

Alors de quoi parle-t-on vraiment ? Est-ce que cette évaluation formative est à la fois témoin et actrice dans la progression de l'étudiant tout au long du stage ? Quelles en sont les modalités et ses influences sur l'évaluation finale ? Représente-t-elle une aide efficace pour le superviseur chargé de soigner, de former et d'évaluer en même temps ?

Afin de trouver des réponses à cette problématique, j'ai choisi d'explorer, dans le cadre théorique, les concepts suivants : approche par compétences (APC), supervision et évaluation formative.

## Approche par compétences

Issue du monde de l'industrie et de l'enseignement professionnel, aux environs des années 1960, l'APC est un dispositif de formation qui a pour but de professionnaliser l'étudiant afin de répondre aux besoins sociétaux. Les sciences infirmières se sont tournées vers l'APC, en France, avec la réforme des études de 2009. Le référentiel infirmier, en application de l'arrêté du 31/07/2009, est composé de trois parties : le référentiel d'activités qui liste tous les actes et

activités inhérentes au métier, le référentiel de compétences qui définit les dix compétences indispensables pour exercer, et le référentiel de formation qui correspond au programme et aux modalités pédagogiques. Il y a adéquation entre le programme de la formation et le futur rôle professionnel, les dix compétences à acquérir ayant été extraites de la pratique professionnelle. La formation infirmière « a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements. »(1) M. Belisle s'est intéressée au cadre conceptuel de la professionnalisation, conçu « comme étant la conjoncture entre des apprentissages relatifs aux compétences, à la culture et à l'identité professionnelles. » La culture résulte de l'apprentissage de « l'ensemble des valeurs, normes, attitudes et symboles » de la profession. L'identité correspond à une construction « de soi en tant que professionnel » (3) Nous nous tournons ici plus particulièrement vers l'apprentissage des compétences.

La formation dans une APC, selon T. Pelaccia, désigne une « démarche spécifique d'ingénierie, qui vise à construire un dispositif de formation à travers l'élaboration d'un référentiel de compétences et d'un référentiel de formation et d'évaluation. » (4) Les enseignements et les apprentissages sont centrés sur les savoirs professionnels utiles à l'étudiant pour intégrer son milieu de travail. Ainsi, le programme est basé sur « l'identification des situations professionnelles auxquelles seront exposés les futurs diplômés et les savoir-agir complexes qui y seront déployés. »(4) C. Loosli apporte quelques précisions sur l'APC en sciences infirmières : « L'enseignant ne transmet pas de connaissances mais valide les savoirs et joue le rôle de tuteur.(...) La connaissance y est considérée comme un processus conformément au paradigme constructiviste. »(5) L'étudiant, en voulant résoudre une problématique de santé, acquiert de nouvelles connaissances, tout en s'appuyant sur ses connaissances antérieures, celles qu'il a mémorisées. Les situations professionnelles authentiques sont véritablement au cœur de cette construction des savoirs : par un travail d'intégration des connaissances, l'étudiant aidé par ses formateurs, peut développer ses compétences en stage, comme en IFSI. Il est très important de bien différencier les connaissances des compétences. Les connaissances peuvent être de plusieurs types : déclaratives (le « quoi »), procédurales (le « comment ») et conditionnelles (le « quand » et le « pourquoi »). Elles sont toutes des ressources intégrables à la compétence, elle-même liée au domaine de l'action en situation. Selon J. Tardif, la compétence correspond à un « savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » (6) Il fait la distinction entre ressources internes et externes. Les ressources internes sont constituées par les différents savoirs, c'est-à-dire les connaissances antérieures (théoriques, pratiques, procédurales, relationnelles, sociales,...). L'engagement, c'est-à-dire la motivation et l'implication, font également partie des ressources internes : c'est le « vouloir-agir ». Les ressources externes concernent ce qui provient de l'environnement, à savoir, les moyens matériels, humains et organisationnels à disposition (collègues, équipements, bases de données, protocoles, procédures, organisation, etc...) : c'est le « pouvoir-agir ». D'autre part, la compétence ne consiste pas seulement à démontrer que l'on possède une somme de ressources, mais que l'on sait les mobiliser et les combiner lorsqu'il le faut : c'est le « savoir-agir ». Le « savoir-agir complexe », cité dans la définition de J. Tardif, souvent repris dans les sciences de la santé ne correspond pas à un ensemble de savoir-faire. Cela démontre le caractère à la fois intégrateur et combinatoire des ressources, développemental et évolutif d'une compétence.(6) La famille de situations correspond à un ensemble de situations professionnelles similaires, sachant qu'une situation professionnelle conjugue le rôle ou la

fonction du soignant avec un contexte de soins. (4) G. Le Boterf explique la possibilité de transfert de la compétence, d'une situation à l'autre, par sa dimension réflexive (7) : « c'est agir avec autonomie, c'est-à-dire autoréguler ses actions, savoir non seulement compter sur ses propres ressources, mais rechercher des ressources complémentaires, être en mesure de transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans un autre contexte (8) C'est effectivement en portant un regard réflexif sur son travail que l'étudiant prend conscience de son action, la relie à des concepts et obtient des éléments de compréhension. Surtout il apprend à réguler, c'est-à-dire à améliorer ses actions futures. Conceptualiser est le fil conducteur d'une stratégie d'apprentissage en profondeur que les formateurs vont lui apprendre justement pour favoriser le transfert de ses acquis : il s'agit du processus de contextualisation (ancrage dans situations authentiques), décontextualisation (phase d'explicitation) et recontextualisation (périodes dévolues à la transférabilité des apprentissages). De la même façon, l'étudiant infirmier s'approprie progressivement la compétence nécessaire pour dispenser ultérieurement des soins adaptés dans une même famille de situations : « La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir, transférer. » (1) Pour G. Le Boterf, le « savoir-agir complexe » résulte non seulement de l'expérience et des apprentissages précédents, mais demande également de « savoir- réagir » pour faire face à l'incertitude d'une situation nouvelle : la compétence n'est jamais figée mais au contraire, elle est évolutive en raison des aléas des situations. (7). Par conséquent, le travail réel ne ressemble jamais au travail prescrit (référentiel, procédures, protocoles,...). Il se visualise dans la pratique professionnelle mise en œuvre auprès d'un patient, face à l'incertitude et au contexte propre à chaque situation. La pratique professionnelle est définie par G. Le Boterf comme « le déroulé des décisions, des actions et des interactions qu'un sujet met en œuvre ». Il souligne le fait que « chaque professionnel construit et met en œuvre ses propres pratiques »(7) Dans une APC, il s'agit de proposer une formation à l'étudiant où il puisse intégrer tous les savoirs par un apprentissage en profondeur avec des situations authentiques, phases d'explicitation et périodes dévolues à la transférabilité des apprentissages sont indispensables. L'alternance IFSI/stage répond parfaitement à cet objectif du fait de leur complémentarité. L'enjeu, en stage comme en IFSI, est d'aider l'étudiant à progresser vers sa professionnalisation et vers sa propre pratique professionnelle. Le référentiel demande aux superviseurs du stage de prévoir un environnement propice aux apprentissages et au développement des compétences de l'étudiant, en apportant une guidance adaptée à ses besoins. En ce sens, la supervision de l'étudiant dans un contexte professionnel représente une pratique d'encadrement très adaptée au milieu de stage et à la formation infirmière dans une APC.

