

## D'un référentiel de formation à l'autre : construire un dispositif d'évaluation innovant

Véronique Naudin, [veronique.naudin@hotmail.fr](mailto:veronique.naudin@hotmail.fr),

Pasquale Chilotti, [pasquale.chilotti@sfr.fr](mailto:pasquale.chilotti@sfr.fr), ISPEF Lyon 2

---

**Résumé :** Cette communication présentera l'avancée d'une recherche action consacrée à l'accompagnement spécifique mis en place pour trois étudiants formés sous l'ancien programme de formation en soins infirmiers et redoublant leur dernière année au moment de la mise en place du référentiel de 2009. Notre objet vise la construction de nouvelles représentations sur la formation, l'apprentissage, la compétence et la posture de l'étudiant afin que chacun d'eux soit en mesure de s'auto-évaluer dans l'acquisition des compétences requises pour l'obtention du diplôme d'État. Dans une première partie, nous étudierons les différences majeures entre le programme de 1992 et le référentiel de 2009 ainsi que le portfolio. Puis nous développerons la méthodologie d'accompagnement mise en place. Enfin, nous montrerons comment ce protocole a permis l'adaptation à ce changement paradigmatique.

---

**Mots-clés :** évaluation, auto-évaluation, compétences, portfolio, autoconfrontation

### Contextualisation de la recherche

Depuis la mise en place du référentiel de formation en 2009 en France, l'évaluation des compétences dans le domaine de la formation initiale infirmière représente un changement de logique pour les équipes de formateurs mais aussi pour les professionnels soignants, chargés de l'encadrement en stage. Ce mouvement touche également la posture des étudiants en soins infirmiers en tant qu'acteur de leur apprentissage. En effet, pour construire leurs connaissances à partir des situations de travail et développer leurs compétences, ils doivent s'inscrire dans un processus d'auto-évaluation à travers l'acquisition d'une posture réflexive. Pour ce faire, le référentiel prévoit un outil spécifique, le portfolio, pour les aider à évaluer leur progression et à analyser par écrit les situations vécues et les difficultés rencontrées. Nous établissons le lien entre ce portfolio et la notion d'artefact tel que Rabardel l'a décrit. Selon cet auteur, l'instrument est considéré comme une entité intermédiaire entre le sujet, acteur et utilisateur de l'instrument et l'objet sur lequel porte l'action. Il représente une entité mixte formé d'un artefact et d'un schème. L'instrument se définit comme un « *artefact en situation, inscrit dans un usage, dans un rapport instrumental à l'action du sujet, en tant que moyen de celle-ci* » (Rabardel, 1995, p.49). L'instrument associe l'artefact matériel ou symbolique produit par des concepteurs et un schème d'utilisation « *résultant d'une construction propre ou de l'appropriation de schèmes sociaux préexistants* » (Rabardel, 1995, p.72). Dans notre propos, cet artefact sera appréhendé du point de vue de l'apprenant et de son activité comme moyen d'action pour lui. A la manière du modèle tripolaire des relations homme-machine-objet, il existe un modèle triadique entre l'apprenant, le portfolio et l'acquisition de compétences. Au moyen de cet artefact, nous supposons que l'étudiant travaille sur l'acquisition des compétences et sur son rôle d'acteur. L'équipe de formateurs s'est retrouvée face à un problème lorsque des étudiants issus de l'ancien programme ont dû redoubler en basculant d'une logique à une autre: comment les aider à s'approprier cette logique compétence, l'apprentissage, la réflexivité, la professionnalisation? Comment les accompagner dans l'identification de leurs difficultés et les aider à les surmonter? Cette recherche a donc pour intention de comprendre comment, à partir de l'appropriation de l'artefact, l'étudiant est conduit à changer ses représentations sur la formation, sur son apprentissage et à développer sa posture réflexive et son autonomie. Dans cet article, nous centrons notre travail sur la pratique d'auto-évaluation liée à l'utilisation du portfolio. L'interaction avec le formateur ou le tuteur a favorisé chez l'étudiant un regard réfléchi et extérieur sur ses propres activités.

## 1. D'une pédagogie active conseillée à une pédagogie socioconstructiviste

Afin de respecter les accords de Bologne, la réforme de 2009 intègre l'entrée des étudiants dans un système d'enseignement universitaire de type licence-master-doctorat qui s'inscrit dans une approche par compétence. En cela, la mise en place du référentiel de formation en soins infirmiers a entraîné un véritable changement de paradigme. Ceci nous conduit à éclaircir la notion de compétence qui est considérée comme « *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, p.22).

