

PROJET PEDAGOGIQUE
DES INSTITUTS DE FORMATION
AUX METIERS DE LA SANTE D'ALBI,
IFSI ET IFAS

PROJET PEDAGOGIQUE
DES INSTITUTS DE FORMATION
AUX METIERS DE LA SANTE D'ALBI,
IFSI ET IFAS

« Donne-moi le courage d'accepter ce que je ne peux pas changer,
La force de changer ce qui peut l'être,
Et la sagesse de distinguer l'un de l'autre. »

Citation attribuée à Marc Aurèle (121-180),
philosophe stoïcien épistolier

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 7 -
1. LE CONTEXTE	- 9 -
1.1. LES BESOINS EN SANTE	- 9 -
1.1.1. Les besoins en santé nationaux	- 9 -
1.1.2. Les besoins en santé régionaux	- 9 -
1.1.3. Les attentes des usagers	- 11 -
1.2. LA PROFESSION INFIRMIERE ET SON EVOLUTION	- 12 -
1.3. LA PROFESSION AIDE-SOIGNANTE ET SON EVOLUTION	- 16 -
1.4. L'HISTORIQUE DE CHAQUE IFSI	- 17 -
1.4.1. L'historique de l'IFSI de la Fondation du Bon Sauveur d'Alby	- 17 -
1.4.2. L'historique de l'IFSI du Centre Hospitalier d'Albi	- 19 -
1.5. LES INSTITUTS DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE D'ALBI, L'IFSI D'ALBI	- 21 -
2. L'ACCES AUX FORMATIONS INITIALES	- 21 -
2.1. L'ACCES AUX FORMATIONS INFIRMIERES ET AIDES-SOIGNANTES	- 21 -
2.2. LES BESOINS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX	- 24 -
2.3. LES QUOTAS ET CAPACITES D'ACCUEIL DES INSTITUTS D'ALBI	- 25 -
3. LES TAUX DE REUSSITE ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE	- 25 -
3.1. LE TAUX DE REUSSITE AUX DIPLOMES D'ETAT	- 25 -
3.2. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, MEDICO-SOCIAUX, EMPLOYEURS POTENTIELS	- 25 -
3.3. L'INSERTION PROFESSIONNELLE	- 26 -
4. LES ACTEURS DE LA FORMATION	- 27 -
4.1. LES ACTEURS DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	- 27 -
4.1.1. Les étudiants en soins infirmiers	- 27 -
4.1.2. L'équipe pédagogique	- 30 -
4.1.3. Les professionnels de terrain de stage	- 31 -

4.1.4. Les intervenants.....	- 31 -
4.2. LES ACTEURS DE LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE	- 31 -
4.2.1. Les élèves aides-soignants.....	- 31 -
4.2.2. L'équipe pédagogique.....	- 32 -
4.2.3. Les professionnels de terrain de stage.....	- 32 -
4.2.4. Les intervenants.....	- 32 -
5. LES VALEURS ET LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS.....	- 33 -
5.1. NOTRE DEMARCHE : INTENTIONS ET LIMITES	- 33 -
5.2. LES VALEURS ET REPRESENTATIONS CITEES PAR LES APPRENANTS.....	- 34 -
5.3. LES VALEURS DES FORMATEURS.....	- 35 -
5.4. LES VALEURS QUI SOUS-TENDENT NOTRE PROJET PEDAGOGIQUE.....	- 35 -
6. LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION	- 37 -
6.1. L'ACQUISITION DE SAVOIRS	- 37 -
6.2. LES COMPETENCES IDENTIFIEES AU REGARD DES REFERENTIELS D'ACTIVITES	- 38 -
6.3. L'ALTERNANCE INTEGRATIVE	- 41 -
6.4. LA REFLEXIVITE.....	- 42 -
6.5. LA CONSRUCTION DE L'IDENTITE SOCIO PROFESSIONNELLE	- 42 -
7. NOTRE CONCEPTION PEDAGOGIQUE ET LES REFERENTIELS DE FORMATION.....	- 43 -
7.1. NOS INTENTIONS PEDAGOGIQUES	- 43 -
7.2. LE RÔLE ET LA POSTURE	- 43 -
7.2.1. Le rôle et la posture de l'apprenant.....	- 43 -
7.2.2. Le rôle et la posture du formateur.....	- 44 -
8. LE DISPOSITIF DE FORMATION VISANT LA PROFESSIONNALISATION INFIRMIERE	- 47 -
8.1. LES AXES FORTS DE LA FORMATION A L'IFSI.....	- 47 -
8.1.1. La collaboration avec l'université ayant une composante santé.....	- 48 -
8.1.2. La collaboration avec les lieux d'exercice professionnel.....	- 49 -
8.1.3. Les travaux pratiques, simulation : une stratégie pédagogique	- 55 -
8.2. LA FORMATION CLINIQUE	- 57 -

8.2.1.	Le parcours de stage	- 57 -
8.2.2.	Un partenariat renforcé : tuteur, formateur référent de stage.....	- 65 -
8.2.3.	La préparation au stage	- 67 -
8.2.4.	L'enseignement clinique.....	- 68 -
8.2.5.	L'analyse de pratiques professionnelles.....	- 72 -
8.2.6.	La régulation de stage.....	- 76 -
8.3.	LE SUIVI PEDAGOGIQUE	- 77 -
8.3.1.	Le suivi pédagogique individuel formalisé après le stage	- 78 -
8.3.2.	Le suivi pédagogique individuel à la demande de l'étudiant et/ou du formateur	- 78 -
8.3.3.	Le suivi pédagogique collectif	- 78 -
8.4.	L'EVALUATION	- 80 -
8.4.1.	L'évaluation des enseignements théoriques	- 80 -
8.4.2.	L'évaluation de la formation clinique.....	- 84 -
8.4.3.	La communication des résultats aux évaluations	- 84 -
9.	LE DISPOSITIF DE FORMATION VISANT LA PROFESSIONNALISATION	
	AIDE-SOIGNANTE	- 85 -
9.1.	LA FORMATION A L'IFAS	- 86 -
9.1.1.	L'organisation	- 86 -
9.1.2.	Les axes forts	- 86 -
9.2.	LA FORMATION CLINIQUE	- 88 -
9.2.1.	L'organisation	- 88 -
9.2.2.	Les relations avec les structures accueillant des élèves AS en stage	- 90 -
9.2.3.	Préparation aux stages :	- 90 -
9.2.4.	L'enseignement clinique.....	- 91 -
9.2.5.	L'analyse des pratiques professionnelles.....	- 92 -
9.2.6.	La régulation de stage avec les psychologues.....	- 92 -
9.3.	LE SUIVI PEDAGOGIQUE	- 93 -
9.4.	L'EVALUATION	- 94 -
9.4.1.	L'évaluation de l'enseignement théorique.....	- 94 -
9.4.2.	L'évaluation de la formation clinique.....	- 96 -
9.4.3.	La communication des résultats	- 96 -
10.	LES AUTRES MISSIONS DES INSTITUTS DE FORMATION AUX	
	METIERS DE LA SANTE D'ALBI	- 97 -

10.1. FORMATION CONTINUE INCLUANT LA FORMATION D'ADAPTATION A L'EMPLOI	- 97 -
10.1.1. « Réactualisation des pratiques professionnelles aides-soignantes et encadrement des stagiaires ou des nouveaux collègues »	- 97 -
10.1.2. « Mieux comprendre pour mieux communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en secteur médico-social ou sanitaire »	- 98 -
10.1.3. « Assistant de soins en gérontologie »	- 98 -
10.1.4. « Aspirations endo-trachéales »	- 99 -
10.1.5. « Accompagnement à la VAE »	- 99 -
10.2. PREPARATION AUX CONCOURS D'ENTREE EN IFSI	- 99 -
10.2.1. Préparation au concours d'entrée en IFSI pour les aides-soignants du Centre Hospitalier d'Albi.....	- 99 -
10.2.2. Préparation au concours d'entrée en IFSI pour les candidats de droit commun	- 101 -
10.3. RECHERCHE ET DOCUMENTATION	- 103 -
11. POUR UNE DEMARCHE QUALITE EN PROJET	- 107 -
CONCLUSION	- 110 -
BIBLIOGRAPHIE	- 110 -

INTRODUCTION

Travailler sur le projet pédagogique génère une question fondamentale : Quel type de professionnel infirmier souhaitons-nous former ?

Pour l'équipe pédagogique, il est important de former des infirmiers compétents, réflexifs et responsables, incarnant les valeurs humanistes et répondant aux besoins des structures de soins tout en prenant en compte les aspirations professionnelles individuelles des apprenants. Il nous paraît primordial que le futur infirmier acquière des comportements qui favorisent son intégration sociale et professionnelle, ainsi que sa participation à la vie de son lieu d'exercice, voire de la profession infirmière. Mais il est tout aussi indispensable qu'il dispose de ressources lui permettant de se réaliser en tant que personnalité singulière, de poursuivre son développement personnel tout au long de son exercice professionnel.

Les connaissances et les techniques évoluant rapidement dans le domaine de la santé, nous cherchons à développer chez les futurs infirmiers, que nous sommes amenés à former, des personnalités à la fois souples et fortes, adaptables et stables, capables d'évoluer en fonction d'impératifs socio-économiques nouveaux.

Même si ce discours est idéaliste, en tant que formateurs nous souhaitons le garder présent à l'esprit pour qu'il sous-tende nos actions pédagogiques et notre collaboration avec l'ensemble des acteurs qui participent à la formation des étudiants en soins infirmiers et des élèves aides-soignants.

Il nous paraît tout aussi important que les étudiants et élèves connaissent les finalités de la formation pour lesquelles l'équipe pédagogique œuvre.