### Supervision

« Kilminster et ses collaborateurs définissent la supervision clinique comme étant la fourniture d'une guidance à l'égard d'un étudiant en formation et d'une rétroaction (feedback) à l'égard de son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une expérience de soins dispensés à un patient avec sécurité et de manière appropriée. » (9). La supervision clinique en stage est un outil pédagogique mettant toujours en interaction un patient, un étudiant et un superviseur : l'objectif du superviseur est donc de préserver et la sécurité du patient, et la qualité de la formation de l'étudiant. Il est entendu que la sécurité et la qualité des soins au patient demeurent toujours prioritaires, face aux enseignements et apprentissages que l'étudiant pourraient réaliser. Cette double responsabilité du superviseur le pousse à prévenir



au maximum le risque d'erreur pour ne pas causer de préjudice au patient. Il sait toutefois que l'étudiant est en apprentissage et que « l'erreur et l'échec sont des étapes intermédiaires vers la réussite » (2)

Cela suppose d'abord que les besoins de l'étudiant soient définis, en s'appuyant sur ses connaissances antérieures : « les connaissances antérieures sont considérées comme des éléments qui facilitent l'apprentissage, qui lui nuisent ou qui sont à l'origine de conceptions erronées ou lacunaires » (4) La ou les premières supervisions vont indiquer au superviseur, de façon rétrospective, le degré de supervision à adapter lors d'une supervision future : « Dans les stages, les enseignants-cliniciens évaluent au quotidien le degré de supervision dont un étudiant a besoin et son aptitude à participer aux soins en toute sécurité. »(10) Selon Irby et Wilkerson, l'enseignement clinique, pour être performant, repose sur trois points essentiels, dans un environnement où le temps est compté : identifier les besoins individuels de l'étudiant, enseigner selon les besoins identifiés et donner une rétroaction sur sa performance. (11) C'est pourquoi, dès le début du stage, il est impératif que les objectifs soient définis en fonction des besoins de l'étudiant et des possibilités d'apprentissage au sein du service. De ces objectifs vont découler les enseignements sélectionnés par le superviseur qui va sélectionner des situations d'apprentissage significatives. Les supervisions et les situations professionnelles du stage sont de la sorte fortement liées. L'instruction DGOS/RH1 2014-369 du 24/12/2014 a demandé à chaque lieu de stage de désigner ses « situations prévalentes ». (12) Ce sont celles que l'étudiant pourra rencontrer à plusieurs reprises dans le stage et qui « développent des compétences utiles à la pratique courante des soins » ( 2) Mais aussi, toute situation, présentant un certain degré de complexité et de richesse en apprentissage, correspond à une situation « apprenante », telle que citée par J. Chocat, cadre formateur, « La situation apprenante est définie comme étant une situation relevant de l'exercice professionnel, en conditions réelles et ayant un fort potentiel pour l'apprentissage de l'étudiant. »(13) Elles sont motivantes lorsqu'elles sont significatives, c'est-à-dire qu'elles ont du sens pour l'étudiant. La sélection des situations par le superviseur, en accord avec l'étudiant, peut agir sur les trois composantes de la motivation : la perception de contrôlabilité (sentiment d'être écouté), la perception d'efficacité (sentiment d'efficacité personnelle), la perception de la valeur de la tâche (intérêt pour l'activité) (14). J. Tardif préconise « d'aller du complexe au complexe » pour proposer des situations stimulantes et motivantes, qui correspondent à la réalité, c'est-à-dire à une prise en charge globale du patient. (15) Le déficit ou déséquilibre cognitif qui en résulte correspond à ce que l'on nomme la zone proximale de développement. De cette manière, l'étudiant va gagner en autonomie. En vue d'orienter la supervision dans un but pédagogique, le rôle du superviseur est fondamental : des « interventions pédagogiques appropriées sont nécessaires pour aider l'étudiant à développer un tel savoir-agir en situation. »(4) Effectivement, il existe différentes méthodes de supervision. Elles peuvent être directes, en observant l'étudiant acteur en situations et en interagissant avec lui. Ou bien elle peuvent être indirectes : par exemple l'étudiant présente le cas d'un patient sur dossier, ou celui d'une situation après son déroulement. Plusieurs stratégies de supervision peuvent être mises en œuvre : le coaching (observation avec interventions ciblées), la modélisation explicite (modèle de rôle), l'adaptation aux compétences de l'apprenant (degré de soutien adapté), le questionnement (raisonnement clinique), l'exploration (étudiant formule des objectifs d'apprentissage et fait ses propres recherches), la stimulation de la réflexivité, l'instauration d'un climat d'apprentissage favorable.(16) Dans tous les cas, le superviseur va se mettre en position d'accompagnateur (former à la professionnalisation), et selon les besoins, en position de guide (orienter de manière plus marquée) ou d'aide (soutien plutôt affectif).(2) Ses

interventions vont « diminuer au fur et à mesure que le niveau de compétences des apprenants augmente. Cette stratégie de retrait graduel, ou échafaudage, favorise l'émergence d'une autonomie de pensée et d'action chez les étudiants, fortement attendue par le milieu professionnel. »(4)

Comme évoqué plus haut, chaque supervision doit être suivie d'une rétroaction ou feedback. C'est « la communication d'informations à un apprenant dans l'intention de réduire l'écart entre la performance observée et celle qui est souhaitée. (17) La rétroaction est un élément déterminant pour la progression de l'étudiant : « L'observation directe d'un étudiant en situation de pratique clinique réelle offre l'opportunité d'apprécier les forces et les faiblesses de l'étudiant et de lui retourner cette information. » (18) Elle accélère l'acquisition des compétences en incitant l'étudiant à réguler ses apprentissages au fur et à mesure. « Il y a feedback lorsque l'étudiant reçoit de l'information concernant une de ses actions et qu'il utilise cette information pour modifier son approche de la tâche. » (18). Ces rétroactions doivent donc respecter plusieurs critères de qualité :

- prévoir les modalités de l'observation en tenant en compte des attentes et des difficultés de l'étudiant

- encourager l'autoévaluation de son action en identifiant les points positifs et points difficiles

- donner sa rétroaction explicite et précise, de suite après l'action, en se concentrant sur le descriptif, sur son comportement. Se limiter à quelques messages-clés. Pas de jugements.

- discuter avec l'étudiant des stratégies d'amélioration.

- être attentif à son vécu et à ses émotions.( 19,20)

Cette façon de procéder engendre une relation pédagogique interactive, basée sur la confiance et la bienveillance. En outre, la supervision est un support évident pour mener l'étudiant vers une réflexion, un retour sur l'action, une analyse de la pratique, que ce soit au retour à l'IFSI ou durant le stage : « D. Schön énonçait : « les savoirs rationnels ne suffisent pas à faire face à la complexité et à la diversité des situations de travail. L'enjeu est donc de réhabiliter la raison pratique, les savoirs d'action et d'expérience, l'intuition, l'expertise fondée sur un dialogue avec le réel et la réflexion dans l'action et sur l'action » (P. Perrenoud, 2006) » cité par Chocat (13). Cette analyse rétrospective marque un temps de retour sur la pratique, de questionnements, de réflexions, où « théorie et pratique se nourrissent mutuellement » (3). La verbalisation incite l'étudiant à prendre conscience à trouver un sens à ce qu'il a vécu. Il apprend à devenir un praticien réflexif : « Il s'agit en priorité d'utiliser une méthodologie qui aide l'Accompagné à s'informer (c'est la métacognition) de sa manière d'observer, de penser, de décider et d'agir ou d'apprendre, par une description fine faite en évocation de son expérience passée ». (21)

Finalement, la supervision clinique est un outil d'enseignement et d'apprentissage qui se révèle aussi appropriée à l'évaluation, car le superviseur peut « évaluer la capacité à agir de manière autonome et professionnelle en milieu réel ». (4) Elle se trouve donc véritablement liée à l'évaluation formative.

### Evaluation formative

L'évaluation formative « est le résultat d'un processus d'appréciation des compétences d'un stagiaire qui a pour but de l'aider à se former »(20). Elle possède une « fonction pédagogique » (22), qui n'apparaît pas dans la définition de l'évaluation au sens plus général. En effet, selon JM de Ketele, « Evaluer consiste à recueillir un ensemble d'informations reconnues comme suffisamment pertinentes, valides et fiables, et à examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères jugés suffisamment adéquats aux objectifs

fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de fonder une prise de décision. » (23). Donc toute évaluation, qu'elle soit formative (accompagnement et régulation des apprentissages) ou certificative (délivrance d'un diplôme), consiste à recueillir des données, à les interpréter dans le but de prendre une décision. En ce qui concerne l'évaluation formative, Scallon indique qu'il s'agit d'un « processus d'évaluation continue ayant pour objectif d'assurer la progression des individus engagés dans une démarche d'apprentissage ou de formation, selon deux voies possibles : soit par des modifications de la situation ou du contexte pédagogique, soit en offrant à chaque individu l'aide dont il a besoin pour progresser, et ce, dans chacun des cas, pour apporter s'il y a lieu, des améliorations ou des correctifs appropriés. La "décision-action", c'est-à-dire la régulation a pour objet soit la situation d'apprentissage, soit l'individu lui-même». (34) Par conséquent, elle se situe plus dans l'évaluation au sens « développement des compétences », que dans l'évaluation « risque de sanction » : le superviseur « doit créer un climat propice à l'apprentissage » pour que l'étudiant ne craigne pas de montrer ses difficultés. (20) Au contraire de l'évaluation certificative qui elle peut être sanctionnante, l'évaluation formative demande à être « sécurisante pour les étudiants », leur permettant de majorer leur confiance en leurs capacités de réussite (4). Elle repose essentiellement sur des rétroactions fréquentes et de qualité, ainsi que sur des régulations efficaces, avec la mise en place d'un plan pédagogique si nécessaire. (20) On comprend qu'évaluation formative et supervision soient complètement reliées : « elle demande, pour être pleinement efficace, que les enseignants observent le travail de leurs stagiaires » (20) Plusieurs leviers, déjà évoqués ci-dessus, sont communs aux deux : faire progresser l'étudiant en le mettant dans des situations stimulantes et motivantes, lui procurer un degré d'échafaudage adapté, lui transmettre des rétroactions de qualité et contribuer à la régulation de ses apprentissages.