En effet, c'est à partir du recensement des activités de travail des infirmiers, qu'un référentiel de compétence a été conçu. Puis à partir de celui-ci le référentiel de formation a été élaboré. Il a permis d'identifier et de développer « *le savoir en usage* » (Malglaive, 1994, p.87) requis pour agir. Celui-ci représente l'ensemble des savoirs théoriques, savoirs procéduraux, savoir pratiques et savoir-faire qui forme « *une totalité complexe et mouvante mais structurée et opératoire c'est-à-dire ajustée à l'action* ». Selon Malglaive, le savoir en usage doit nécessairement s'investir dans l'action. L'apprenant ne pourra se contenter de maîtriser les savoirs théoriques. Il devra les transformer et les décliner en savoir d'usage : « *agir pour savoir et savoir pour agir* ».

L'étudiant en soins infirmiers devra acquérir cinq compétences dites « cœur de métier » et cinq autres dites « transverses » car elles sont communes à d'autres professions de santé. Le développement des dix compétences s'étale sur une durée de 5100 heures sur six semestres.

La faculté intervient sur les unités d'enseignement dites contributives aux savoirs infirmiers (sciences humaines, sciences biologiques et médicales). Les sciences infirmières (interventions et fondements) sont enseignées dans les unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières.

Ce référentiel permet une double qualification, notamment une reconnaissance universitaire pour le futur infirmier diplômé car il obtiendra un grade de licence en plus d'un diplôme d'État.

### 1.1 Les principes pédagogiques

L'un des principes pédagogiques fixés par le référentiel est la désignation d'un processus d'apprentissage sur trois paliers : *comprendre, agir, transférer*. Ce processus consiste à apprendre de différentes manières qui peuvent se combiner et favoriser l'acquisition de compétences. Le palier *comprendre* vise l'acquisition des savoirs nécessaires à la compréhension de la situation et au résultat attendu. Le palier *faire* permet de mobiliser les savoirs en situation. Enfin, le palier *transposer* invite l'étudiant à transférer ses acquis dans des situations nouvelles, ce qui lui permet de conceptualiser et de s'adapter à de nouvelles situations.

Le référentiel de formation articule le contenu avec les situations de travail. La démarche d'enseignement par situations ou par problèmes permet de mobiliser les différents savoirs dès le début du cursus. La démarche pédagogique par situations participe à l'apprentissage qui ne repose plus sur un processus linéaire du type assimilation des connaissances-application mais sur un processus d'acquisition à travers l'expérience, la compréhension, l'analyse des situations vécues, la conceptualisation et l'adaptation à travers des situations nouvelles.

L'une des principales missions du formateur est d'assurer un rôle de médiateur entre le savoir et l'apprenant sans faire à sa place. Il aide l'étudiant à utiliser ses expériences comme outil d'apprentissage. Les formateurs disposent de plusieurs moyens pédagogiques tels que définis dans le référentiel de formation : « *l'étude de représentations, l'analyse des conflits socio-cognitifs par la médiation du formateur, les travaux de groupe et l'évaluation formative* » (annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.5). Le formateur devrait aussi conduire l'étudiant sur la construction de son identité professionnelle et assurer le rôle de médiateur du genre professionnel tel que défini par Clot. (2008).

### 1.2 Finalité du référentiel

Ce processus combiné aux rôles de chaque acteur a pour finalité de rendre l'étudiant « *autonome, responsable et réflexif, capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle* » (annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.1). L'objectif du

programme de formation du 23 mars 1992 était de former un profil infirmier avec les qualités suivantes : l'autonomie, la responsabilisation et la polyvalence.

C'est une exigence du référentiel de formation d'amener l'étudiant à devenir un praticien réflexif et ainsi de « *comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence* » (annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.2). Au regard de cette injonction, il convient de définir la réflexivité : c'est le processus par lequel le praticien met au point une réponse appropriée par la réflexion sur et après l'action. En effet, le praticien est un chercheur impliqué dans l'action. Cette analyse réflexive conduit le professionnel à prendre une distance vis-à-vis de sa pratique quotidienne et à s'interroger sur le contenu et les raisons de son activité (Schön, 1994). L'action devient alors objet de réflexion pour le professionnel non seulement au cours de cette action elle-même mais également sur l'action à distance (Perrenoud, 2001).

Cette finalité est très différente de celle prescrite par le programme de 1992. En effet, elle était centrée sur le développement de la responsabilité de l'infirmier en tenant compte des différents lieux d'exercice. L'équipe pédagogique devait élaborer des objectifs de formation pour « *permettre à l'étudiant l'acquisition progressive de connaissances et d'aptitudes qui contribueront à forger son identité professionnelle* » (Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifié, programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, p.32). Pour ce faire, l'accent était mis sur une « *pédagogie active* » (Ibid. p.32). Celle-ci devait déployer un ensemble de méthodes favorisant autant le questionnement que le contenu. Le suivi pédagogique assuré par le formateur était basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances. L'articulation de la formation doit s'effectuer autour des connaissances professionnelles, des aptitudes, des attitudes personnelles et de son projet professionnel.