Afin de tendre vers ces finalités, le projet pédagogique nous semble devoir tenir compte des besoins en santé, de l'évolution des professions infirmière et aide-soignante, de l'histoire de l'institut, des besoins territoriaux en matière de professionnels infirmiers et aides-soignants. Identifier les différents acteurs de la formation en soins infirmiers, de la formation aide-soignante, et tenter de repérer les valeurs et représentations qui animent les apprenants et les formateurs nous paraît indispensable pour « co-construire ».

Le dispositif de formation proposé dans l'institut constitue le cœur de notre projet pédagogique. Il repose sur les définitions des éléments participant au processus de professionnalisation, du rôle de l'apprenant et du formateur dans ce processus, et sur l'explicitation des axes forts de la formation à l'institut, de la formation clinique et de l'évaluation.

Les autres missions dévolues aux Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi sont exposées avant d'aborder les axes de progression envisagés s'inscrivant dans une démarche qualité.

1. LE CONTEXTE

1.1. LES BESOINS EN SANTE

Il nous semble nécessaire de définir quels sont les besoins en santé de la population, besoins objectifs, pour qu'il y ait adéquation avec l'offre de formation initiale. Dans le champ de la Santé Publique, les besoins de santé s'expriment comme « l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants »¹. Le concept de « besoins de soins » d'une population ou d'un individu se caractérise par la nécessité d'une intervention d'un professionnel ou d'un établissement de santé pour la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies.

La formation initiale a pour visée de répondre à ces besoins par l'intervention de professionnels infirmiers et aides-soignants compétents en situation de travail.

1.1.1. Les besoins en santé nationaux

En France, les besoins de santé sont en corrélation avec l'augmentation de l'espérance de vie (84.8 ans pour les femmes et 78.2 ans pour les hommes²) et avec les enjeux différents selon les sexes et les âges de la vie.

La prise en charge des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, insuffisance rénale et maladies psychiques) reste un enjeu majeur de santé publique ainsi que la prévalence du surpoids, de l'obésité en progression chez les adultes (Plan national nutrition santé 3).

Les disparités sociales, quant à la mortalité, demeurent persistantes, comme au niveau de l'offre de soin au niveau du territoire.

1.1.2. Les besoins en santé régionaux

Notre analyse des besoins s'appuie sur le diagnostic partagé sur le Plan Stratégique Régional de Santé 2012-2017 en Midi-Pyrénées et sur les orientations du Plan Régional de Santé.

¹ SALOMEZ J.L., LACOSTE O., *Du besoin de santé au besoin de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire, Hérodote*, n°92, 1999, p. 101-120.

² *L'état de santé de la population en France, rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011*, DREES N°805 - Juin 2012.

Bref rappel des données sur la situation épidémiologique de la Région

La population en Midi-Pyrénées (8 territoires de santé et 33 bassins de santé) est en augmentation, mais elle est vieillissante (5^e rang des régions ayant la part la plus élevée de personnes âgées) et très inégalement répartie.

L'espérance de vie est une des meilleures de France, au deuxième rang pour les hommes et les femmes, mais avec des disparités importantes entre les départements.

Les besoins croissants de « prise en charge » sont liés aux maladies chroniques :

- près d'une personne sur cinq dans la région est en affection de longue durée avec deux groupes prédominants (les maladies cardiovasculaires et les cancers) ;
- les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès (8 000 décès/an) ;
- une forte progression de l'incidence des cas de cancers (plus de 7 000 décès/an) ;
- une prévalence du diabète estimée à 3.4 % soit 95 000 personnes dans la région ;
- les « troubles mentaux » sont un enjeu de santé publique important pour la région avec notamment 5 200 tentatives de suicide enregistrés dans les services des urgences en 2008.

Ces données mettent en avant les questions du vieillissement, de la prévention de la perte d'autonomie et de la prise en charge des situations de dépendance et de handicap.

En Midi-Pyrénées, l'ARS propose trois axes pour la santé de tous pour la période 2012-2017 :

- réduire les inégalités sociales de santé ;
- positionner l'utilisateur au cœur du système de santé ;
- adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé.

Les priorités mises en avant sont :

- la réduction du surpoids et de l'obésité et la lutte contre la sédentarité chez les enfants et les jeunes adolescents ;
- la prévention des conduites à risques chez les jeunes de moins de 25 ans ;
- la préservation de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- l'approfondissement de l'état des lieux en santé mentale ;
- la promotion du dépistage des cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus.

La promotion de la santé et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé sont des fils conducteurs pour aborder ces questions prioritaires.

Au vu de ces réalités existantes et d'une projection sur les besoins futurs, nous axons notre projet sur les situations professionnelles prévalentes. Celles auxquelles les étudiants et élèves seront le plus souvent confrontés au cours de leur pratique professionnelle. Ces situations professionnelles sont en lien avec l'accompagnement du grand âge et des troubles associés, la prise en charge des maladies chroniques et des situations de handicap, l'éducation en santé avec la promotion de la santé, la prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux, le travail en réseau autour du patient jusqu'à son retour à domicile... Le choix des situations s'appuie sur les thématiques mises en exergue lors des conférences de territoire de 2011 pour le département du Tarn.

1.1.3. Les attentes des usagers

L'évolution réglementaire des dix dernières années, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la place renforcée des associations d'usagers dans les instances administratives, les démarches qualité conduites par l'HAS (référence 51) sur la satisfaction des patients, accordent une attention croissante au point de vue des usagers dans l'organisation du système de santé.

Les attentes des usagers s'articulent autour de trois axes³ :

- la sécurité des soins est un impératif non négociable ;
- une qualité de soins en lien avec les capacités techniques et scientifiques actuelles ;
- une relation de soin de qualité avec une écoute active, une information claire, compréhensible sur leur santé, les soins envisagés.

D'autre part, « les besoins des usagers sont de moins en moins uniformes et de plus en plus diversifiés, singuliers et en évolution permanente »⁴.

La diversité des publics et la variété des attentes demandent une réponse singulière dans laquelle des compétences relationnelles et d'adaptation sont nécessaires pour les futurs infirmiers et aides-soignants.

³ LOPEZ A., REMY P.L., *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, rapport IGAS n°RM2007-045P

⁴ AGATHOCLEOUS A., *De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale*, BBF, 1998, n° 1, p. 24-29 [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/>> Consulté le 12 juillet 2013.

1.2. LA PROFESSION INFIRMIERE ET SON EVOLUTION

« *L'histoire peut aider chacun à comprendre pourquoi le présent est ce qu'il est.* »⁵
Un retour sur l'histoire de la profession nous semble riche d'enseignements.

La femme religieuse

Il est impossible, lorsque l'on se penche sur le passé des infirmières, de ne pas parler des ordres religieux.

L'hôpital est un lieu d'hébergement des pauvres et, comme on pourrait le dire aujourd'hui, un lieu d'exclusion (fou, syphilitique...) ; toutefois, même si les soins ne sont pas d'une très grande efficacité, de nombreuses personnes y trouvent refuge.

« L'hôpital avait été tour à tour desservi par des associations libres de sœurs et frères qui se consacraient gratuitement au service des malheureux par esprit de charité en vue de « gagner le ciel » ou encore tenu par quelques dévoués serviteurs ou servantes à gages, ceux-ci ne s'acquittèrent d'ailleurs point convenablement de leur travail et on voit au 17^e et 18^e siècle s'implanter partout différentes congrégations religieuses. »⁶

« Ce qui importe est la volonté de renoncement de dépossession de soi »⁷ recommande CESAIRE aux moniales d'Arles.

La soignante laïque

« La première école d'infirmières que le monde ait connu fut fondée le 23 novembre 1633 par Saint Vincent de Paul... Il voulut adjoindre aux dames de la charité, se recrutant exclusivement dans les milieux riches, des personnes plus humbles, capables de fournir aux pauvres et aux malades une véritable assistance professionnelle, ce furent les filles de la charité pour la formation desquelles il créa l'école de la rue Cardinal Lemoine. »⁸

Il souhaitait former « de bonnes et pieuses servantes, instruites à soigner les malades et préparer la nourriture des infirmes et des vieillards »⁹.

Malgré le décret du 18 août 1792 qui déclara éteintes toutes les corporations religieuses, même celles vouées uniquement au service des hôpitaux et au soulagement des malades, les religieuses attachées au service des hôpitaux furent maintenues.

⁵ ARIES Ph., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*, Paris-Mesnil : Seuil, 1977.

⁶ GRIPI [Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière], *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Paris : Le Centurion, 1986, p. 14

⁷ Ibid., p. 14

⁸ Ibid., p.16

⁹ Ibid., p. 16

Il faudra attendre le 9 décembre 1905, c'est-à-dire la séparation de l'église et de l'état, pour que se pose la question : qui va remplacer les ordres soignants ?

« Le personnel infirmier, laïc, non instruit puisque anciennes servantes, bien souvent filles de la campagne venues à la ville se met peu à peu en place et fait ressentir très rapidement son manque de formation.»¹⁰ D'autant plus que les hôpitaux ne cessent d'évoluer, de se transformer.

L'essor des découvertes Pasteuriennes a stimulé les ambitions sociales des médecins. En luttant contre les microbes, ils se sentirent capables d'arrêter les contagions, de faire reculer les infections, de pratiquer une chirurgie audacieuse, bref d'être les agents irremplaçables du progrès social.

Les médecins sentirent alors le besoin d'auxiliaires dociles pour imposer les grands principes, plus sûrement, les sœurs ne faisant plus l'affaire car trop prisonnières d'habitudes dépassées. Elles résistaient à la loi républicaine en acceptant dans leurs écoles des élèves non vaccinés, elles étaient réticentes aux nouvelles pratiques médicales (injections sous-cutanées, emploi du thermomètre anal, anesthésie des parturientes), elles demandaient des directives aux supérieurs ecclésiastiques et non au corps médical.

C'est à la fin du 19^e siècle que se mettent en place les premières écoles d'infirmières.

La formation avait donc pour finalité de modeler les jeunes-filles en « infirmières », les écoles avaient pour dénomination : écoles d'infirmières.