Concrètement, chaque supervision peut ainsi donner lieu à une évaluation ponctuelle : « L'évaluation formative ponctuelle est une composante de la supervision : elle porte sur ce qui a été observé durant une consultation ou une plage de travail clinique » (20) Le bilan mi-stage permet une évaluation formative plus complète. « L'évaluation formative globale, quant à elle, a lieu généralement à mi-stage et fait le bilan de l'appréciation formulée par l'ensemble des superviseurs sur une plus longue période. » (20) Régulièrement, l'étudiant est amené par ses formateurs à s'autoévaluer à chaque étape de cette démarche d'évaluation formative (15). C'est une donnée à prendre en compte et à discuter avec l'étudiant, si son autoévaluation est inexacte : il s'agit alors de faire une co-évaluation. Il faut savoir que l'étudiant ne s'autoévalue pas forcément de façon réaliste : « le regard sur soi est inévitablement empreint d'une composante subjective »(2) En considérant toutes ces étapes d'évaluations formatives, d'autoévaluation, de co-évaluations et d'évaluation certificative, une question centrale se pose : la démarche d'évaluation est identifiée mais comment évalue-t-on la compétence elle-même ? Il nous faut nous souvenir de la définition de la compétence comme d'« un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » (Tardif, 2006) D'après lui, l'évaluateur devra déterminer « le niveau de développement des compétences de l'étudiant, son degré de maîtrise des ressources internes et externes qui peuvent être mobilisées et combinées dans leur mise en œuvre ». Il faudra aussi vérifier la capacité de l'étudiant à transférer la compétence dans d'autres situations, cela de manière de plus en plus autonome. (6) En situant la compétence dans une logique vidéographique, c'est-à-dire non figée parce qu'évolutive et transférable, J. Tardif fait tout de même un constat important : « les compétences sont des savoir-agir complexes dont les frontières sont floues » (6) C'est pourquoi l'évaluation se retrouve contrainte par le « degré

d'incertitude » lié aux compétences et aux multiples situations d'évaluation. En conséquence de quoi, les évaluateurs devront « recourir à tous les moyens et à tous les instruments imaginables pour réduire ce dernier (le degré d'incertitude) au maximum »(6). Le portfolio est l'outil le plus représentatif des preuves d'apprentissages accumulées par l'étudiant tout au long de son parcours et qui témoignent de son évolution dans la formation. Pour N. Péoc'h, il est « à la fois un outil d'apprentissage, un outil d'évaluation des acquis, à la fois formative et certificative et un outil de développement professionnel : la mise en récit par l'étudiant en soins infirmiers d'une action de soins, d'une situation clinique vécue et de l'explicitation des facteurs situationnels et contextuels auxquels sont soumis les professionnels de santé dans leur agir professionnel. »(25,26) De ce fait, il contient toutes les preuves d'apprentissage et il démontre les capacités réflexives de l'étudiant : analyse de pratiques, recherches scientifiques et biomédicales, analyse réflexive, carte conceptuelle, etc...Selon plusieurs auteurs, il doit « intégrer trois composantes, en lien avec les tâches professionnelles authentiques développées par les étudiants : un support à la planification des apprentissages, un support à l'évaluation formative, un support à la démarche réflexive » (24) Dans la formation infirmière, il permet également au tuteur, ou au superviseur chargé de l'évaluation, de tracer la progression de l'étudiant dans l'acquisition des dix compétences, à l'aide d'une grille qualitative. Celle-ci comporte des critères et des indicateurs observables pour chaque compétence. L'évaluateur doit se référer à ces « balises » sur la trajectoire de progression de l'étudiant pour apprécier son niveau. Ce parcours doit, si tout se passe bien, voir évoluer l'étudiant de l'état de novice à compétent, niveau attendu en fin de formation.

Il arrive que le tuteur soit dans une position difficile pour conjuguer la bienveillance de l'accompagnement pédagogique avec l'exigence de l'évaluation des compétences. Une étude sur « l'échec à faire échouer en sciences infirmières », citée par M. Lorenzo, a montré que « les invalidations pour insuffisance clinique sont rares, même pour des étudiants ayant une pratique inadaptée ». (27). D'un autre côté, une étude de M.C. Audetat, S. Laurin et G. Sanche a montré que le superviseur se sent davantage en zone de confort dans son rôle de clinicien, parce qu'il en est expert, plutôt que dans son rôle pédagogique. Cela se révèle principalement quand il doit faire face aux difficultés d'un étudiant : il devrait alors établir un diagnostic pédagogique et lui proposer une remédiation (28) Mais cela semble difficile à maîtriser sans formation spécifique. Mais par ailleurs, le superviseur doit bien connaître « les objectifs des programmes universitaires » (20). Le superviseur s'appuie généralement sur son vécu en tant qu'ancien étudiant : « L'essentiel de nos expériences pédagogiques correspond à notre vécu en tant qu'élève, puis étudiant. » (29) Heureusement, les formateurs repèrent rapidement les étudiants en difficulté, « grâce à leur expertise et à leurs connaissances du contexte ».(Audetat *et al.*, 2011) Leur perception est pertinente mais « reste très globale et intuitive » (2) Actuellement, les nouveaux diplômés reçoivent un enseignement et ont une compétence pédagogique à valider pendant leurs cursus. Chez les professionnels, seuls les tuteurs ont suivi une formation dans le but de développer des compétences pédagogiques spécifiques. Une étude publiée en 2019 de Berthier S et Levêque M., décrit plusieurs de leurs difficultés : « l'organisation au sein des unités de soins, l'appropriation de leur fonction, et un manque de lien entre l'IFSI et les terrains de stage. » (30) Lorsqu'il y a des évaluations formatives multisources, idéalement tracées, elles contribuent à clarifier le jugement du tuteur et à permettre une remédiation avant l'évaluation finale du stage. Elles vont constituer des données pour argumenter cette évaluation finale. Elles sont forcément subjectives : contextualisées, elles dépendent de chaque situation et de chaque superviseur et de chaque tuteur. Mais comme le souligne E. Hernandez à propos de l'article de

Ten Cate *et al.* : « La vision constructiviste rend légitime chaque point de vue, tous complémentaires. (...) Il s'agit alors de baser l'évaluation sur plusieurs expériences subjectives documentées. » Dans cette optique, il semble que l'évaluation formative mérite de trouver toute sa place en stage.

En considérant que l'évaluation formative établit des liens entre former et évaluer les compétences de l'étudiant, ma question spécifique de recherche est :

« *En stage, comment les superviseurs utilisent-ils l'évaluation formative des compétences de l'étudiant(e) en soins infirmiers ?* »

### **Objectifs**

- *Explorer les pratiques et trouver les liens entre supervisions et évaluations du stage.*
- *Rechercher les freins et les leviers à l'évaluation formative.*

### **Enjeux**

*Identifier des pistes pour optimiser l'évaluation formative en stage*

### **Cadre de référence**

Cette étude a pour cadre de référence le master de pédagogie en sciences de la santé.

### **Déclaration de conflit d'intérêt**

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt

## **MATERIEL ET METHODE**

### Type d'étude

- Etude employant une méthode qualitative adaptée à la question de recherche sur le processus d'évaluation formative de l'ESI en stage hospitalier : elle a pour but d'explorer les pratiques des superviseurs dans ce domaine d'encadrement de l'étudiant.
- Etude réalisée dans une approche dynamique entre la problématisation, le cadre théorique et la méthode de recueil des données par entretiens : cela permettra d'effectuer des aller-retours entre la discussion des résultats et le cadre théorique si besoin.
- Il s'agit par ailleurs d'une recherche multicentrique car le recrutement des participants a été effectué dans des hôpitaux et dans des services différents.