Une seconde finalité de la formation, qui était déjà mentionnée dans le programme de 1992, est clairement affichée dans le référentiel. Il s'agit de la professionnalisation des étudiants qui vise à rendre le futur professionnel opérationnel dès la fin des études c'est-à-dire capable de s'adapter et de maîtriser les activités professionnelles pour répondre aux besoins sanitaires de la population. La professionnalisation est associée au développement professionnel en lien avec les compétences (Wittorski, 2007) et associée à une inscription temporelle qui se poursuit tout au long de la vie. La notion de professionnalisation, selon Barbier (2011, p.106), renvoie à « *une intention de transformation continue de compétences en rapport avec une intention de transformation continue d'activités* ». La conception du dispositif vise le développement des savoirs et des compétences des individus afin de les transformer.

### **1.3 L'évaluation des compétences**

Evaluer des compétences consiste à apprécier les différents savoirs à mobiliser pour déterminer la conduite à tenir dans une situation donnée. L'évaluation des compétences porte sur l'acquisition du savoir en usage et ne consiste pas uniquement sur l'apprentissage des actes.

Le référentiel emploie quatre types d'évaluation : des travaux écrits en groupe restreint, des évaluations écrites de connaissances, des travaux individuels d'analyse de situations cliniques et pour les stages, le portfolio.

Le formateur joue un rôle dans l'élaboration des unités d'intégration qui « *concourent à l'acquisition d'une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire acquis dans les UE du semestre en cours, puis progressivement, des semestres précédents* » (annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.7).

Le stage contribue autant que les cours théoriques au développement de compétences de l'étudiant. Le formateur référent du stage assure la transférabilité des compétences par l'analyse de pratiques : « *Cette réflexion par une personne sur son action en situation et son analyse sur la possibilité d'adapter et par là, de généraliser ce qu'elle a réalisé à d'autres situations, la conduit progressivement vers la conceptualisation de sa compétence* » (Pastré, 2004). L'évaluation de fin de stage menée en interaction avec le tuteur vise à faire expliciter l'étudiant sur les « *concepts pragmatiques et pragmatiques* » mobilisés en situation (Pastré, 2011).

Le portfolio, véritable instrument potentiel (Rabardel, 1995), agit comme un médiateur des relations entre l'apprenant et l'objet, l'acquisition de compétences. Ce document appartient à l'étudiant et le suit tout au long de son parcours. Il lui sert à mesurer la progression des apprentissages, d'analyser par écrit les situations et les difficultés rencontrées en stage et de visualiser les acquisitions des compétences, des activités et des actes infirmiers. Le tuteur s'y réfère pour construire un stage qui réponde à la progression de l'acquisition des compétences et pour l'évaluer en fin de stage avec l'étudiant. C'est un document officiel dont ce dernier est responsable.

En fin de stage, une évaluation est effectuée à partir de trois axes : l'acquisition des éléments de chacune des compétences, l'acquisition des gestes et des techniques pour la réalisation des activités et l'analyse par l'étudiant de sa progression.

Le rôle du tuteur est d'évaluer l'acquisition des compétences de l'étudiant en référence à sa pratique : il tiendra compte de ce qu'il lui a transmis (éléments de compétence, valeurs professionnelles), ce qu'il a vu et échangé avec lui tout au long du stage. Il tiendra compte également des remarques des infirmiers référents qui ont assuré son encadrement quotidiennement.

Pour évaluer les compétences infirmières, des critères et des indicateurs permettent d'en apprécier la maîtrise et fixent le niveau d'exigence minimal pour devenir un professionnel novice. Les critères d'évaluation représentent « ce qui sert de base à un jugement ». Les indicateurs permettent de les étayer : il s'agit de variables ayant pour objet de mesurer, d'apprécier un état. Ils sont qualitatifs ou quantitatifs. Les deux types de critères sont privilégiés : les critères de réussite portent sur les résultats directs de la mise en œuvre de la compétence (« je fais avec efficacité ») mais aussi sur la façon d'opérer dans la réalisation de la tâche (« je procède de telle manière... »). Ils sont en lien avec les intentions d'estimer et d'apprécier. Les critères de réalisation quant à eux mettent l'accent sur la compréhension voire l'explicitation de l'acte effectué (« je sais expliciter pourquoi j'agis comme cela »).