Il faudra attendre le décret du 5 juin 1992 pour qu'enfin on trouve la dénomination : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

L'instruction

En 1860, en Angleterre, Florence NIGHTINGALE (infirmière et statisticienne) crée l'école de Saint THOMAS et instaure une hiérarchie des fonctions infirmières.

En 1878, le docteur BOURNEVILLE instaure des cours municipaux, car le dévouement, la vocation, le sacrifice ne suffisent plus.

D'une part, l'évolution des techniques, les progrès scientifiques amèneront les médecins à dispenser le contenu professionnel de la pratique soignante en enseignant aux infirmières « tout ce qu'ils attendent d'elles »¹¹.

¹⁰ Ibid, p.16

¹¹ COLLIERES, M.F., *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions/Masson, 1982, p.84

D'autre part, très peu de médecins travaillaient à temps plein à l'hôpital, ils arrivaient vers 7h du matin, « *effectuaient leur visite* »¹² et avaient besoin d'une auxiliaire qui soit capable d'assurer la continuité des soins.

Métier rémunéré ou bénévolat ?

A l'aube du 20^e siècle, se dessinent deux types de professionnels qui influenceront l'organisation de la profession.

L'un, peu instruit, demandera beaucoup de temps pour être formé et devenir un professionnel de valeur, l'autre, issu du milieu bourgeois, proche du médecin et de la classe dirigeante, exercera essentiellement sur le mode du bénévolat.

Première structuration de la profession

Le décret du 27 février 1922 crée un diplôme de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat Français.

Le décret du 18 février 1938 supprima le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale et institua deux diplômes d'état, celui d'infirmière hospitalière et celui d'assistante de service social.

L'année 1942 voit la création du diplôme d'Etat d'Infirmier

Par la loi du 15 juillet 1943, le législateur tente de règlementer l'exercice de la profession d'infirmière :

*« Est considéré comme relevant de la profession d'infirmier et d'infirmière au sens de la présente loi tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin. »*¹³

Evolution de la profession en lien avec les textes législatifs

La loi du 8 avril 1946 régula l'hospitalisation publique et les hôpitaux furent désormais obligés de recruter un personnel diplômé d'état avec des normes salariales reconnues et établies pour le personnel infirmier.

L'arrêté du 31 décembre 1947 établit la première « nomenclature » des actes médicaux qui peuvent être exécutés par une auxiliaire médicale qualifiée.

Si l'on considère la législation en vigueur, l'infirmière est sous l'entière dépendance de la prescription médicale.

L'année 1951 voit la création, par le Ministère de la Santé, du conseil supérieur des infirmières, et par la Croix-Rouge de la première école de Cadres.

En 1956, création du diplôme d'aide-soignant.

¹² GRIPI, Op. Cit. , p. 16

¹³ Loi du 15 juillet 1943, art. 12

En 1958, les certificats d'aptitude aux fonctions infirmière surveillante et infirmière monitrice sont officialisés. Ainsi, la profession se dote d'une hiérarchie et l'enseignement sera donné non seulement par des médecins mais aussi par des cadres infirmiers.

Quête d'une spécificité : 1960-1980

1972 : Nouveau programme d'études d'infirmière, centré sur la personne humaine.

Jusqu'en 1978, l'infirmière sera considérée comme une personne morale, possédant des qualités féminines, auxiliaire du médecin. Elle exécute des actes prescrits : **c'est le rôle sur prescription médicale.**

La loi du 31 mai 1978 modifie l'article L 473 du code de la santé publique. Une nouvelle définition de l'infirmière est donnée. Cette loi de 1978 enrichit le rôle de l'infirmière et lui ouvre la voie vers une autonomie professionnelle.

L'infirmière retrouve le rôle de prévention et d'éducation qu'elle mettait en œuvre lorsqu'elle était infirmière visiteuse.

L'encadrement et la formation des futurs collaborateurs et collègues émergent également de sa zone d'autonomie.

Quête d'une reconnaissance sociale : 1980-2009

1980 : Début de la recherche clinique infirmière

Le décret d'application de la loi de 1978 est publié le 12 mai 1981, il est annulé le 14 mars 1984, par le Conseil d'Etat, sur la requête des médecins biologistes pour vice de forme. Il s'en suit des mouvements de protestation des infirmières.

Le décret de compétences du 17 juillet 1984 voit le jour : la fonction infirmière prend en charge la personne humaine dans son intégralité, aussi bien dans ses données physiques et psychologiques que socioculturelles. Il définit mieux et élargit nettement les attributions des infirmières. Les soins infirmiers sont étendus non seulement aux malades mais aussi aux personnes en bonne santé.

1992 : Un nouveau programme d'études en soins infirmiers voit le jour. C'est aussi la création d'un diplôme unique pour tous les secteurs d'activité.

L'arrêté du 15 mars 1993 précise le rôle propre infirmier, en introduisant la notion de démarche diagnostique.

Le décret du 11 février 2002 étend le rôle propre infirmier.

Le décret du 29 juillet 2004 : Le décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier est abrogé. La profession est désormais régie par les dispositions du code de la santé publique.

Loi du 21 décembre 2006 (décret d'application avril 2007) portant création d'un ordre national des infirmiers français. Il devient l'organe représentatif de la profession auprès des autorités de santé.

Depuis 2009 à nos jours

2009 : Un nouveau référentiel de formation est proposé, la formation s'inscrit dans le système licence-master-doctorat. Les étudiants obtiennent le diplôme d'Etat d'infirmier et le grade de licence.

La profession d'infirmière a évolué, les services rendus à la population se sont élargis, l'école a changé de visage, d'appellation, mais il reste cette même volonté de former des professionnels compétents.

Il y a une émergence de la compétence autonome de l'infirmière. Reste à savoir si, par une production de savoirs infirmiers, cela permettra de constituer une discipline à part entière, permettant la création d'une filière universitaire spécifique...

1.3. LA PROFESSION AIDE SOIGNANTE ET SON EVOLUTION

Entre la création du grade d'aide-soignant au sein de l'hôpital public en 1949 et l'entrée de la profession dans le XXI^e siècle, la fonction aide-soignante a constamment évolué.

La profession aide-soignante est née de l'impératif d'hygiène réclamée par l'institution hospitalière et de l'incapacité pour les patients à assumer leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller et manger seuls. Attribuées autrefois à un personnel sans formation, aux « infirmières », lorsque ces termes désignaient toute personne travaillant à l'hôpital, ces tâches ont été confiées à ce personnel spécialisé, dans le cadre d'une division du travail qui s'est complexifiée au sein du système hospitalier. La création de la fonction aide-soignante est une conséquence du processus de professionnalisation des infirmières.

En 1956 est alors créé le CAFAS (Certificat d'Aptitude à la Fonction Aide-Soignante), rendu obligatoire en 1960 pour pouvoir exercer la profession d'aide-soignante.

Au mois de juillet 1971, le déroulement de la formation est redéfini, il s'effectue dorénavant sur 12 mois. Il est précisé dans les textes que l'aide-soignant exécute des soins sous l'autorité et la responsabilité de l'infirmière.

En 1978, l'aide-soignant est autorisé à exercer en psychiatrie.

En 1981, il peut exercer en secteur extrahospitalier et assurer le maintien à domicile des personnes âgées.

Au mois de février 1982, apparaît une nouvelle modification de la formation. Elle est basée sur le modèle de l'alternance. Il est précisé que l'aide-soignant assure par délégation de

l'infirmière, sous sa responsabilité et sous son contrôle, l'humanisation des conditions de vie de la personne soignée ou de la personne âgée.

Au mois de juillet 1994, les modalités de recrutement des élèves et le programme des études sont modifiés. Ce programme comporte un tronc commun avec les auxiliaires de puériculture pendant les six premiers mois de formation. Il est précisé que l'aide-soignant se situe au sein d'une équipe, qu'il contribue à la prise en charge des personnes et qu'il participe aux soins dans le cadre du rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec elle et sous sa responsabilité.

Au mois de janvier 1996, paraît une circulaire relative aux rôles et missions de l'aide-soignant. C'est le premier texte officiel sur la fonction. Le 12 août de la même année, un décret abolit le CAFAS et le remplace par le DPAS (Diplôme Professionnel des Aides-Soignants).

Le 22 octobre 2005, un arrêté modifie la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant. Cette formation se décline en 8 compétences, à partir d'un référentiel d'activités du métier. Elle comporte, en alternance, 17 semaines de cours théoriques et pratiques délivrés dans les Instituts de Formation d'Aides-Soignants et 24 semaines de stage. Ce diplôme est alors accessible de 3 façons :

- Formation initiale sur 10 mois, en continu ou en discontinu ;
- Formation partielle pour les titulaires du DEAVS, CAFAD, Mention complémentaire aide à domicile, DEAP, DEA, Assistante de vie aux familles et DEAMP ;
- VAE.

Le décret du 31 août 2007 : le diplôme professionnel des aides-soignants devient diplôme d'Etat d'aide-soignant.

L'arrêté du 21 mai 2014 permet l'accès en formation initiale des candidats titulaires d'un baccalauréat professionnel SAPAT ou ASSP.

Cet historique de la formation d'aide-soignant montre l'évolution permanente de cette profession. Le décret d'octobre 2005 prévoyait un élargissement du champ de compétences de l'aide-soignant. Les prochains textes iront probablement plus loin encore dans cette même direction.

1.4. L'HISTORIQUE DE CHAQUE IFSI

1.4.1. L'historique de l'IFSI de la Fondation du Bon Sauveur d'Alby

L'école d'infirmières du Bon Sauveur ouvre ses portes le 16 octobre 1955.

Mère TICHIT en est la Fondatrice. Cette école est rattachée à l'hôpital du Bon Sauveur dont la mission des religieuses est de dispenser des soins « *aux aliénés, aux femmes prostituées...* » et de créer « *des écoles pour instruire les enfants pauvres et sourds...et former ses agents...* ». Sa dénomination tient au fait que, seules des jeunes filles sont recrutées comme élèves infirmières. L'organisation du programme de formation est de 350 heures d'enseignements théoriques, complétés par des « exercices » sur la compétence professionnelle, le sens de la responsabilité, la rigueur du jugement. L'école est alors installée au Château du Lude avec des salles de cours, un réfectoire et, au 2^e étage, un internat.