### Population

- critères d'inclusion :  
Le groupe de participants est constitué d'infirmiers encadrant des étudiants en soins infirmiers, qui peuvent être des professionnels de terrain, des tuteurs ou des cadres de santé. Tous appartiennent au milieu hospitalier.
- critères de non inclusion :  
Les infirmiers qui ont moins de deux ans d'expérience, ainsi que ceux faisant partie de mon entourage professionnel immédiat, ne seront pas sollicités.
- nombre :  
Il faudra s'entretenir avec au minimum cinq personnes et dix au maximum pour obtenir une réponse suffisamment étayée à la question de recherche.
- recrutement aléatoire :

Une fiche d'information et une feuille de consentement ont été envoyées par mail à des personnes de mon réseau professionnel. Elles ont servi d'intermédiaires en les diffusant aux personnes de leur propre réseau. Il résulte de ce côté aléatoire que toutes les réponses sont venues de participantes et non de participants, sans que cela soit le fait de mon choix.

➤ **échantillonnage :**

Sept réponses sont revenues positives, envoyées par des participantes, intéressées par mon sujet et qui ont signé la feuille de consentement. Toutes sont des infirmières impliquées dans l'encadrement des étudiants en milieu hospitalier.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Sexe	F	F	F	F	F	F	F
Année diplôme infirmier	1991	1986	2009	1987	2015	1993	1993
Infirmière spécialisée		Puéricultrice (1999)		Cadre de santé(2003)			
Formation pédagogie	Tutorat (2018)		Tutorat(2012) Maître d'apprentissage(2013)	Maître de stage	DU-Master Pédagogie en sciences de la santé(2020)	Tutorat (2011)	Tutorat (2011)
Service hospitalier	Salle de réveil	Urgences pédiatriques	Chimiothérapie ambulatoire	Pôle de cardiologie	Réanimation médicale	Soins intensifs	Réanimation médicale

Tableau de présentation des participantes aux entretiens

Aspect éthique

- Ce travail ne comporte pas à priori de questions éthiques relatives au sujets humains nécessitant l'approbation d'un comité d'éthique.
- Le consentement de chaque participant a été recueilli selon les règles en vigueur.
- La gestion de la confidentialité et de la protection des données ont fait l'objet d'une inscription de cette recherche à la faculté de Strasbourg, garantissant l'accomplissement des formalités en la matière. La fiche est consultable à l'adresse suivante : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-519>

Méthode de collecte des données

- Entretiens individuels, semi-directifs, pour récolter des données relatives aux pratiques, aux vécus, aux expériences, aux opinions, aux représentations respectives de chaque participant. Des renseignements sociodémographiques sont recueillis à la fin de l'entretien et seront utilisés dans l'analyse des données : année d'obtention du diplôme infirmier, spécialités, formation au tutorat, fonction de cadre de santé, type de service hospitalier exercé.
- Instruments et technologies de collecte des données :
  - guide d'entretien (Annexe n°1) comporte des questions ouvertes et des questions de relance concernant la supervision et l'évaluation formative en situations de soins.
  - un ordinateur personnel et un appareil d'enregistrement audionumérique utilisés lors d'une visioconférence sur la plateforme « jitsi », application sécurisée de la faculté de Strasbourg

➤ Saisie des données :

- j'ai réalisé sept entretiens, tous en distanciel, du 02/04/21 au 03/05/21, d'une durée de quarante minutes à une heure chacun.
- j'ai retranscrit manuellement les enregistrements sur Word.

Analyse des données

- J'ai réalisé un codage d'abord de manière déductive, en relevant les concepts significatifs de mon cadre théorique. Ensuite, j'ai effectué, de manière inductive, le codage du verbatim : cela a permis l'émergence de ces mêmes catégories, mais également des nouvelles. Ces dernières ont apporté un éclairage différent et intéressant pour mon sujet de recherche.
- Sur les conseils de ma superviseure, j'ai rapidement noté les points de discussion apparus au fur et à mesure du codage, ceci afin de ne pas les oublier.
- J'ai obtenu des résultats en effectuant une lecture verticale des verbatims, puis une lecture transversale afin de comparer les résultats entre les participants : j'ai pu relever les concordances, les divergences, les récurrences et les particularités.
- Tableau des catégories inductives et déductives :

<b>Catégories déductives</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>Catégories inductives</b>
Professionnalisation de l'étudiant (compétences-culture-iden	+	+	+	+	+		+	Gestion stress de l'étudiant++
Connaissance et suivi du référentiel		-	+	+	+	+	+	Evaluation éthique++
Compétence : un « savoir-agir complexe » en situation	+	+	+	+/-		+	+	Surcharge et fatigue du Superviseur +++
Construction des connaissances : alternance et complémentar			-	+			+	Outil d'adaptation ++
Raisonnement clinique		-			+		+	des compétences
Pratique réflexive sur pratique professionnelle	+	+	+	+	+			Satisfaction du superviseur++
Supervision outil pédagogique adapté au stage	+	+	+	+	+	+	+	Capacités à se remettre +++ en question
Rôle pédagogique et clinique des superviseurs	+/-	+	+/-	+	+/-	+	+	Relation hiérarchique + superviseur-étudiant
Motivation	+			+	+		-	Superviseurs pas intéressés +++
Apprentissages utiles et en profondeur adaptés aux objectifs		+/-	+	+	+	+	+	Manque échanges stage-IFSI ++++
Prévention du risque d'erreur	+	+	-	+	+	+	+	Evaluation "informelle"+
Gestion du temps	+	+/-	+	+/-	+	+	+	
Méthodes et interventions pédagogiques-rétroactions-régulat	+	+	+/-	+/-	+	+	+	
Relation pédagogique favorable	+	+	+/-		+	+	+	
Formation compétence pédagogique des superviseurs	+	-	+/-	-	-	-	+	
Evaluation diagnostique (niveau de compétences)	+	+/-	+	+	+	+	+	
Evaluation formative ponctuelle et globale	+	+	+	+	+	+	+	
Autoévaluation - coévaluation	+	+	+/-	+	+/-	+	+	
Trajectoire de progression	+		+/-	+	+	+	+	
Portfolio : diversifier-multiplier les sources d'évaluation	+		+	+		+	+	
Evaluation certificative justifiée	+	+		+		+	+	

Forces

- une richesse des données par leur unicité, par la franchise et la confiance dont chacune des participantes a témoigné envers cette étude. C'est un domaine de recherche très vaste qui interfère avec beaucoup d'autres domaines de la formation de l'ESI.
- guide d'entretien avec une question d'entrée contextuelle, des questions ouvertes et des questions de relance (finalement peu employées) : les discussions se sont faites sur un mode très fluide et interactif, laissant libre cours à ce que l'interviewée voulait exprimer.

-le fait de retranscrire manuellement les verbatims sur Word m'a donné une analyse plus fine et plus complète des entretiens.

#### Faiblesses

-difficultés à circonscrire le champ de ma recherche, lors de ma recherche dans le cadre théorique.

-manque d'expérience dans la conduite des entretiens : ne pas influencer en donnant mon avis ; rater certaines relances qui auraient pu approfondir et éclaircir le sujet ; être plus précis dans le choix des mots, c'est-à-dire ne pas hésiter à en éclaircir le sens avec l'interviewée (accompagnement-supervision-encadrement-formation-compétence...); poser des questions hors questionnaire trop longues, en voulant les expliciter, et qui finalement désorientent et apportent de la confusion à la demande initiale.

#### Limites

- petite taille de l'échantillonnage ne permettant pas de généraliser les résultats.

-manque de temps pour effectuer plus d'entretiens et obtenir une réelle saturation des données.

-entretiens rapprochés pas forcément conduits et analysés pour tenir compte de certains points à approfondir lors des entretiens suivants.

-triangulation des données : les données ont été recueillies dans des contextes variés et les points de vue étaient diversifiés. Cependant les participants présentaient tous un intérêt pour l'encadrement des étudiants. En effet, quatre infirmières sont des tutrices (dont une maître de stage), une infirmière est actuellement étudiante en master de pédagogie en sciences de la santé, une est cadre de santé et donc maître de stage, une est infirmière est puéricultrice. Il aurait été intéressant de rechercher aussi les avis de superviseurs réticents à encadrer les étudiants. Néanmoins, plusieurs interviewées ont évoqué les opinions de leurs collègues qui ne souhaitent pas suivre les étudiants.