Au moment du bilan final du stage, le tuteur réalise le bilan des acquis de l'étudiant sur la feuille d'évaluation pendant que l'étudiant, avec les mêmes données remplit chaque élément des dix compétences en indiquant s'ils sont « acquis », « à améliorer », « non acquis » et « non pratiqué ». Une compétence est considérée acquise seulement si tous les critères sont acquis. Dans le cas où un seul critère est à améliorer ou non pratiqué, la compétence est considérée à améliorer. Si un critère est non acquis, la compétence est considérée comme non acquise et peut faire l'objet d'un rapport sur les raisons de non acquisition des éléments de la compétence. La validation du stage ne s'appuie plus sur une note mais sur la qualité de la participation et de la progression de l'étudiant.

L'auto-évaluation est à la fois développée dans le cadre de la formation théorique au cours de l'étude de situations que dans la formation clinique en stage : « *l'auto-analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissance et de compétences* » (Annexe III de L'arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 6).

Selon Cardinet (1988), l'auto-évaluation invite le sujet dans l'interaction à passer d'un savoir-faire non réfléchi à un savoir-faire réfléchi qui lui permet d'agir consciemment.

Là aussi le référentiel se distingue du programme de 1992 car l'évaluation était continue et portait sur un contrôle des connaissances théoriques, des connaissances cliniques et des stages au moyen de multi questionnaires, de cas cliniques et de mises en situation professionnelle. Celles-ci étaient destinées à évaluer les capacités de l'étudiant. Chacune d'entre elles était notée sur 20 points. (Arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier p.62 à 71). A l'issue de chaque stage une évaluation était effectuée en collaboration avec l'équipe soignante ayant encadré l'étudiant. La note était étayée par une appréciation précise et motivée (p.64) restituée ensuite à l'étudiant au cours d'un entretien.

Cette formation s'inscrit dans un paradigme socioconstructiviste et interactif. Si l'on se réfère à Jonnaert (2002), elle s'appuie sur trois dimensions :

- Une dimension constructiviste : l'étudiant construit et s'approprié ses propres connaissances par une activité réflexive. L'étudiant est l'acteur principal dans la construction des savoirs ;

- Une dimension liée aux interactions sociales : l'étudiant apprend avec ses pairs, avec les formateurs avec les soignants et les patients. Le formateur aide l'étudiant à utiliser ses expériences comme outil d'apprentissage ;
- Une dimension liée aux interactions avec le milieu : l'étudiant construit ses connaissances dans les situations professionnelles. L'approche des stages est différente : leur durée est plus longue, quatre types de stage regroupant des familles de situation, classent les travaux dirigés à partir de situations préparent mieux les étudiants au stage et les compétences à acquérir sont clairement désignées ;
- Le renforcement du travail en groupe, l'analyse des situations de soins, la durée de la formation pratique, l'analyse de pratiques professionnelles témoignent d'une inscription dans ce courant socioconstructiviste.

## **2. La construction du dispositif de recherche-action**

Face à ce changement, les formateurs ont été confrontés à l'accompagnement des étudiants qui ont suivi l'ancien programme de formation et qui ont redoublé avec le référentiel centré compétences. Les étudiants ont une double adaptation à initier : dépasser leurs difficultés liées à l'apprentissage et s'approprier la logique centrée compétence. En effet, ces étudiants doivent non seulement s'approprier les artefacts mais aussi surmonter leurs obstacles d'apprentissage, acquérir de nouvelles représentations sur la formation, l'apprentissage, la professionnalisation, les compétences et la posture réflexive. Le portfolio intègre l'ensemble de ces éléments. Il se situe comme un troisième pôle entre l'étudiant et l'activité. Le modèle proposé par Rabardel prend en compte trois types d'interactions : « *les interactions entre le sujet et l'instrument, les interactions entre l'instrument et l'objet sur lequel il permet d'agir et les interactions sujet-objet médiatisés par l'instrument* » (Rabardel, 1994, p.56). Pour interagir avec son artefact, l'étudiant doit s'approprier les schèmes sociaux qui lui sont attachés. Ces schèmes vont l'aider à attribuer des significations. Nous avons donc formulé la question de recherche suivante : le portfolio peut-il être un instrument pour l'étudiant qui lui permette d'acquérir ces nouvelles représentations ?

C'est pour répondre à cette question que l'équipe de formateurs et le chercheur-formateur ont conçu un protocole spécifique que nous présentons dans cette deuxième partie.

L'équipe de formateurs d'un institut de formation parisien a choisi d'innover pour le début de la troisième année de formation. La recherche s'est déroulée de septembre 2011 à juin 2012. L'échantillon se constitue de trois étudiants en soins infirmiers (deux femmes et un homme) qui redoublent leur troisième année. Le binôme chercheur/formateur leur a présenté le dispositif d'accompagnement. C'est sur la base du volontariat qu'ils se sont engagés.