Les arrêtés du 28 juillet 1955 et du 4 octobre 1958 relatif au programme de formation professionnelle du personnel soignant, ouvre la possibilité « aux agents soignants » et aux élèves infirmiers reçus aux épreuves de l'examen d'entrée interne à l'établissement, de se former sur deux ans à un diplôme national ayant pour finalité l'amélioration des soins aux malades mentaux. Les élèves apprennent essentiellement les maladies mentales, les traitements et les surveillances, les conduites à tenir s'y rapportant, la sécurité et à organiser la vie du malade à l'hôpital. Le terme de soins infirmiers ne fait pas partie du vocabulaire, sont utilisés les termes « d'exercices pratiques de soins généraux » et « de soins aux « malades mentaux ». Le cadre conceptuel des enseignements s'inspire du modèle médical et l'infirmier apprend à collaborer avec le médecin pour soigner la maladie mentale. Les élèves « salariés » et les agents soignants travaillent dans des services de soins, et en même temps suivent les enseignements. Les promotions sont alors de 16 élèves.

En juillet 1962, des échanges avec l'école d'infirmière de l'hôpital général d'Albi, permettent l'ouverture de stages en services de médecine, chirurgie et maternité.

A la rentrée de septembre 1970, l'internat disparaît et les promotions passent à 45 élèves infirmiers.

L'arrêté du 16 février 1973 officialise le nouveau programme d'études d'infirmiers de secteur psychiatrique, il est de 28 mois. L'école change d'appellation et devient centre de formation professionnelle d'infirmiers de secteur psychiatrique. Les promotions sont alors de 70 élèves.

De 1973 à 1978, une formation d'aides-soignants est mise en place pour 73 élèves. Elle ferme en 1978, lorsqu'une répartition territoriale amène l'ouverture d'une école d'aides-soignantes à Lavaré.

Les arrêtés du 23 mars 1991 modifié, et du 30 mars 1992 présentent les conditions d'admission et de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat

d'infirmier. Les missions de ce nouveau programme 1992 sont la formation initiale, la formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers, la formation continue et d'adaptation à l'emploi, et la documentation et recherche. Une formation préparatoire aux concours est alors créée pour laquelle 15 candidats sont recrutés.

Ainsi, la formation spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique a été dispensée au Bon Sauveur de 1955 à 1994. Une formation à un diplôme unique la remplace. Les promotions d'étudiants sont alors de 30 étudiants et atteindront 56 étudiants à la rentrée 2014.

1.4.2. L'histoire de l'IFSI du Centre Hospitalier d'Albi

Nous sommes en 1943, plus exactement le 22 octobre 1943, lors de la commission administrative du Centre Hospitalier d'Albi.

L'inspection de la santé avise les membres de la commission qu'elle « *désirerait créer à l'hôpital d'Albi une école d'infirmières* ». Elle demande à la commission de « lui assurer aux frais du ministère de la santé publique à la fois le logement des élèves et leur nourriture ainsi que l'usage d'un local pour les cours ». La commission accepte en principe la demande de l'inspection « sous l'expresse réserve que la présence de l'école à l'hôpital ne sera pas pour celui-ci une source de dépenses ».

L'arrêté du 1^{er} décembre 1943 autorise l'école d'infirmières d'Albi à dispenser l'enseignement préparatoire au Diplôme d'Etat d'Infirmières Hospitalières.

La première promotion

L'école ouvre ses portes le 17 janvier 1944 avec un effectif de dix élèves :

- 5 étaient titulaires d'un diplôme,
- 5 autres avaient été admises après examen d'entrée.

La direction est assurée par Mademoiselle GERBAUD, assistée de deux monitrices.

L'école fonctionnera en internat au sein même de l'hôpital.

Les 7 élèves de la première promotion obtinrent toutes leur diplôme d'état en octobre 1945.

Un cahier fut créé pour servir de trait d'union entre les différentes promotions (il fut tenu à jour jusqu'en 1957).

Message de la première promotion à toutes les promotions

Voici ce qu'inscrivit la promotion 1944-1945 :

« Nous, 1^{ère} promotion garderons un souvenir excellent de nos deux années d'études. Dire que ces deux années ont marché sans peine serait faux. Nous avons eu des difficultés de tous ordres tant de débats intestins à l'école que de mésententes avec l'hôpital. L'on comprend aisément que l'arrivée d'un groupe de 7 jeunes-filles dans un hôpital austère n'ait pu se produire sans heurts. Nous avons eu à lutter contre l'incompréhension et la jalousie, mais qu'importe tout cela est oublié, seuls les bons souvenirs demeureront.

Nous espérons avoir créé dans l'école un esprit de camaraderie que celles qui nous remplacent ont aussi adopté et qu'elles s'efforceront de faire durer après elles.

Nous avons bien ri à nos moments de détente !...mais nous avons travaillé aussi. Oui, le métier d'infirmière exige une formation pénible et à ce point de vue nous avons été favorisées.

Nos professeurs nous ont donné une formation théorique poussée ; nous voulons les remercier ici et tout particulièrement Messieurs les docteurs DESVOISINS, JAUR, ARMAINGAUD, COSTEDOAT, VALATX, VILLEPREUX, OLLE, FOURNIALS, M. Le Colonel VILLENEUVE, M. AYMERIE, M. L'Econome, M. Les Internes.

Merci également à Mesdames les infirmières, Madame MOLINIER et Messieurs les Docteurs MACHET et PYRONNET qui nous ont toujours donné les notions pratiques utiles à notre formation.

Nous remercions surtout Mademoiselle GERBEAU, notre Directrice, Mademoiselle LARROQUE notre monitrice pour l'effort continu qu'elles font pour la bonne marche de l'école.

Nous nous excusons de toute la peine que nous leur avons donnée.

Nos études sont finies. Adieu première promotion !...Nous partons mais nous désirons cependant ne pas être oubliées. Pour cela, nous vous proposons de créer l'association des anciennes élèves qui nous permettra de rester en contact avec vous à chaque occasion

Au revoir et bon courage !... »

L'école vit au rythme des différents programmes de formation infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et de variation des quotas d'accueil.

En septembre 1978, l'école d'infirmières s'installe dans les locaux de la rue des Trois Tarn.

Le 18 juin 1994, l'IFSI organise une manifestation pour fêter son cinquantième.

L'IFSI perd la formation d'auxiliaires de puériculture en 1994.

1.5. LES INSTITUTS DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE D'ALBI, L'IFSI D'ALBI

La mise en place du référentiel de formation en 2009, construit à partir d'une logique de compétences articulant formation professionnelle et enseignements universitaires, a suscité une réflexion commune des IFSI d'Albi. Une organisation pédagogique commune a été mise en œuvre dès septembre 2009 pour que les cours magistraux des unités d'enseignement, dites « contributives », soient dispensés en même temps aux étudiants des deux IFSI. Cette nouvelle organisation a nécessité la mise en commun de nos pratiques professionnelles ; elle est source d'enrichissement mutuel, de complémentarité entre les deux établissements et demande un investissement très important pour les équipes pédagogiques, les personnels administratifs, et les documentalistes des deux IFSI.

Cette collaboration se poursuit dans le cadre de la création, le 19 mars 2014, du Groupement de Coopération Sanitaire des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi qui comprend un IFSI (regroupement de l'IFSI du Bon Sauveur d'Alby et de l'IFSI du Centre hospitalier d'Albi) et un IFAS.

2. L'ACCES AUX FORMATIONS INITIALES

2.1. L'ACCES AUX FORMATIONS INFIRMIERES ET AIDES-SOIGNANTES

L'accès aux formations IDE et AS est régi par les textes réglementaires en vigueur.

Ces derniers prévoient différentes modalités d'admission en formation.

ACCES LA FORMATION INFIRMIERE

Public concerné	Type d'épreuve
Candidats de droit commun (Cf. Annexe 1)	<p><u>Epreuves d'admissibilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epreuve écrite qui permet d'évaluer les capacités de compréhension, d'analyse, de synthèse, d'argumentation et d'écriture du candidat. - Epreuve de test d'aptitude qui a pour objet d'évaluer les capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et les aptitudes numériques. <p><u>Epreuve d'admission :</u></p> <p>Entretien avec un jury composé de trois membres et relatif à un thème sanitaire et social, destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel.</p>
Candidats titulaires du D.E.A.S. et/ou du D.E.A.P. justifiant de 3 ans d'exercice professionnel en qualité d'AS ou d'AP et en équivalent temps plein.	<p><u>Epreuve de sélection écrite</u> qui permet d'évaluer les capacités d'écriture, d'analyse, de synthèse et les connaissances numériques.</p>
Candidats ayant validé les U.E. de la P.A.C.E.S. Candidats inscrits à la première année commune aux études de santé sous réserve de validation des U.E. de la P.A.C.E.S.	<p><u>Epreuve d'admission :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec un jury composé de trois membres et relatif à un thème sanitaire et social, destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel.

Public concerné	Type d'épreuve
Candidats titulaires d'un diplôme d'infirmier obtenu en dehors d'un état membre de l'Union Européenne (Cf. Annexe 2)	<p><u>Epreuve d'admissibilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epreuve écrite d'étude d'un cas clinique permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française, les connaissances dans le domaine sanitaire et social, les capacités d'analyse et de synthèse et les connaissances numériques. <p><u>Epreuves d'admission :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Epreuve orale permettant d'apprécier le parcours professionnel du candidat et ses motivations. • Epreuve de mise en situation pratique permettant d'apprécier les capacités techniques et gestuelles des candidats.