-J'aurais pu faire évoluer le critère de non inclusion qui excluait les IDE de moins de deux ans d'expérience. Avec le recul et au regard des données émergentes, j'aurais pu réaliser au moins un entretien avec un IDE novice, à titre de comparaison avec les plus anciens. Seule une infirmière interviewée avait obtenu son diplôme en 2017, donc a suivi la formation selon le référentiel de 2009. Toutes les autres étaient des professionnelles qui travaillaient depuis plusieurs années, et avaient obtenu leur diplôme avant 2009.

#### Perspectives

J'ai volontairement orienté cette recherche du côté des superviseurs de stage pour leur donner un espace d'expression sur leurs vécus de professionnels du soin et de la formation des étudiants. La plupart m'ont dit qu'ils sont surtout dans le « faire » et qu'ils n'ont pas souvent l'occasion d'échanger à ce sujet. Une étude complémentaire serait souhaitable en élargissant la taille de l'échantillon et en faisant une étude comparative avec les ressentis des étudiants et des formateurs IFSI par rapport à l'évaluation formative du stage.

## RESULTATS

#### -Pratiques de supervision

Les résultats ont montré que la démarche de supervision employée par toutes les participantes correspond à l'enseignement clinique défini par Irby et Wilkerson (11) : identifier les besoins, enseigner en fonction de ces besoins et donner une rétroaction.

L'identification des besoins individuels se fait par tous en début de stage, lors d'un entretien avec l'étudiant : « on arrive très rapidement à savoir où ils en sont par rapport à leur parcours de stage » (E1) Mais certains étudiants n'osent pas dire quand ils ne savent pas faire : « Ceux-



là, il faut savoir les repérer et le leur dire » (E6) De ce fait le superviseur se fie à ses propres jugements lors des premières supervisions : « en début de stage, c'est beaucoup d'observations, comment ils font les choses » (E6) Ces premières supervisions peuvent servir d'évaluation diagnostique car elle révèle la personnalité de l'étudiant : « très stressées donc celles-là en général, je ne les lâche pas. (...) elles ont besoin de quelqu'un, d'une présence » (E2) Du coup, le superviseur peut déterminer l'aide ou échafaudage, qu'il va donner à l'étudiant : « je n'aurais pas le même comportement si c'est quelque chose que l'étudiant ne sait pas faire » (E1) A l'inverse, « une fois que l'étudiant a compris comment ça se passait, je vais me mettre un petit peu en retrait. Je vais le laisser faire » (E1) Cependant, même si les besoins de l'étudiant diminuent au fur et à mesure du déroulement du stage, le superviseur reste vigilant car il a en permanence le souci de conjuguer formation de l'étudiant et soins sécurisés : « c'est pas parce qu'on est très sûr de soi qu'on ne fait pas de bêtises. Donc en général, j'ai toujours mon petit clignotant et puis je les garde quand même très à l'œil. » (E2)

Enseigner selon les besoins identifiés revient à dire que le superviseur doit proposer à l'étudiant des apprentissages qui soient utiles pour sa progression. Il doit prendre en compte les caractéristiques de l'étudiant : ne pas répéter ce qu'il a déjà acquis mais également ne pas lui apprendre ce pour lequel il n'est pas encore prêt : « en ayant évalué le niveau, quand je vois qu'ils sont prêts. Et s'ils sont prêts, je pousse à ça » (E5) Cela permet de gagner du temps, de l'efficacité et de la sécurité dans les soins. Il doit aussi tenir compte de la progression plus ou moins rapide propre à chaque étudiant : « elle évolue, elle progresse bien, il faut lui laisser du temps » (E7) Les enseignements sont le plus souvent de l'ordre des savoirs et savoir-faire indispensables pour gérer les situations du service : « il faut qu'ils sachent l'essentiel. De l'essentiel, ils peuvent toujours acquérir encore des compétences par la suite » (E7) Le superviseur sélectionne toute situation qui se révèle apprenante : « dès qu'on va dans le box, alors moi j'ai tout de suite les compétences un peu en tête » (E7)

Donner une rétroaction sur la performance de l'étudiant se fait souvent pendant ou juste après la supervision : « en général je le fais au fur et à mesure du soin (...) j'essaye de le faire de suite, parce que des fois, quand on sort, on n'y pense plus » (E6) Le superviseur n'oublie jamais son patient : « si c'est une grosse remarque, là je vais le dire à l'extérieur. Je ne veux pas faire peur au patient » (E6) Le temps est un facteur important pour le superviseur qui doit assumer plusieurs rôles (soignant-formateur-évaluateur) : « on a pris le temps car vraiment pour le coup, moi je m'étais sentie un peu moins en sécurité. Ça veut dire qu'à tout moment elle peut faire quelque chose qui ne va pas au niveau du patient. Donc oui on a pris le temps » (E2) Lorsqu'elle est tracée, la rétroaction devient vraiment un outil de transmissions entre les superviseurs, l'étudiant et le tuteur : « tracer le suivi est toujours important ; parce que si par exemple tu reviens de vacances, tu n'es que référente et pas tuteur, bien reprendre en charge ton étudiant, c'est juste trois minutes à prévoir en fonction de ce que tes collègues ont écrit. (...) où tu peux le lâcher et où tu ne peux absolument pas le lâcher » (E4) D'une supervision à l'autre, le superviseur peut sélectionner des situations d'apprentissage profitables à l'évolution des compétences de l'étudiant. Quand le superviseur a repéré des lacunes et des manques au niveau des compétences de l'étudiant, les rétroactions sont immédiates, pendant ou juste après la supervision. Dans ce cas, des remédiations sont proposées : « Je voulais qu'ils travaillent sur les pathologies » (E4) ; « pas à pas on a essayé au bout des dix semaines de tout rattraper » (E6) Les bonnes prises en charge, par contre, ne font pas forcément l'objet d'une rétroaction détaillée. Impliquer l'étudiant en lui demandant de s'autoévaluer ne semble pas évident : « elles (les étudiantes) n'aiment pas trop s'autoévaluer » (E2) Cela peut provenir du

fait que dans ses études antérieures, il n'y a pas été préparé : « beaucoup sont dans une démarche scolaire » (E2) D'autres ont une personnalité bien affirmée et la coévaluation demande parfois au superviseur de justifier ce qu'il enseigne : « c'est un peu plus délicat : il faut leur amener des preuves ! des protocoles, des preuves, tu dois tout leur justifier. » (E6)

### -Méthodes de supervision utilisées

Il s'agit pour le superviseur d'échanger très souvent avec l'étudiant et de renforcer sa motivation, en tenant compte de ses objectifs : « du coup elle était capable de me dire, "aujourd'hui, je veux savoir m'organiser". »(E5)

Observer l'étudiant qui répond à un problème de santé d'un patient, constitue la base de la supervision en stage. S'il a des difficultés, le superviseur peut intervenir pour l'aider ou au contraire peut décider d'attendre : « Si je vois par contre qu'ils sont en difficultés, j'essaie de comprendre où ça pêche »(E5) Il ajuste son échafaudage en fonction des situations : « c'est de me retirer au fur et à mesure. »(E5) Les supervisions, directes ou indirectes, engendrent questionnements et exploration du raisonnement clinique. Pour tous les superviseurs, il est primordial d'utiliser une méthode qui évalue le raisonnement clinique : « je veux qu'ils raisonnent à voix haute (...) parce que sinon tu ne sais pas tout ce qui se passe derrière »(E5) D'autres parlent de repérer les mises en liens : « On leur pose tout le temps des questions sur les liens » (E6)

La supervision indirecte correspond le plus souvent à la relecture d'une analyse de pratique ou de situation demandée par les formateurs de l'IFSI. Une discussion en groupe d'étudiants sur ces analyses de pratiques est organisée par une cadre dans son service. Mais toute situation peut devenir un soutien aux apprentissages : « tout prête à analyse, le pansement KT central aussi (...) la toilette »(E5) Un superviseur demande à ce que l'étudiant lui fasse des transmissions : « c'est vraiment là où tu vois s'ils ont fait les liens ou pas. Les transmissions orales et écrites, c'est un bon moment de synthèse de la journée d'encadrement. »(E5) Un autre demande une démarche de soin relue par la tutrice et par la cadre (E6) Les soins techniques relève plus de la méthode démonstrative avec explicitation, puis elle guide l'étudiant de manière rapprochée : « Je l'ai fait une première fois, je lui ai montré. Elle a fait une deuxième fois en même temps que je lui ai expliqué. » (E6) Le superviseur stimule beaucoup la réflexivité de l'étudiant pour qu'il comprenne et intègre le schéma de son action : « c'est l'objectif aussi. Il faut les laisser réfléchir maintenant. » (E6)