La méthodologie repose sur un traitement qualitatif des données qui ont été analysées à partir du verbatim des étudiants lors des entretiens. Nous avons utilisé les traces qui étaient à notre disposition telles que les dossiers scolaires des étudiants. Deux types de documents nous ont permis de visualiser leur parcours de stage et d'apprécier le niveau en théorie. Il s'agit de leur relevé de notes théoriques et les feuilles de stage. Les traces consultées tout au long de la recherche sont le portfolio et les feuilles du bilan du stage remplies par le tuteur.

Les objectifs sont les suivants : familiariser ces étudiants avec ce nouvel artefact et leur permettre de se positionner en termes d'acquisition de compétences à un an du diplôme afin de co-construire secondairement avec chacun d'eux, un parcours de stage adapté à leurs besoins d'apprentissage, de modifier leurs représentations professionnelles afin qu'ils surmontent les obstacles qui les ont amenés à l'échec, qu'ils s'engagent dans un processus de professionnalisation leur permettant d'être les cliniciens de demain.

Le protocole d'accompagnement des étudiants en soins infirmiers se décline en plusieurs étapes.

Tout d'abord, le binôme chercheur/formateur a demandé aux étudiants redoublants, lors d'une journée de pré-rentree, de réaliser leur auto-bilan de compétences en utilisant le portfolio. Le formateur et le groupe ont illustré par des situations vécues durant les trois années de formation, chaque élément de compétence. Pour ce faire, une analyse, compétence par compétence, indicateur par indicateur, a été réalisée par nos soins (pré-test).

Nous avons ensuite identifié pour chaque étudiant sa cartographie de niveau d'acquisition par compétence.

Parallèlement, nous avons comparé le niveau d'acquisition de compétences des trois étudiants afin d'observer si les difficultés se concentraient sur les mêmes éléments.

A l'issue de cette analyse, il a été instauré des mesures d'accompagnement pédagogiques individualisées. Des entretiens individuels menés par le formateur référent de suivi pédagogique ont permis d'identifier les difficultés et les causes du redoublement de chaque étudiant.

Secondairement, nous avons comparé l'auto-évaluation des apprenants et l'évaluation réalisée par le tuteur lors du premier stage de cette année universitaire.

Après la mise en perspective des écarts entre le pré-test et cette évaluation de fin de stage, un entretien de confrontation à la trace, telle que décrite par Y. Clot, a été programmé avec chaque étudiant.

A l'issue de cet entretien d'autoconfrontation, un accompagnement pédagogique individualisé est mis en place avec la formulation d'objectifs de stage.

Pendant le stage qui s'est déroulé de mars à avril 2012, nous avons rencontré les étudiants en présence des tuteurs afin de confronter l'hétéro-évaluation du tuteur, l'auto-évaluation de l'étudiant et le diagnostic pédagogique du formateur. Les difficultés résiduelles et les points positifs sont ainsi repérés permettant le réajustement des objectifs initialement formalisés.

Le binôme chercheur/formateur, à l'issue de ce stage a réalisé l'analyse des feuilles d'évaluation du niveau de compétences pour chaque étudiant. La finalité était de mettre en exergue l'évolution de l'étudiant depuis la visite sur le terrain. Un entretien a suivi afin que les étudiants explicitent critère par critère ce qu'il a argumenté à son tuteur pour que celui-ci soit en mesure de valider l'item. Ceci a permis à nouveau de formuler des objectifs en fonction non seulement du diagnostic pédagogique co-construit mais également à la spécificité du terrain où ils vont effectuer le stage préprofessionnel. Au terme de ce stage, les données recueillies ont été traitées.

### **3. L'auto-évaluation des étudiants : un outil diagnostique pour les formateurs**

#### **3.1 Résultats**

La journée de pré-rentree a permis de réaliser un bilan des dix compétences à acquérir. Les étudiants ont procédé à leur auto-évaluation en tenant compte de leur expérience de stage. Nous avons remarqué que les étudiants se sentaient moins en difficulté pour s'évaluer sur les compétences dites « cœur de métier » car sous l'ancien programme, ils étaient évalués sur les savoirs théoriques en lien avec ces compétences. En revanche, les compétences dites « transverses » sont mises en exergue dans ce référentiel. Leur évaluation pose des problèmes aux étudiants car il leur est difficile d'argumenter par des exemples concrets issus des situations de soin, à « déplier » une situation de soin, au regard de chaque critère.

Nous avons constaté que les trois étudiants estimaient avoir acquis la compétence en lien avec l'accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens. Celle-ci se validait dès la première année sous l'ancien programme. Nous faisons le même constat pour la compétence en lien avec la conduite d'une relation avec la personne soignée.