Tableau 1 : Conditions d'accès à la formation infirmière

Deux formateurs de l'IFSI participent à la commission régionale CEFIEC chargée de la conception des épreuves d'admission et des épreuves de sélection.

ACCES A LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Public concerné	Type d'épreuve
Candidats de droit commun (Parcours cursus complet)	<p><u>Epreuve d'admissibilité</u> (sont dispensés de cette épreuve les candidats mentionnés à l'article 6 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié) :</p> <p>Epreuve écrite permettant d'évaluer les capacités à dégager les idées principales d'un texte, à commenter les aspects essentiels d'un sujet d'ordre sanitaire et social, mais aussi à tester les connaissances dans le domaine de la biologie humaine ainsi que les aptitudes numériques.</p> <p><u>Epreuve d'admission :</u></p> <p>Entretien avec un jury composé de deux membres et relatif à un thème relevant du domaine sanitaire et social permettant de tester les capacités d'argumentation et d'expression orale, les aptitudes à suivre la formation et d'évaluer la motivation du candidat.</p>

Public concerné	Type d'épreuve
Candidats n'ayant pas validé l'ensemble des huit unités de compétence dans la cadre d'un parcours VAE (Parcours cursus partiel, dit mixte ou complément VAE)	<u>Pas d'épreuve</u> : lettre de motivation et copie de la délibération du jury plénier du DEAS.
Candidats titulaires du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture, d'Ambulancier, d'Auxiliaire de Vie Sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile, d'Aides Médico-Psychologiques et du titre d'Assistant de Vie aux familles ayant au moins 3 ans d'exercice dans la fonction à temps plein (Parcours cursus partiel dit passerelle hors Bac Pro)	<u>Sélection sur dossier</u> (CV/ Lettre de motivation/ Diplôme/ Attestations de travail/ Appréciations des employeurs) <u>Entretien visant à évaluer la motivation du candidat sur la base du dossier</u>
Candidats titulaires du Bac Pro ASSP ou SAPAT (Parcours cursus partiel dit passerelle Bac Pro)	<u>Sélection sur dossier</u> (CV/ Lettre de motivation/ Dossier scolaire complet/ Diplôme/ Attestations de travail) <u>Entretien visant à évaluer la motivation du candidat sur la base du dossier</u>

Tableau 2 : Conditions d'accès à la formation aide-soignante

Pour les deux formations, tous les candidats sont personnellement informés de leurs résultats par courrier. Ces derniers sont aussi affichés dans l'institut de formation et consultables sur Internet.

2.2. LES BESOINS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX

La région Midi-Pyrénées a élaboré et mis en œuvre un Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales, afin de répondre au mieux aux besoins des employeurs et aux attentes des usagers. Dans ce cadre, des diagnostics sanitaires et sociaux territoriaux ont été menés dans chaque département. Pour le Tarn, comme l'ensemble des autres départements de la région, les employeurs rencontrent des difficultés de recrutement des IDE et des AS. Sont concernés avant tout, les établissements hospitaliers, les établissements pour personnes âgées et les structures de maintien à domicile. Les principaux motifs évoqués pour ce département sont le niveau de salaire trop faible, le manque d'attractivité de la zone

géographique, l'insuffisance des filières de formation (en nombre et/ou en effectif) et le manque d'attractivité de l'activité.

Au regard des besoins annuels de recrutement pour l'année 2013 :

- la capacité d'accueil dans les IFAS de Midi-Pyrénées est de 970 places dont 140 places dans le Tarn (Albi, Castres et Lavaur) pour les cursus complets, plus 10 % de cursus partiels.
- le quota dans les IFSI de Midi-Pyrénées est de 1184 places dont 194 dans le Tarn, soit 130 pour Albi et 64 pour Castres.

2.3. LES QUOTAS ET CAPACITES D'ACCUEIL DES INSTITUTS D'ALBI

Pour l'année universitaire 2014-2015, le quota attribué à l'IFSI d'Albi est de 130 places, soit la somme des 74 places octroyées à l'IFSI du CH d'Albi et des 56 places octroyées à l'IFSI du BS d'Alby).

Pour l'année scolaire 2014, la capacité d'accueil attribuée à l'IFAS d'Albi est de 60 places pour les cursus complets, y compris les Bac pro, plus 6 places pour les compléments VAE et pour les cursus partiels.

A l'issue des épreuves, des listes de classement pour chaque type de candidats sont établies en tenant compte des quotas ou des capacités d'accueil. Chaque liste de classement comprend une liste principale et une liste complémentaire.

3. LES TAUX DE REUSSITE ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE

3.1. LE TAUX DE REUSSITE AUX DIPLOMES D'ETAT

Ils sont transmis par la DRJSCS après chaque session de jury.

3.2. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, MEDICO SOCIAUX, EMPLOYEURS POTENTIELS

Le Tarn comprend 1704 établissements du sanitaire et du social (diagnostic territorial du Tarn - Domaine du sanitaire et social 2010), plus précisément 1704 lieux permanents de services, localisés à une adresse et où s'exerce une activité sanitaire et/ou sociale.

Ils sont composés de :

- une majorité d'établissements de santé (1232 soit 72,3 %), et notamment
 - de nombreux établissements de soins de proximité (1 154 soit 67,7 %) dispensés individuellement ou en regroupement par les infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, audioprothésistes, orthoptistes, etc...
 - 54 (soit 3,2 %) assurent des activités hospitalières.
- une forte représentation des structures d'accueil et de garde d'enfants (3,3 %) soit un taux parmi les plus élevés de la région.
- des structures d'aide à domicile (5,9 % des établissements), et pour personnes âgées (14,3 % des établissements) nombreuses, contre respectivement 4 % et 11,5 % pour l'ensemble de la région.

62 % des établissements du sanitaire et social du Tarn sont implantés dans la zone d'emploi d'Albi-Carmaux, 38 % dans celle de Castres-Mazamet.

En 2013, l'enquête de Pôle emploi sur les besoins en main d'œuvre dans le Tarn a mis en évidence :

- 104 projets de recrutement d'infirmiers dont 76,7 % ont révélé des difficultés de recrutement ;
- 300 projets d'embauche d'aides-soignants dont 58,8 % ont été difficiles à pourvoir.

Il faut souligner que dans les enquêtes menées par les pôles emplois, le chiffre concernant les recrutements d'aides-soignants englobe les projets d'embauche d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'auxiliaires de puériculture, d'assistants médicaux...

3.3. L'INSERTION PROFESSIONNELLE

L'enquête, portant sur le suivi professionnel à 3 mois après obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier des étudiants en soins infirmiers sortis en 2013 de l'IFSI du Centre Hospitalier d'Albi, témoigne des possibilités d'insertion professionnelle des nouveaux diplômés dans le Tarn.

Parmi les nouveaux diplômés qui travaillent au moment de l'enquête soit 82%, 7% poursuivent des études de puériculture, 11% recherchent un emploi sur Toulouse, 69 % occupent un poste d'infirmier à temps plein dans le Tarn dont 77% sur Albi.

Ils ont été embauchés essentiellement par des établissements de santé privés ayant une activité hospitalière (9 par le Centre Médico-Chirurgical Claude Bernard, 4 par la Fondation

du Bon Sauveur d'Alby, 1 par la Polyclinique du Sidobre) ou public (8 par le Centre Hospitalier d'Albi dont 3 réintégrations qui étaient en promotion professionnelle, 1 par le CHIC Castres-Mazamet, 1 par le CH de Gaillac et 1 par le CH de Lavaur. Les autres sont employés par des structures d'hébergement de personnes âgées ou d'adultes handicapés (1)).

65 % des nouveaux diplômés travaillant dans le Tarn sont en contrat à durée indéterminée dès leur premier poste d'infirmier (en établissements de santé privés essentiellement), 35 % en contrat à durée déterminée, certains ayant été déjà renouvelés sans interruption d'activité.

Le Tarn semble être attractif pour les diplômés sortant de l'IFSI du Centre Hospitalier d'Albi :

- 80% des diplômés originaires du Tarn restent dans le département pour exercer leur métier ;
- 32% des diplômés originaires d'un autre département occupent un poste d'infirmier dans le Tarn.

4. LES ACTEURS DE LA FORMATION

4.1. LES ACTEURS DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

4.1.1. Les étudiants en soins infirmiers

Il nous a semblé essentiel d'identifier à quelle(s) génération(s) nous nous adressions et de repérer leur(s) particularité(s) pour que l'hétérogénéité ou l'homogénéité du profil des étudiants soit prise en compte. Le rapport au savoir change, chacun peut accéder à un large panel de connaissances, le rôle du formateur n'est plus celui qui transmet des contenus.

En tant que pédagogue, nous nous devons de reconsidérer l'apprenant ; pour ce faire, nous nous devons de connaître, notamment, leurs caractéristiques générationnelles et les valeurs qui les animent. Mais au-delà des générations, repérer aussi, et se donner les moyens d'accéder au cadre de référence de chacun d'entre eux, pour qu'ils puissent s'approprier du savoir qui devient une connaissance enrichie et une compétence individuelle.

Présentation des étudiants de l'IFSI d'Albi

Nous recevons majoritairement des femmes, environ 83% pour 17% d'hommes.

Ils sont majoritairement issus de la région Midi-Pyrénées, à 87%, et 50% sont du Tarn.

Les autres sont issus de régions limitrophes.

87% sont bacheliers, les autres, globalement, sont détenteurs d'un diplôme d'état d'aide-soignant.

Si l'on s'en réfère à l'étude¹⁴ de Jacques LAMBERT, psychosociologue, formateur et consultant, Bernard PREEL, directeur adjoint au bureau d'information et de prévisions économiques, Louis CHAUVEL, professeur des universités à Sciences Politiques Paris et Laurent SIMON, professeur adjoint à l'École des hautes études commerciales de Montréal, ils définissent trois générations...

Chacun emploie des termes différents pour les identifier, mais leurs tranches d'âge, leurs valeurs, leurs caractéristiques et les contextes historiques et sociaux restent sensiblement les mêmes.