L'explicitation et le modèle de rôle sont utilisées couramment par les superviseurs, sans que forcément ils s'en aperçoivent : « ça finalement tout le monde le fait le modèle de rôle » (E5) Cela contribue à la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant : « Je pense que l'encadrement est important pour eux plus tard dans leur façon d'être en tant que professionnel. Donc on est quand même un peu des modèles. » (E6) L'explicitation est claire et laisse le temps de la réflexion à l'étudiant : « qu'elle fasse trois diagnostics de problèmes du jour en les argumentant. Et moi de mon côté je le fais aussi, et après on le fait ensemble »(E5) Les diversités de pratique sont reconnues comme enrichissantes et l'expertise du superviseur ne se mesure pas toujours à son expérience. Un nouveau diplômé « aura plus en tête les difficultés de l'étudiant » et sera peut-être plus pertinent dans l'aide à lui apporter. (E5)

Le climat de bienveillance dépend de la relation qui s'est installée entre le superviseur et l'étudiant : « l'étudiant aura une charge de stress en moins suivant la personne avec qui il est »(E5) Il permet des échanges qui sont enrichissants pour superviseur et étudiant : « C'est

beaucoup de partage en fait »(E6) Il conditionne la professionnalisation de l'étudiant : « je pense que s'ils se sentent à l'aise en stage, s'ils apprennent des choses, ils vont vraiment pouvoir aimer ce qu'ils font et bien le faire »(E3) Une relation hiérarchique existe quoiqu'on fasse : « Il craint l'évaluation et s'adapte en fonction de la pratique du superviseur (E3)

#### -Pratiques d'évaluation

L'idée d'évaluer les actions et le comportement de l'étudiant en continu est très présente dans les pratiques des superviseurs : « on évalue tout le temps, je dirais, tout au long de l'encadrement »(E1) ; « vraiment elles (les étudiantes) sont sous observation constamment » (E6) Ce suivi permet de voir la progression de l'étudiant : « vu que je l'ai eu beaucoup, tout au long du stage, j'ai pu voir la progression » (E5) Cela suppose du temps passé ensemble. L'évaluation formative en début de stage ne ressemble pas à celle de fin de stage qui sera plus exigeante. Le superviseur encourage le développement des compétences : « au début, tu les épargnes de ça, parce qu'ils sont dans le faire ils ne peuvent pas être dans le global »(E5)

L'évaluation formative « ponctuelle » a lieu pendant ou après la supervision directe : l'étudiant reçoit une information sur sa performance, qui correspond à la rétroaction, et qui se fait la plupart du temps oralement. Certains ont mis en place une fiche de suivi de l'étudiant qui trace les acquis, les points à améliorer et fixe de nouveaux objectifs : « ce qui est compliqué, c'est que ça n'est pas forcément toujours rempli »(E5) D'autres ont instauré un "guide" et les superviseurs sont fortement sollicités pour y noter leurs remarques : « du coup, nous tutrices, on arrive à voir en mi-stage plusieurs remarques »(E6) Les traces écrites peuvent être différentes selon la date d'obtention du diplôme du superviseur : les diplômés d'avant 2009 « vont faire des remarques très précises sur le soin. Mais par contre les jeunes, elles vont faire des remarques plus liées aux compétences. » (E6)

L'atteinte des objectifs est souvent citée : elle permet de vérifier par étapes, au moment des bilans, si des progrès ont été réalisés ou si l'étudiant présente des difficultés. Sa trajectoire de progression est vue en fonction de son évolution vers plus d'autonomie.

Lorsqu'il y a des difficultés d'apprentissage ou des lacunes, les superviseurs tentent de les repérer à temps pour proposer des remédiations : « les troisièmes années veulent faire des perfs. Puis quand on les met devant une toilette complète, c'est la catastrophe » (E4) En cas de problème, les superviseurs ont quelquefois du mal à trouver les mots justes pour faire un diagnostic pédagogique.

Une démarche d'évaluation formative est mise en place dans tous les lieux de stage, telle que préconisée par le référentiel : en faisant des entretiens de bilans mi-stage et fin de stage, et en validant les compétences avec la grille qualitative du portfolio. L'autoévaluation de l'étudiant est sollicitée à chaque étape et la grille est remplie en co-évaluation avec lui. L'autoévaluation n'est demandée par un superviseur que lorsque l'étudiante « se sent à l'aise dans le soin, tu peux lui demander de réfléchir à ce qu'elle a bien fait et à ce qu'elle n'a pas bien fait. » (E6) Il arrive que l'autoévaluation soit erronée : « Elle ne comprenait pas ce qu'on lui disait dans "ce qui n'allait pas". Pour elle tout allait bien » (E2) Le superviseur peut par une coévaluation, la guider vers une autoévaluation plus réaliste : « L'étudiant a aussi une partie auto-évaluation et tu confrontes »(E5) Mais il arrive que des étudiants ne l'entendent pas comme ça et demande au superviseur de justifier son évaluation en justifiant son enseignement : « c'est un peu plus délicat : il faut leur amener des preuves, des protocoles, des preuves, tu dois tout leur justifier. » (E6)

Il y a dans l'évaluation formative la nécessité de partager les avis : « le côté informel où la tutrice vient te demander "comment ça s'est passé, comment tu la sens ?" »(E5) Tous ont le souci d'être juste : « quand tu évalues, c'est la justesse que tu recherches » (E6) Le tuteur ou superviseur chargé de l'évaluation certificative finale du stage tente d'avoir plusieurs sources de données : il se charge de recueillir tous les avis : « C'est l'avenir de l'étudiante. Alors quand tout va bien, ça va. Mais quand il y a des choses qui ne vont pas, moi je ne veux pas être la seule responsable. C'est un travail d'équipe »(E6) Car la validation des compétences reste complexe, même pour ceux qui sont formés à ce concept : « maintenant j'aurais plus tendance à dire "si je te mets dans une autre situation, est-ce que ce serait encore acquis?" Parce que c'est plutôt ça maintenant que j'ai en tête avec la compétence »(E5) Le maître de stage n'intervient que lorsque l'étudiant présente des difficultés. C'est lui qui se charge de justifier le bilan final auprès de l'IFSI si les compétences ne sont pas validées. C'est assez rare : « C'est arrivé deux fois sur mes dix ans de tutorat » (E6) Certains superviseurs assument à condition que ce soit fait avec bienveillance : « quand il faut invalider des stages, ils sont invalidés mais les étudiants sont accompagnés » (E5) D'autres trouvent qu'on « laisse trop de responsabilités aux lieux de stages »(E7) L'évaluation éthique est évoquée à deux reprises (alors qu'elle n'apparaissait pas dans mon cadre théorique) Evaluer seulement ce qui a été enseigné et évaluer seulement si on a supervisé : « c'était pas possible d'évaluer un étudiant que je n'avais jamais encadré »(E7) Le portfolio n'est pas consulté pour la partie preuves d'apprentissages que l'étudiant a collectées. Il ne sert que pour tracer la partie relative à l'évaluation. Spontanément, les étudiants « ne nous le montrent jamais » (E6)

#### -Leviers à l'évaluation formative

- L'expertise du superviseur dans les situations de soins de son service, qui explicite ses actions, donne à l'étudiant la possibilité de le prendre comme modèle de rôle.
- La sécurité des soins et la prévention du risque d'erreur sont des exigences qui incitent le superviseur à se mettre dans une posture de contrôle des activités de l'étudiant : il a besoin de situer le niveau de compétences de l'étudiant et de savoir quelles ressources sont véritablement maîtrisées. Il établit un suivi plus rapproché au début jusqu'à ce qu'il arrive à lui faire confiance, parce qu'il le sent capable de travailler en autonomie. Cet échafaudage, avec un retrait progressif du superviseur, permet de dispenser des soins sécurisés.
- Le droit à l'erreur est un peu nuancé en stage. Le superviseur essaie de toujours avoir le contrôle. Il rassure l'étudiant qui a fait une erreur en lui expliquant qu'elle est en réalité constructive pour son avenir car il ne la refera plus. Avoir connu des moments difficiles en tant qu'ancien étudiant permet au superviseur de mieux comprendre celui qu'il encadre : « je suis assez bienveillante avec les étudiants, même quand ça fonctionne mal, par rapport aussi à mon vécu en tant qu'étudiante (...) on peut faire des erreurs et ça ne fait pas de nous des mauvais professionnels, au contraire. » (E3)
- Fréquentes et diversifiées, les rétroactions et remédiations faites par des superviseurs différents vont aider l'étudiant à progresser vers sa propre pratique professionnelle.
- La relation favorable aux apprentissages, interactive et bienveillante profite à tous : « ce que j'aime dans le tutorat, c'est que en tant qu'infirmière ça permet de te remettre en question et de toujours évoluer » (E6)
- Former l'étudiant à l'autoévaluation