Lors des entretiens avec le formateur référent du suivi pédagogique, nous avons pu mettre en évidence les causes du redoublement. Chaque guidant a demandé en plus à l'étudiant d'identifier les actes techniques pour lesquels il avait des difficultés. Ceci permet de réajuster le parcours de stage en fonction des actes à acquérir.

L'étudiant 1 a redoublé sa troisième année parce qu'il avait des résultats insuffisants en stage. La notion de dangerosité est notée par le terrain. Les mises en situation professionnelle sont très moyennes (10,75/20). Il a une baisse de ses résultats théoriques en parallèle. L'étudiant a eu un bébé en fin de deuxième année avec un conjoint souvent absent pour son travail.

L'étudiant 2 a redoublé sa troisième année car deux mises en situations professionnelles (MSP) n'ont pas été validées. Les notes théoriques sont moyennes. Il explique ses échecs par une perte de moyens liée à l'observation du jury. Il est à noter que plusieurs stages avaient signalé un manque de confiance en soi et une gestion du stress défaillante.

L'étudiant 3 réintègre la troisième année après une interruption volontaire de scolarité pour raison personnelle à la fin de sa deuxième année. Il a travaillé pendant une année en tant qu'aide-soignant. L'entretien révèle qu'il ne maîtrise pas certains actes tels que les techniques d'apaisement ni de médiation thérapeutique. Il souhaite pour combler ses lacunes effectuer un stage en réanimation, aux urgences ou en médecine.

Après le stage, un tableau comparatif entre le pré-test et le post-test pour chaque étudiant a été formalisé. Un code couleur a permis de mettre en évidence soit la progression soit les difficultés rencontrées par chacun. Nous avons pu constater que pour deux étudiants (1 et 2), leur auto-évaluation est appréciée bien en-deçà de l'hétéro-évaluation par le tuteur : l'étudiante 1 valide six compétences alors qu'elle estimait en avoir acquis quatre à l'auto-évaluation. L'étudiante 2 en valide quatre et pensait en avoir acquis qu'une seule (celle qui relève du rôle propre).

En revanche, pour l'étudiant 3, deux compétences qu'il estimait acquises, se révèlent être « à améliorer » (pour la compétence « accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ») voire « non acquise » pour celle sur la communication au soigné. Sur les dix compétences, huit sont considérées comme non acquises.

L'autoconfrontation de l'étudiant à son bilan de stage a consisté à reprendre chaque critère des compétences qui sont à améliorer et à les co-analyser avec l'aide du binôme formateur/chercheur. Le résultat de cette co-analyse a conduit à la formulation d'objectifs pour le prochain stage.

L'étudiant 1 et le chercheur ont repris chaque compétence à améliorer afin d'explicitier par des exemples concrets les termes utilisés. Des objectifs de stage ont ainsi pu être co-construits de manière personnalisée pour combler les besoins de l'étudiant. Nous illustrons cette régulation par un exemple. L'étudiant ne valide pas la compétence « concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » car il ne s'est pas confronté à des situations d'urgence (en lien avec un critère). De plus, il aborde des difficultés à s'adapter à un changement dans l'organisation des soins ou à prioriser ses actions lors d'imprévu. Les objectifs fixés par l'étudiant sont d'acquérir la planification des soins sur le prochain stage de dix semaines dans un service de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Nous lui avons conseillé de négocier avec le tuteur un passage dans le service de chirurgie où le nombre de patients est plus important et de travailler avec une planification.

L'autoconfrontation de l'étudiant 2 n'a pas eu lieu car il ne s'est pas présenté au rendez-vous. A posteriori, le chercheur et le formateur ont pu lui démontrer un mécanisme de fuite.

L'étudiant 3 n'avait pas validé de compétences et le travail de co-analyse a porté sur les dix compétences critère par critère afin qu'il prenne en compte les remarques faites par le tuteur et qu'il change son point de vue. L'étudiant ne comprend pas pourquoi la compétence « accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » n'est pas validée. Les annotations lui sont lues. Il justifie en disant qu'il a fait dans ce stage des fautes professionnelles qu'il n'aurait pas faites ailleurs car il ne se sentait pas bien dans ce stage : « dès le début j'ai eu le sentiment que ce ne serait pas un stage facile ». Nous avons observé qu'il restait sur un ressenti affectif. Le chercheur lui fait pointer du doigt que parce qu'il se retrouve déstabilisé dans un service, il en oublie les règles de sécurité pour le patient. Donc l'étudiant reconnaît que de manière factuelle, le tuteur ne pouvait pas valider la compétence. D'autres points sont abordés à partir du bilan d'évaluation du dernier stage. Notamment sa difficulté à s'intégrer dans l'équipe. Le chercheur lui montre qu'il y a des éléments objectifs qui expliquent pourquoi l'équipe « ne l'a pas lâché ». L'étudiant n'a pas pris la mesure de ce que le tuteur du premier stage a voulu lui dire. Le chercheur lui demande comment il a pu réaliser les deux derniers stages (en médecine gériatrique et en chirurgie) sans acquérir la compétence sur la mise en œuvre de soins éducatifs. Le chercheur connaissant bien le premier stage, confronte l'étudiant avec l'existant dans le service et le manque d'implication. L'étudiant reconnaît qu'il n'a pas compris la compétence. Le chercheur demande à l'étudiant s'il demande une évaluation de mi-stage. En fait il ne réclame pas il attend que le stage lui propose. Il lui précise que le nouveau référentiel exige de l'étudiant d'être autonome et acteur. Il lui explique comment à partir du portfolio, certains étudiants s'auto-évaluent et argumentent critères par critères. Nous lui avons demandé de formaliser ses objectifs de stage et de nous les adresser avant de les remettre au tuteur. Nous lui avons également proposé l'utilisation