Les générations et leurs principales caractéristiques

- La génération verte

Les représentants de la génération verte sont nés entre 1945 et 1965

Nous n'avons pas d'étudiants qui appartiennent à cette génération, ce qui ne sera pas le cas lorsque nous présenterons la population des formateurs...

- La génération bleue

Les représentants de la génération bleue sont nés entre 1965 et 1975

Ils représentent environ 7% des étudiants. C'est une génération prise en étau entre celle qui la précède et celle qui la suit. Son contexte historique engendre « une société du risque », marquée par l'émergence du Sida (1983), la catastrophe de Tchernobyl (1986), la crise de la vache folle (1990), et l'affaire du sang contaminé (1991).

Son contexte social se caractérise par le développement du chômage et de la précarité.

Sa valeur principale est « la survie » ; ses membres savent qu'ils auront à se battre pour rester employables toute leur vie et leurs caractéristiques sont le pragmatisme, l'autonomie et l'adaptabilité. Ils savent également que leur niveau socio-économique est en net recul...

Nous retrouvons ici les étudiants issus de la promotion professionnelle ou en reconversion professionnelle.

¹⁴ MARIAGE-GAUDRON L., Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe. *Soins cadres*, novembre 2009, n° 72, pp. 49-52.

- La génération rose

Les représentants de la génération rose sont nés entre 1975 et 1995

Ils représentent environ 93% des étudiants. Leur contexte historique est marqué par l'explosion de l'outil informatique et le développement accru d'internet (2000). Le contexte social est influencé par l'individualisme, la précarité familiale et les 35 heures. Leurs valeurs se caractérisent par la soif de découverte et de nouveauté, ainsi que le mélange des genres. Leurs caractéristiques sont l'autonomie, le multitâche, la curiosité, l'individualisme, l'absence de limites, l'épicurisme et l'immédiateté. On parle également de grands consommateurs.

Dans cette même génération, nous retrouvons de nombreux **représentants de la génération Y qui sont nés entre 1981 et 1999.**

Repérer les différentes générations et leurs caractéristiques, doit nous permettre de proposer des stratégies, notamment de communication, des approches pédagogiques, qui s'inscrivent dans une réalité multigénérationnelle. Cette connaissance des caractéristiques des deux publics essentiellement accueillis et la connaissance aussi de notre propre façon de fonctionner en tant que génération d'appartenance doit nous permettre d'envisager d'autres possibles.

Nous devons nous inscrire dans un réel changement pédagogique. Junco REYNOL et Jeanna MASTRODICASA¹⁵ expliquent que ces étudiants ne s'engageront pas dans un apprentissage si les méthodes proposées ne correspondent pas à leur style de communication. Ils ont besoin de « feed-back » permanents et positifs pour rester impliqués. Diane SKIBA et Amy BARTON¹⁶ précisent que le modèle de transmission du savoir est désuet avec cette génération qui a plutôt besoin d'un modèle centré sur l'apprenant. C'est pourquoi la mise en place d'un suivi pédagogique individualisé, avec le même formateur sur les trois ans de formation, nous semble un axe fort du projet pédagogique, que nous développerons ultérieurement.

Il nous faut rajouter que cette génération a grandi en s'appuyant énormément sur la relation avec leurs pairs, accordant une grande importance à leur avis, et persuadés qu'ils peuvent autant apprendre les uns des autres que des adultes. Ce sentiment a été renforcé par des

¹⁵ REYNOL J., MASTRODICASA J., *Connecting to the Net.Generation : What Higher Education Professionals Need to Know About Today's Students*. Washington : NASPA, 2007. 180 p.

¹⁶ SKIBA D., BARTON A., *Infusing Informatics into Interprofessional Education : The iTEAM (Interprofessional Technology Enhanced Advanced practice Model) Project*, in *Nursing informatics, where caring and technology meet*. New York : Springer, 2006. 436 p.

bases culturelles communes, en particulier avec les séries télé comme Friends ou Buffy contre les vampires, où le héros ne pourrait survivre sans son groupe d'amis, face aux épreuves - réalistes ou du domaine de l'imaginaire - de la vie.

Cet état de fait posé, les travaux de groupe et les guidances collectives que nous privilégions dans nos méthodes pédagogiques leur permettent notamment d'accepter plus facilement l'erreur. Nous verrons plus tard, de façon plus précise, l'utilisation de ces méthodes pédagogiques.

Un autre challenge, que nous devons relever en tant qu'équipe pédagogique, est d'intéresser les étudiants de la génération rose, voire Y. En effet, cette population s'ennuie très facilement, est impatiente, c'est le défi des *générations NOW...* « D'autant plus, que se profile à l'horizon une génération Z, qui aurait les mêmes caractéristiques que la génération Y, mais de manière exacerbée. »¹⁷

4.1.2. L'équipe pédagogique

L'équipe pédagogique est constituée d'un Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Instituts, d'une Directrice adjointe, d'un Coordonnateur pédagogique et de 20 formateurs.

12 membres de l'équipe sont issus de la génération bleue et 11 de la génération verte (dont le Directeur Coordonnateur Général des instituts, la Directrice Adjointe et le Coordonnateur pédagogique).

Deux générations au sein de cette équipe pédagogique se côtoient et trois dans l'I.F.S.I.

Les formateurs qui appartiennent à la génération verte sont aussi ceux qui ont le plus d'expérience comme cadre formateur. La plupart a plus de 10 ans d'expérience en I.F.S.I. Nous voyons bien que cette expertise est une richesse dans l'équipe, notamment dans l'accompagnement de 7 collègues qui ont moins de 5 ans d'ancienneté (3 ont moins de 1 an d'ancienneté, et pour les 3 autres, cela s'échelonne de 2 à 4 ans). Considérer les formateurs les plus anciens comme experts permet aussi que chacun d'entre eux se sente reconnu. La reconnaissance au travail pour les formateurs de la génération bleue est plus liée à l'inscription dans un processus de formation. Dans l'équipe, une majorité de formateurs, 7 sur 12, a déjà un ou des diplôme(s) universitaire(s) et/ou une formation qualifiante ; pour ceux qui n'en n'ont pas, ils l'expriment comme projet professionnel.

La richesse de cette équipe provient aussi du fait que le regroupement des deux I.F.S.I. génère une mise en commun d'expériences, de pratiques et de cultures diverses et variées.

¹⁷ Ibid, p. 369

Certains sont issus du secteur privé psychiatrique et d'autres du secteur public dit « en soins généraux ».

Pour que le mixage générationnel fonctionne entre formateurs, mais aussi entre formateurs et étudiants, nous nous devons de trouver un socle commun fédérateur et nous l'avons trouvé autour de valeurs professionnelles communes. (Cf. chapitre 5, page 33)

4.1.3. Les professionnels de terrain de stage

Les étudiants en soins infirmiers collaboreront, pendant les stages, avec tous les membres des équipes pluridisciplinaires, mais seront en lien plus direct avec les infirmières tuteurs de stage, les infirmières de proximité et les maîtres de stage, cadre de santé. Selon les sources D.R.E.E.S., répertoire A.D.E.L.I. du 1^{er} janvier 2013, la profession est féminisée à 83.8% et la moyenne d'âge est de 43 ans ; les professionnels appartiennent donc à la génération bleue.

Ces soignants, pour une majorité d'entre eux, ont suivi un programme de formation soit de 1979 soit de 1992, différent de celui de 2009, mais ils bénéficient d'une expertise certaine.

4.1.4. Les intervenants

L'I.F.S.I. collabore avec différentes catégories d'intervenants.

- Les maîtres de conférences et professeurs d'université, notamment de l'Université Paul Sabatier et de l'Université Champollion, voire de l'Université du Mirail et du Capitole en fonction des domaines d'intervention.

- Les chargés de cours, des intervenants qui sont « reconnus » par une commission d'habilitation, pour dispenser des cours de niveau licence. Ce sont principalement des médecins. Les demandes de charge de cours doivent être renouvelées pour chaque année universitaire.

- Les intervenants professionnels relevant du sanitaire et du social.

4.2. LES ACTEURS DE LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE

4.2.1. Les élèves aides-soignants

La promotion 2014 compte 66 élèves dont 61 personnes de sexe féminin et 5 de sexe masculin. 86% sont originaires du Tarn, 9% de l'Aveyron et 5% sont issus d'autres départements limitrophes.

37% des élèves sont titulaires d'un baccalauréat et 13% d'un diplôme post-bac. Seulement onze élèves n'ont aucune expérience dans le secteur sanitaire ou médico-social.

Deux élèves appartiennent à la génération verte (3%), quatorze à la génération bleue (21%) et cinquante à la génération rose (76%), dont quarante-quatre représentent la génération Y.

4.2.2. L'équipe pédagogique

A ce jour, l'équipe pédagogique de l'I.F.A.S. est constitué d'un Directeur des Soins, Coordonnateur Général des instituts, d'un Coordonnateur pédagogique et de quatre formateurs, dont deux sont titulaires du diplôme de cadre de santé et appartiennent à la génération bleue. Les deux autres formateurs infirmiers appartiennent à la génération verte. Leur expertise est liée soit à une longue expérience dans la pédagogie associée à une carrière professionnelle diversifiée, c'est le cas notamment des infirmiers, dont un est titulaire d'un D.U., soit à un parcours professionnel multisectoriel dans les soins, associé à un Master pour les deux cadres.

4.2.3. Les professionnels de terrain de stage

Les élèves aides-soignants construisent leurs compétences sur les terrains de stage au contact des différents membres de l'équipe, essentiellement AS et IDE. Cependant, la collaboration avec les autres professionnels est loin d'être négligeable selon les structures : AMP, AVS... Quelques services ont élaborés un projet d'encadrement avec nomination de référents ou de tuteurs de stage pour améliorer leurs pratiques.