- Le temps commun dont disposent superviseur et étudiant pour se connaître et leur permettre de travailler ensemble est un élément important : « je pouvais me consacrer uniquement à cette patiente et à l'étudiante » (E1) Il résulte d'abord d'une bonne coordination des plannings : « régulièrement, (...) il se retrouvait pendant deux ou trois jours avec son tuteur. » (E4) Le temps planifié de cette manière génère du temps commun et simplifie le suivi de l'étudiant. Le superviseur est aussi son propre gestionnaire du temps lorsqu'il le décide : « ça prend vite un temps fou et quand je vois qu'on déborde et bien je rattrape. Je lui explique bien que ça n'est pas son problème mais que c'est le mien
- L'implication de tous les acteurs du stage pour encadrer l'étudiant est rarement le cas. Une des raisons invoquée est la surcharge de travail que cela entraîne : « c'est de nouveau rester après avoir fait douze heures de boulot. Enfin voilà, c'est de l'investissement de la part du référent qui n'a pas choisi d'être tuteur » (E5)

#### -Freins à l'évaluation formative :

- Des difficultés de compréhension par rapport à l'évaluation des compétences persistent . Un travail de décodage des compétences a été fait par certains services pour les mettre en lien avec les situations prévalentes.
- Le portfolio s'utilise majoritairement dans sa partie évaluation et pas avec celles où l'étudiant collecte des preuves d'apprentissage.
- La surcharge de travail génère du stress chez le superviseur car il se sent tiraillé entre son rôle de formateur et de soignant : « ça peut être très stressant (...) quand tu te retrouves avec deux, trois, voire quatre patient, que tu es obligé de garder un œil sur l'étudiant et de gérer tes patients en même temps » (E1).
- Mais aussi la surcharge de travail est due à l'encadrement et génère de la fatigue au superviseur : « je pense que parfois c'est fatigant » (E5) Cela s'explique surtout parce que les étudiants sont de plus en plus nombreux dans les services : « on n'en pouvait plus et on n'était plus aussi bien encadrant. Parce qu'il y a eu une période où je n'avais aucun poste seule(...)c'est pas parce que tu aimes le faire qu'il faut que tu le fasses tout le temps. C'est une énergie de fou » ( E5)
- Des rétroactions incomplètes ne permettent pas à l'étudiant de se situer et de trouver des axes d'amélioration.
- Analyse de pratique ou de situation sont destinées à être présentées à l'IFSI : elles sont peu visibles durant le stage sauf pour les superviseurs qui demandent à les lire.
- Il y a des superviseurs qui ne se sentent pas concernés par le suivi de l'étudiant et l'évaluation de ses compétences.
- Les contre-modèles sont marquants pour le futur professionnel, qui ne veut surtout pas devenir comme eux : « j'ai encore des souvenirs de mon premier stage mais moi je ne veux pas faire vivre ça » (E2)

## DISCUSSIONS

#### -usage et sens des mots

La professionnalisation implique que le futur professionnel progresse jusqu'à la mise en œuvre des compétences, le partage d'une même culture professionnelle et l'appropriation d'une identité professionnelle.(3) Le langage est un élément de communication essentiel pour l'aider dans cette dynamique. L'usage des mots est révélateur du sens qu'on leur donne et engendre

parfois compréhension ou au contraire confusion et incompréhension. Au vu des résultats, il me semble que c'est le cas du mot « compétence » : il reste difficile, non pas à utiliser, mais à comprendre pour plusieurs superviseurs. Le référentiel décline les compétences sous la forme de capacités ; il ajoute à chacune d'elle des critères et des indicateurs observables. Certes, il en a ainsi facilité l'usage et la compréhension sur les terrains de stage, mais pour autant la compétence reste floue quant à la supervision de l'étudiant en train d'agir dans une situation. L'usage du mot « compétence » est fréquent ; cependant la signification qu'on lui attribue reste globale et professionnel-dépendant. En effet, d'autres termes sont utilisés pour dire que l'étudiant est compétent : « étudiant autonome »(E1), « capable d'une prise en charge globale du patient »(E1-E4), « vision à 360° du patient »(E4), « maîtrise des soins »(E2), « à l'aise dans sa prise en charge »(E2), « sorti de la posture étudiante pour adopter une posture professionnelle » (E3) Est-ce que l'on parle tous de la même chose, c'est-à-dire de compétence ?

#### -une démarche d'évaluation formative à renforcer

Si l'on recherche dans les évaluations formatives réalisées la validation d'un «savoir-agir complexe », on s'aperçoit que les ressources internes mobilisées et mobilisables (savoirs, savoir-faire, savoir-être, motivation, attitudes, ...), les ressources externes mobilisées et mobilisables également (moyens humains et logistique) sont reconnues et évaluées. Leurs combinaisons efficaces sont visibles par rapport à la prise en charge globale d'un problème de santé et deviennent témoins d'une bonne ou d'une moins bonne pratique soignante. Les ressources combinables sont rapidement identifiées par le superviseur, lorsqu'il juge que l'étudiant aurait dû ou aurait pu faire de façon différente pour optimiser son action. Mais le plus difficile, est de supposer que l'étudiant sera capable de transférer cette compétence dans une famille de situations : la compétence n'est pas figée, elle évolue selon les situations et elle comporte une part d'invariants transférables. C'est ce que J. Tardif nomme la logique vidéographique de la compétence.

Le portfolio ne joue pas complètement son rôle dans l'évaluation formative : «c'est un outil de lisibilité et un guide pour le tuteur, les professionnels qui encadrent en proximité, le formateur (...»(1) Lorsqu'on essaie de déchiffrer la grille d'évaluation, Nous avons vu qu'il n'est pas très consulté par les superviseurs, ni spontanément montré par les étudiants, ce qui d'ailleurs est parfaitement son droit « le portfolio vous appartient ». (1) L'idée serait de le revaloriser tant au niveau des étudiants que des superviseurs, en réexpliquant ses objectifs et les diverses applications qu'on pourrait en tirer durant le stage. Notamment pour former l'étudiant à l'autoévaluation. J. Tardif propose que celui-ci rapporte des preuves d'apprentissage dans son portfolio. Par exemple, des analyses de situation, ou bien des cartes conceptuelles, ou des écrits réflexifs, des recherches, etc... tout ce qui peut contribuer à montrer son évolution professionnelle. Il va pouvoir ainsi mieux cerner et démontrer ses capacités et ses limites.