d'outils pour gagner en compétence tels que la planification des soins. Enfin nous lui avons recommandé de se placer en situation de futur infirmier qui est responsable d'un secteur de patients.

La visite du binôme chercheur/ formateur en service de soins a permis de repérer les points positifs et les points à améliorer en milieu de stage. Ensuite nous avons réajusté des objectifs de stage à partir des remarques du tuteur, celles de l'étudiant et celles du chercheur.

Pour l'étudiant 1, le tuteur du service des soins de surveillance post-interventionnelle (SSPI) lui a reproché sa conduite un peu « trop scolaire ». Celle-ci avait des retentissements sur son positionnement professionnel et sur sa prise d'initiatives. Le chercheur a pu mettre en lien les difficultés d'apprentissage de l'étudiant dans l'élaboration du travail d'initiation à la recherche. D'autre part, des réajustements ont permis de proposer des actions pour acquérir les compétences à améliorer.

L'étudiante 2 effectuait son stage en service d'urologie-digestif. Le tuteur a remarqué un problème dans sa posture qui entraîne des erreurs dans l'exécution des prescriptions médicales. De plus, il souligne qu'une trop grande concentration vis-à-vis des soins, la prive de relationnel avec le patient. Les objectifs de stage ont été réajustés dans ce sens.

L'étudiant 3, en stage en soins de suite et réadaptation (SSR), a rencontré des difficultés organisationnelles et des difficultés de priorisation des soins. Il ne prenait en charge que huit patients sur 25. Là aussi des objectifs de stage ont été remaniés en privilégiant les outils et les analyses de situation.

À l'issue de ce deuxième stage, nous avons rencontré les étudiants individuellement pour analyser leurs feuilles d'acquisition de compétences. Notre intention était d'identifier leur progression depuis notre visite et de préparer de nouveaux objectifs pour les prochains stages en tenant compte de la spécialité.

Il est ressorti de la confrontation avec l'étudiant 1, que sa progression était cohérente : elle a gagné en compétence. Elle a acquis neuf compétences sur les dix. Il lui manque la compétence en lien avec le travail sur prescription à développer. Nous notons toutefois que celle-ci n'a pu être validée à cause d'un soin non exécuté car l'occasion ne s'est pas présentée. La co-construction des objectifs est restée dans la même perspective que les derniers.

L'étudiant 2 a aussi gagné en compétences. Il lui reste deux compétences sur les dix à valider. Les objectifs de stage sont essentiellement orientés sur sa posture. Nous avons mis en exergue lors de l'autoconfrontation que la compétence « rechercher et traiter des données scientifiques » n'a pas été validée car il n'a pas osé poser de questions. De ce fait, il est difficile pour le tuteur de juger de la pertinence de son questionnement professionnel.

Pour l'étudiant 3, nous avons constaté qu'il avait validé toutes les compétences. Au regard de ces résultats, nous avons cherché à comprendre la rapidité de cette progression. Nous l'avons donc questionné sur les arguments mobilisés pour expliciter les critères des compétences acquises. L'étudiant s'est trouvé en difficulté pour répondre à l'ensemble des critères et apporter des arguments précis. Nous avons co-construit des objectifs en lien avec la spécialité de son prochain stage, la psychiatrie. Un objectif entre autre portait sur son positionnement en tant que jeune diplômé prenant son poste dans le service et non plus en tant qu'étudiant. Nous lui avons demandé de nous adresser des analyses de situation mais il ne les a pas envoyées.

Les trois étudiants ont validé leur troisième stage. L'étudiant 3 n'a pas validé sa compétence en lien avec l'analyse de la qualité car a obtenu des résultats insuffisants sur le travail de recherche. Il l'a réussi à la session suivante.