4.2.4. Les intervenants

Bien que la grande majorité des cours, travaux pratiques et dirigés soient animés par les formateurs, quelques intervenants sont sollicités dans le cadre de la formation. Il s'agit avant tout de professionnels de santé en exercice relevant d'un domaine d'expertise spécifique. Des paramédicaux interviennent afin d'approfondir la notion de collaboration en équipe pluri professionnelle.

5. LES VALEURS ET LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS

La philosophie générale

Pour nous, être un professionnel du soin ou de la formation pose des exigences telles que celles que Margot PHANEUF¹⁸ souligne :

Des connaissances bien intégrées, une certaine autonomie d'action, une attitude de respect pour soi et pour les autres, une perception de son identité propre comme professionnelle, un humanisme dans les interventions, un sens des responsabilités et une imputabilité devant la société, un sentiment d'appartenance à un groupe social bien identifié, une adaptation continue au changement, une capacité de son agir et d'évolution.

Ces exigences reposent sur des valeurs professionnelles qui s'inscrivent dans un courant humaniste qui met l'homme au centre de nos réflexions.

Il était important pour toute l'équipe pédagogique d'échanger autour de nos valeurs, car nous éprouvions le besoin de vérifier que des valeurs communes nous animent ; en effet, cette équipe pédagogique élargie émane de deux structures avec leur histoire et culture propres.

De plus, nous souhaitons repérer les valeurs des apprenants et les confronter à celles des formateurs et de leurs futurs pairs.

5.1. NOTRE DEMARCHE : INTENTIONS ET LIMITES

Pour la sociologie, les valeurs sont un instrument de régulation sociale, avec les normes et les rites. Les valeurs sont donc émises par une société qui définit ce qui est bien et ce qui ne l'est pas. Elles ont soit une connotation positive, soit une connotation négative pour la société et les personnes qui la composent.

Elles apparaissent à la personne comme une évidence qu'elle peut difficilement remettre en question. « *La valeur est transcendante et absolue pour celui qui la vit.* »¹⁹

Elle est proche de la croyance. Les valeurs sont la structure profonde de l'être humain et constituent ce que des psychanalystes nomment l'« *Idéal du moi* »²⁰. C'est-à-dire le fondement du sens que la personne donne à sa vie en tant que respect des « *objets aimés* »²¹

¹⁸ PHANEUF M., *L'analyse des pratiques professionnelles : un outil d'évolution*, janvier 2007 ; révision oct. 2012, http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/12/Analyse_des_pratiques_professionnelles.pdf

¹⁹ MENDRAS H., *Éléments de sociologie*, Armand Colin, 1989, p. 130

²⁰ LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, sous la direction de Daniel LAGACHE, Presses Universitaires de France, 1984, p. 184

²¹ Ibid., p. 185

en lien avec ses désirs. Cette construction de « *l'idéal du moi* » est effectuée à partir de plusieurs modèles et devient un modèle de référence pour la personne qui va tenter, tout au long de sa vie, de s'y conformer. La formation intègre des modèles de référence professionnels qui prennent en compte les valeurs personnelles et contribuent à la construction de l'identité professionnelle de l'apprenant.

Aussi, il nous paraissait important de partir de l'existant pour que le projet pédagogique s'appuie sur notre réalité et ne soit pas uniquement un document de « *l'idéal* ».

Une enquête a été effectuée, en juin 2013, sous forme de questionnaires auprès des étudiants en soins infirmiers, des élèves aides-soignants et des cadres formateurs des deux instituts.

Les questionnaires ont été mis à la disposition de tous les étudiants et élèves sachant qu'il était complexe de pouvoir tous les joindre, puisque deux promotions étaient en stage.

Nous avons exploité 47 questionnaires d'étudiants sur 210 distribués (5 de première année, 32 de deuxième année, 10 de troisième année), 54 questionnaires d'élèves aides-soignants (sur 65 distribués) et 10 de formateurs (sur 20).

Les questionnaires interrogeaient les étudiants et élèves sur les valeurs et leurs représentations. En effet, les valeurs sont à la base des représentations qui fondent les comportements.

Nous pouvons constater des limites à notre démarche liées à la faiblesse du corpus analysé et à nos capacités d'apprentis chercheurs. Toutefois les résultats de l'enquête permettent de mettre en évidence des données qualitatives.

5.2. LES VALEURS ET REPRESENTATIONS CITEES PAR LES APPRENANTS

Concernant les valeurs, les apprenants énoncent, par ordre de fréquence sur 101 réponses, les termes de respect (67), écoute (25), honnêteté (22). Sont aussi cités : tolérance et solidarité (13).

Leur représentation sur l'apprenant et sur leur future profession a nécessité un traitement séparé de leurs réponses pour chacune des populations d'apprenants.

Pour les élèves aides-soignants, être apprenant c'est « acquérir des connaissances et des pratiques » (42) et pour 19 d'entre eux c'est aussi « apprendre un métier, être un professionnel compétent ».

Etre aide-soignant c'est, pour 35 d'entre eux, « accompagner les personnes dans les actes de la vie quotidienne ». 31 citent aussi « l'écoute et la disponibilité » et 24 « le travail en équipe pluriprofessionnelle ».

Les étudiants en soins infirmiers, quant à eux, mettent en avant qu'être apprenant c'est : « un apprentissage théorique et pratique » (20), des « acquisitions de nouvelles connaissances » (14) et « apprendre à devenir un bon infirmier » (11).

Pour qualifier leur représentation sur leur future profession, les étudiants en soins infirmiers citent : « prendre soin » (23), « écoute-empathie » (15), « relationnel et technique » (15).

Ces valeurs et représentations s'inscrivent dans une éthique du soin partagée par tous les soignants.

5.3. LES VALEURS DES FORMATEURS

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des étudiants et élèves ont servi de socle pour mener une réflexion en équipe pédagogique sur les valeurs et les représentations des formateurs.

Les valeurs des formateurs sont en adéquation avec celles des apprenants mais, au-delà des valeurs partagées, les formateurs ont souhaité mettre en exergue l'engagement et la responsabilité. Ainsi c'est autour de trois valeurs que nous avons construit notre projet pédagogique : **responsabilité, engagement, probité.**

5.4. LES VALEURS QUI SOUS-TENDENT NOTRE PROJET PEDAGOGIQUE

La Responsabilité

Elle se définit comme la capacité de prendre une décision, de poser des actes en accord avec sa conscience et le respect de l'autre et d'en répondre, tout en respectant les valeurs véhiculées par l'éthique, la loi et la morale. Etre responsable c'est faire le choix de ses actions, mais aussi, rendre des comptes face à ses choix professionnels ou personnels.

Pour l'équipe pédagogique, cette valeur conditionne la co-construction d'une relation pédagogique visant la professionnalisation des apprenants.

L'Engagement

« Il désigne le fait d'être lié par un contrat ou une promesse. Ce qui pousse à agir d'une certaine façon. L'engagement implique des obligations. »

« Acte ou attitude de l'intellectuel, de l'artiste qui, prenant conscience de son appartenance à la société et au monde de son temps, renonce à une position de simple spectateur et met sa pensée ou son art au service d'une cause. »²²

²² REY A., Dictionnaire Le Robert, Eeditis, 2013.

L'engagement dans l'organisation²³, ou en anglais « organizational commitment », selon MEYER et ALLEN²⁴ :

L'engagement se définit par une attitude qui traduit la force des liens unissant l'individu à son travail. L'engagement implique l'attachement affectif (s'identifier à l'organisation), l'attachement instrumental (coût d'opportunité), enfin, l'attachement moral (obligation envers l'organisation) [...] ; elle traduit la nature et la force des liens qui unissent l'individu à son travail.

A ce sujet, AUDEBRAND²⁵ s'est inspiré du philosophe Georges GUSDORF pour attribuer au moins trois caractéristiques à l'action de s'engager : elle est créatrice, libératrice et porteuse de sens.

L'engagement est **une action créatrice** parce qu'une personne capable de s'engager mobilise des ressources pour susciter une réalité à la hauteur de son exigence. Ainsi, l'engagement possède réellement un pouvoir créateur : à travers lui, quelque chose a commencé d'être qui n'existait pas auparavant. Seule la volonté de la personne qui s'engage permettra la persistance de cette création dans le temps.

L'engagement est **une action libératrice** parce qu'une personne qui respecte son engagement se prouve à elle-même et aux autres qu'elle est maître de son existence. En s'engageant, une personne n'abandonne pas sa liberté, mais, au contraire, accède à une nouvelle forme de liberté : celle d'obéir à sa propre décision.

Finalement, l'engagement est **une action porteuse de sens**. En effet, tenir son engagement, c'est faire un effort pour maintenir une certaine idée de sa présence dans le monde. En s'engageant, une personne n'agit plus par simple habitude ou selon ses instincts, mais adopte une norme personnelle, une norme qui lui sert de guide ou de repère.

Ces quelques réflexions conduisent à penser qu'il existe un lien entre l'engagement et le sens qu'une personne trouve dans sa vie.

S'engager pour les apprenants, c'est donc s'impliquer au sein de la formation et dans la pratique quotidienne. C'est aussi la motivation à l'entrée en formation, le plaisir au travail et la curiosité intellectuelle mise en œuvre durant les études.

²³ KOLSI M., JAMOSSI D., « La conciliation entre vie privée et vie professionnelle et son impact sur l'engagement au travail », ISG Tunis- Maîtrise ORH 2007

²⁴ ALLEN N.J. et MEYER J.P. (1990), "The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization", *Journal of Occupational Psychology*, vol.63

²⁵ AUDEBRAND L., *L'engagement au travail des employés du multimédia*, Mémoire pour le master de gestion des ressources humaines, HEC Montréal, 2001

S'engager, pour l'équipe pédagogique, rejoint l'engagement exigé dans l'exercice professionnel qui se traduit par l'implication, le sens de la hiérarchie, la ponctualité, la rigueur, l'honnêteté et la loyauté.

La probité

C'est une qualité morale exercée vis-à-vis d'autrui, une droiture qui porte à respecter le bien d'autrui, à observer les droits et les devoirs de la justice.