La démarche évaluative préconisée par le référentiel semble bien respectée au niveau du stage. Mais nous avons pu voir que l'évaluation formative est capable d'aller au-delà de ce que demande le référentiel : elle est constituée par une évaluation continue, enchâssée dans les apprentissages de l'étudiant, en parallèle de chaque supervision. La somme de toutes ces évaluations continues et subjectives fera en sorte que l'évaluation finale du stage, certificative, deviendra le moins subjective possible. Comment tracer non pas toutes mais quelques rétroactions à l'aide d'outils performants ? Je pense à une fiche de suivi bien documentée, applicable facilement dans des situations de supervision différentes, où les compétences seraient déclinées en capacités. Elle pourrait peut-être correspondre à une grille critériée inspirée de la « mini CEX » ? (Mini Clinical Evaluation Exercise-Norcini *et al.*, 1995)(32)

#### -une gestion du temps nécessitant de faire des choix

Pour trouver du temps dédié à la supervision et à l'évaluation formative, le superviseur fait ce qu'il peut et il y arrive en faisant des choix car le temps est relatif : « c'est pas grave, le temps je le rallonge. »(E5) Une superviseure propose de prendre le temps ne serait-ce qu'un quart d'heure par jour pour donner une rétroaction à l'étudiant : « mais si tu le fais bien un quart d'heure par jour. Je me dis un quart d'heure par jour sur dix semaines de stage, il y a quand même de quoi avancer » (E2)

#### -un superviseur formé à la rétroaction, à la réflexivité et à l'analyse de pratique

Gagner en efficacité, améliorer nos pratiques peut aussi nous faire gagner du temps, notamment en se formant sur l'analyse de pratique ou de situation, la réflexivité et la rétroaction. La qualité des rétroactions, une analyse incomplète ne poussant pas l'étudiant à la réflexivité sont parfois remises en question par les superviseurs eux-mêmes : « souvent quand ils (les superviseurs) ne savent pas faire, je trouve que c'est la part d'auto-évaluation qui est squeezée (...) tout le côté de la réflexion et de la réflexivité de l'étudiant qui est squeezé » (E5)

#### -un étudiant formé à la fois par le modèle de rôle et par le contre-modèle de rôle

Cela interroge mais c'est pourtant ce qui est apparu dans les résultats : les étudiants ont des modèles de rôle et des contre-modèles qu'ils oublient rarement et qui les ont aidé à construire leurs compétences pédagogiques futures. Mais il ne faut pas oublier que le superviseur doit créer un climat bienveillant. Sans cela, il prend le risque de générer un stress préjudiciable à l'étudiant avec les conséquences plus ou moins graves que cela entraîne.

#### -un partenariat insuffisant entre stage et IFSI

Certains regrettent le manque d'interactions avec les formateurs IFSI : « ce qui me manque dans ce nouveau référentiel, c'est qu'on a moins de contact avec l'IFSI » alors que le référentiel dit au contraire que « des liens forts sont établis » (1) Des progrès restent à faire en ce sens pour rapprocher nos outils, nos idées, nos questionnements. La création d'un poste de responsable pédagogique sur chaque site serait envisageable pour nouer des liens constructifs et optimiser l'encadrement des étudiants en stage.

## CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer les pratiques de supervision et d'évaluation des superviseurs en stage : elle était plus particulièrement orientée sur l'utilisation de l'évaluation formative. Les résultats ont montré que l'évaluation formative se conduisait en parallèle de la supervision des étudiants. Par conséquent, les modalités les plus pertinentes pour former et évaluer les étudiants sont clairement celles de la supervision, à savoir la rétroaction et la remédiation qui en réalité ne sont pas toujours tracées. Elle a pour objectif d'évaluer le niveau de développement des compétences de l'étudiant et de le faire progresser. En lui fixant des objectifs adaptés à ses besoins, elle aide le superviseur à lui proposer des enseignements utiles pour sa professionnalisation. Pour y parvenir, l'évaluation formative s'appuie aussi sur l'autoévaluation et la coévaluation. Toutes ces évaluations multisources vont permettre de valider avec plus de justesse le niveau des compétences en fin de stage. Il serait opportun de trouver un outil d'évaluation formative, facile à utiliser lors d'une supervision et permettant de la tracer. L'évaluation formative est utilisée comme un fil conducteur reliant supervision à évaluation et superviseur à étudiant. Elle permet de mieux concilier les rôles du superviseur en tant que soignant, formateur et évaluateur. Elle mérite d'être encore plus développée en stage.

## Bibliographie

1. Visuelle C. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier SEDI [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.sedi-equipement.fr/fiche/recueil-des-principaux-textes-relatifs-a-la-formation-preparant-au-diplome-d-etat-et-a-l-exercice-de-la-profession-d-infirmier-F02223.html>
2. Pelaccia T, Sibilia J (dir), Sommelette M (dir). Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2018.
3. Bélisle M, Mazalon É, Belanger M, Fernandez N. Les stages cliniques dans les formations en alternance : étude de la portée quant à leurs caractéristiques et leurs retombées sur la professionnalisation. *Pédagogie Médicale*. 2020;21(1):21-38
4. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016.
5. Loosli C. Analyse du concept « approche par compétences ». *Recherche en Soins Infirmiers*. mars 2016;124(1):39 à 52.
6. Tardif J. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière Éducation; 2006.
7. Le Boterf G. Repenser la compétence: pour dépasser les idées reçues : quinze propositions. Paris: Ed. d'Organisation; 2009.
8. Le Boterf G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins Cadres*[Internet]. févr 2002 [cité 18 juill 2021];(41). Disponible sur: <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>
9. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale*. févr 2008;9(1):19-31.
10. Postmes L, Tammer F, Posthumus I, Wijnen-Meijer M, van der Schaaf M, ten Cate O. EPA-based assessment: Clinical teachers' challenges when transitioning to a prospective entrustment-supervision scale. *Medical Teacher*. 3 avr 2021;43(4):404-10.
11. Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited. *BMJ*. 16 févr 2008;336(7640):384-7.
12. Instruction DGOS/RH1 no 2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-03/ste\\_20150003\\_0000\\_0092.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-03/ste_20150003_0000_0092.pdf)
13. Chocat J. Du référentiel de formation en soins infirmiers au dispositif d'analyse de pratiques professionnelles. *Quel parcours à explorer ?* 2013;(1):20.
14. Pelaccia T, Viau R. La motivation en formation des professionnels de la santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2016;17(4):243-53.
15. Poumay M, Georges F, Tardif J, Cairn.info. Organiser la formation à partir des compétences Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur [Internet]. Bruxelles (Rue des Minimes, 9 B-1000): De Boeck Supérieur; 2017 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Forganiser-la-formation-a-partir-des-competences--9782807307858.htm>
16. Stalmeijer RE, Dolmans DHJM, Wolfhagen IHAP, Scherpbier AJJA. Cognitive apprenticeship in clinical practice: can it stimulate learning in the opinion of students? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. oct 2009;14(4):535-46.
17. Ramaprasad A. On the Definition of Feedback. *Behavioral Science*. 1 janv



- 1983;28:4-13.
18. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2003;4(3):184-91.
  19. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2011;12(1):7-16.
  20. Sanche G, Audétat M-C, Laurin S. L'évaluation formative, pourquoi et comment ? (Chronique: de médecin à enseignant...). *Le Médecin du Québec*. 1 janv 2014;49:71-3.
  21. Balas-Chanel A. La pratique réflexive dans un groupe, du type analyse de pratique ou retour de stage. 2014;22.
  22. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):38-52.
  23. De Ketele J-M. L'évaluation conjuguée en paradigmes. *rfp*. 1993;103(1):59-80.
  24. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2006;7(2):110-27.
  25. PEOC'H NADIA. Approche innovante de l'apprentissage et du développement professionnel de l'étudiant avec le portfolio. *SOINS CADRE*. 2010;(74):PP S13-S15.
  26. Garnier C, Marchand C. Portfolio en Institut de formation en soins infirmiers : Mythe ou réalité. *Recherche en soins infirmiers*. 2012;N° 110(3):98-112.
  27. Hughes et al. L'échec à faire échouer en sciences infirmières. Juste une formule ou un vrai problème ? Une revue systématique et intégrative de la littérature. Rédaction article de recherche par Lorenzo M. *Nurse Education In [Internet]*. 2019 [cité 21 févr 2020]; Disponible sur: <https://cfrps.unistra.fr/le-cfrps/lettre-mensuelle-dinformation/2019/novembre/>
  28. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique - I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2011;12(4):223-9.
  29. Pelaccia T. Des pratiques éducatives fondées sur les opinions aux pratiques éducatives fondées sur les preuves. *Pédagogie Médicale*. 2019;20(2):55-6.
  30. Berthier S, Leveque M. Accompagner le développement des compétences spécifiques des tuteurs infirmiers. *Soins Cadres*. sept 2019;28(113):50-3.
  31. Ten cate et al. Le pouvoir de la subjectivité dans l'évaluation des étudiants en médecine The Power of subjectivity in the assessment of medical trainees, Ten Cate et al. (2018), *Academic Medicine* - par Elodie HERNANDEZ. 2018 [cité 1 nov 2020]; Disponible sur: <https://cfrps.unistra.fr/recherche/synthese-darticles/#c2224>
  32. Norcini JJ. The Mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*. 2005;2(1):25-30..
  33. PROUST-MONSAINGEON. Trois paliers d'apprentissage pour aborder l'étude de situations. *Soins Cadres*. 2009;(supplément au n°72):S12-4.
  34. Scallon G. L'évaluation formative. *Renouveau Pédagogique*. Saint-Laurent (QC); 2000.