### **3.2 Discussion**

L'analyse transversale des auto-évaluations des étudiants nous a permis d'identifier des difficultés ressenties communes notamment en ce qui concerne l'apprentissage du raisonnement clinique infirmier. Cela a mis en exergue que certaines compétences identifiées dans ce référentiel et plus tacites dans l'ancien programme posent problèmes aux étudiants. Ils ont, en effet, des difficultés à trouver des exemples concrets dans les situations de soins auxquelles ils ont été confrontés pour expliciter les critères d'acquisition. Les compétences sur la réalisation des soins quotidiens et sur la communication sont celles qui sont considérées acquises par les étudiants.



L'autoconfrontation a permis aux étudiants de comprendre les attendus de la formation et de s'approprier leur portfolio. Le chercheur a eu un rôle de « traducteur » de l'artefact car ils ne comprenaient pas les termes utilisés. La mise en lien des compétences et des objectifs pour le stage à venir a permis aux apprenants d'appréhender la créativité qu'ils peuvent mobiliser dans l'atteinte de ses apprentissages.

L'entretien d'autoconfrontation permet également à un étudiant de prendre en compte les remarques faites par le professionnel soignant lors de l'hétéro-évaluation, alors qu'il restait sur un ressenti affectif : « dès le début, j'ai eu le sentiment que ce ne serait pas un stage facile ».

La visite sur le terrain a permis d'atteindre une granularité d'analyse des difficultés des étudiants plus fine. En effet, la mise en perspective des regards croisés des trois protagonistes a permis de relier les difficultés d'apprentissage professionnel sur le terrain aux lacunes théoriques mais au-delà aux problèmes rencontrés pour l'élaboration du travail d'initiation à la recherche, mémoire de fin d'études. Pour deux étudiants sur trois, ce dispositif permet de mettre en évidence un développement de leur capacité d'auto-évaluation que l'on note d'une auto-confrontation à l'autre, notamment grâce à l'appropriation de l'outil portfolio. De même, ils ont pu dépasser leurs difficultés d'apprentissage professionnel et valider toutes leurs compétences. Le travail écrit de fin d'études témoigne d'une appropriation de la méthodologie de recherche et d'un questionnement professionnel pertinent. Tous deux ont exprimé un changement de posture et se projetaient comme professionnel. Le troisième n'a pas été présentable au jury final car il n'avait pas validé son mémoire de fin d'études et le premier stage. Il a obtenu son diplôme à la session suivante.

Nous envisageons d'étendre ce dispositif aux étudiants en première année identifiés en difficulté lors de la première Commission d'Attribution des Crédits.

## Bibliographie

- Annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier. En ligne URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_3.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf).
- Barbier, J.M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Formation et pratiques professionnelles. Paris : PUF.
- Cardinet, J. (1988). *La maîtrise, communication réussie*. In M. Huberman (Ed), *Assurer la réussite des apprentissages scolaires ? Les propositions de la pédagogie de maîtrise*. Paris & Neuchâtel : Delachaux & Niestlé (TDB).
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, PUF.
- Clot, Y. et Duboscq, J. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets d'adresses et gestes renouvelés, *Revue d'anthropologie des connaissances*,4,(2), 255-286. Retrieved from : <http://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2010-2-page-255.htm>.
- Jonnaert, P. (2009). Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique. Perspectives en éducation et formation, De Boeck, 2<sup>ème</sup> édition.
- Malglaive, G. (2008). *Enseigner à des adultes*. Paris : PUF éducation et formation, 4<sup>ème</sup> édition : 2005.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle, Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : PUF.
- Pastré, P. (2004a). *Introduction : Recherches en didactique professionnelle*. In R. Samurçay (Ed.), *Recherches en didactique professionnelle* (pp. 1-13). Toulouse: Octarès.
- Pastré, P. (2004b). *L'ingénierie didactique professionnelle*. In P.Carré, & P. Caspar (Eds.). *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 465-480). Paris: Dunod (2ème édition).
- Perrenoud, Ph. (2011). De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche et Formation*,35, 131-162.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies : une approche cognitive des instruments contemporains*. Paris : Armand Colin.
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession. Profession infirmier à jour au 30/06/2006. Réf.531 001 Berger-Levrault. Ministère de la santé et des solidarités.

Actes du 25<sup>ème</sup> colloque de l'ADMEE-Europe Fribourg 2013 :  
**Evaluation et autoévaluation, quels espaces de formation**

Schön, A.D. (1994). *Le praticien réflexif*. Montréal : les éditions Logiques.

Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Les éditions de la Chenelière éducation Colin.

Wittorski, R. (2007). *Professionalisation et développement professionnel*. Paris : l'Harmattan.