Ces trois valeurs sous-tendent le projet pédagogique et nos pratiques professionnelles. Elles s'inscrivent dans les textes professionnels de référence (code de déontologie, chartes, règlement intérieur...).

L'équipe pédagogique se positionne fortement sur la déclinaison de ces valeurs dans l'exercice pédagogique au travers des unités d'enseignement, des stages, dans la relation aux étudiants et dans la vie institutionnelle entre tous.

6. LE PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION

Selon BOURDONCLE (2000) cité par WITTORSKI²⁶ en 2008, la professionnalisation peut être entendue comme « un processus d'acquisition de savoirs, de compétences professionnelles en situation réelle ... et de construction d'une identité... ». Il s'agit « ...de construire la formation de manière à ce qu'elle rende les individus capables d'exercer une activité économique déterminée²⁷ ».

6.1. L'ACQUISITION DE SAVOIRS

Les savoirs à acquérir en formation sont en lien avec les sciences et techniques infirmières, mais aussi avec les sciences humaines, sociales, législatives, biologiques et médicales.

En référence à LE BOTERF²⁸, ces différents savoirs concernent :

- des connaissances générales (concepts, savoirs disciplinaires, théoriques, scientifiques...) dont la principale fonction est de comprendre les situations,
- des connaissances spécifiques à l'environnement professionnel (contexte de travail),

²⁶ WITTORSKI R., *La professionnalisation*, Revue Savoirs, L'Harmattan, n°17, février 2008, p. 9 à 36

²⁷ Ibid., p. 19

²⁸ LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation, 2001, p.48

- des savoir-faire cognitifs « *qui correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à l'analyse et la résolution de problèmes...à la prise de décision...* »²⁹,
- des connaissances procédurales qui décrivent le « savoir comment procéder »,
- des savoir-faire opérationnels dont l'application de démarches, de méthodes et de procédures,
- des connaissances et savoir-faire expérientiels qui proviennent de l'expérience antérieure,
- des savoir-faire relationnels dont l'attitude d'écoute, le travail en équipe.

Ces savoirs, ancrés dans la réalité, sont actualisés en tenant compte de l'évolution des sciences.

Ils sont abordés « *non pas de manière additive et linéaire, mais dans leurs interrelations au regard de situations qui leurs donnent du sens* »³⁰.

Différentes modalités d'apprentissage sont envisagées : cours magistraux, travaux dirigés, recherches personnelles, analyse des pratiques professionnelles, explicitations par le professionnel de ses pratiques... Ces savoirs ne sont pas seulement disciplinaires, mais ils sont aussi reliés aux éléments des compétences professionnelles requises.

6.2. LES COMPETENCES IDENTIFIEES AU REGARD DES REFERENTIELS D'ACTIVITES

Les référentiels d'activités du métier d'infirmier et d'aide-soignant ont respectivement été déclinés en 2005 et 2009. Ils décrivent les différentes activités professionnelles de ces deux métiers complémentaires en prenant en compte les différents lieux et contextes d'exercice.

²⁹ Ibid, p. 48

³⁰ COUDRAY M.A., GAY C., *Le défi des compétences : comprendre et mettre en oeuvre la réforme des études infirmières*, ELSEVIER MASSON, Paris, 2009, p. 43

INFIRMIER	AIDE-SOIGNANT
- Observation et recueil de données cliniques	- Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé
- Soins de confort et de bien être	- Dispenser des soins d'hygiène et de confort
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes	- Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes	
- Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique	- Aider l'infirmier à la réalisation des soins
- Coordination et organisation des activités et des soins	- Transmettre ses informations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
- Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits	- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits - Entretien des matériels de soins
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires	- Accueillir et accompagner des stagiaires en formation
- Veille professionnelle et recherche	

Tableau 3 : Corrélation des activités infirmières et aides-soignantes

A partir de ces activités, différentes compétences ont été déclinées. Selon LE BOTERF, être compétent c'est « *construire une combinatoire particulière de multiples ingrédients qui auront été triés - consciemment ou non - à bon escient* »³¹. Il précise que la compétence devient un « *processus* »³² associant les ressources de la personne à « *une action* »³³ dans un but précis. Ces ressources correspondent aux différents savoirs énoncés *supra*.

Ainsi, « être compétent, c'est être capable d'**agir** et de réussir avec pertinence et compétence dans une situation de travail... C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire de ressources »³⁴.

³¹ LE BOTERF G., Op . Cit., p. 70

³² Ibid., p.70

³³ Ibid., p.70

³⁴ LE BOTERF G., *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Eyrolles, 2010, p. 21

Par ailleurs, PERRENOUD³⁵ explique que, même si la compétence se réalise dans l'action, elle n'est pas créée à ce moment-là :

- s'il n'y a pas de savoir, la compétence ne se met pas en œuvre,
- s'il y a des savoirs, mais non mobilisés à « bon escient », c'est comme si la compétence n'existait pas.

Dans le cadre de la réingénierie des diplômes, des référentiels de compétences ont été déclinés au regard des référentiels d'activités :

INFIRMIER	AIDE-SOIGNANT
C1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	C2 : Apprécier l'état clinique d'une personne C7 : Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
C2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	
C3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	C1 : Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie C4 : Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes C3 : Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne
C4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	
C5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	
C6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	C5 : Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage
C7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	C6 : Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
C8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	
C9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes	C8 : Organiser son travail au sein d'une équipe pluri professionnelle C7 : Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
C10 : Informer et former des professionnels et des personnes en formation	

Tableau 4 : Corrélations des compétences infirmières et aides-soignantes

³⁵ PERRENOUD, Ph., *Dix nouvelles compétences pour enseigner. Invitation au voyage*, Paris, ESF, 1999.

Pour que l'étudiant/élève ait la possibilité de mobiliser de manière intériorisée un ensemble de ressources, il doit être confronté à des situations professionnelles différentes. Selon JONNAERT, « dans une perspective socioconstructiviste, les compétences ne peuvent être construites qu'en situation »³⁶. Le socioconstructivisme se caractérise par une co-construction des connaissances, dans laquelle les interactions sociales constituent une composante essentielle de l'apprentissage. Ces interactions se développent à la fois entre apprenants, entre l'apprenant et le formateur, et entre l'apprenant et le professionnel de terrain. Ceci est possible notamment par l'alternance qui caractérise ces deux formations et qui suscite un conflit sociocognitif à l'origine d'une évolution des représentations et des compétences.

6.3. L'ALTERNANCE INTEGRATIVE

Dans le dispositif de formation mis en œuvre, l'équipe a choisi de positionner la pédagogie de l'alternance intégrative - ainsi MALGLAIVE³⁷ nomme-t-il l'alternance réelle ou son articulation - comme une intention pédagogique centrale. Ce type d'alternance se définit pour BOURGEON comme « une étroite co-pénétration effective des milieux de vie socio-professionnelle et scolaire en une unité de temps formatif »³⁸ pour créer un processus d'étroite collaboration et d'interactions entre le terrain de stage et l'Institut de Formation. Pour RAYNAL et RIEUNIER, il s'agit de situations de formation et de situations de production « organisées au sein d'une programmation précise. Les liaisons sont plus que formelles, elles sont systématisées »³⁹. Les expériences rencontrées en situations de stage sont examinées en situation de formation en Institut et inversement.

Dans ce processus, l'étudiant ou l'élève est au cœur du dispositif, acteur de sa formation. Ce dispositif dynamique est structuré par les interrelations entre les différents partenaires de la formation. Ces aller-retours entre les pratiques et les enseignements théoriques sont la pierre angulaire du processus d'apprentissage et questionnent une nouvelle posture pour les acteurs : la posture réflexive, étroitement liée à la pratique réflexive.

³⁶ JONNAERT Ph., *Compétences et socioconstructivisme : Un cadre théorique*, De Boeck Supérieur, 2009, p.77

³⁷ MALGLAIVE G., *L'alternance intégrative*, Éducation et management, n° 3, mars 1993, p. 44-47

³⁸ BOURGEON G., *Socio-pédagogie de l'alternance*, UNMFREO, Paris, 1979, p.37

³⁹ RAYNAL F., RIEUNIER A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés : Apprentissages, formation, psychologie cognitive*, ESF Editeurs, 5^{ème} édition, 2005, p.267

6.4. LA REFLEXIVITE

Selon WITTORSKI, une des voies de développement des compétences dans une formation par alternance est la « logique de la réflexion et de l'action »⁴⁰, faisant ainsi écho à SCHÖN.

D'après SCHÖN, la pratique réflexive est une analyse en deux étapes :

- « *dans l'action* » : la réflexion pendant l'action permet de réajuster et de s'adapter en cours de situation,

- « *sur l'action* »⁴¹: réflexion plus approfondie sur l'action, elle apporte un enrichissement professionnel : c'est une réflexion a posteriori sur son agir professionnel pour porter un regard sur sa propre action passée dans une dynamique critique et constructive. Cette réflexion, hors du feu de l'action, pendant laquelle l'étudiant ou l'élève analyse l'activité réalisée en situation (ce qui s'est passé, ce qui n'a pas été fait ainsi que ce qui aurait pu être fait), lui permet d'identifier par la verbalisation, les savoirs d'expérience souvent non-dits. Elle le conduit à conscientiser ses pratiques.

Lors des différents temps de la formation en Institut et en stage, l'action, la réflexion sur les savoirs mobilisés dans l'action, la compréhension de l'action et le travail sur les compétences participent au développement de ces dernières, au développement professionnel et à la construction de l'identité de l'étudiant ou de l'élève.

6.5. LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE SOCIOPROFESSIONNELLE

Construite sur la base des représentations, l'identité socioprofessionnelle se présente selon deux types, pour soi et pour autrui⁴² :

- pour soi : elle s'élabore grâce au regard de l'autre et intègre l'altérité. C'est grâce à la confrontation aux autres, en particulier lors des stages, que l'étudiant ou l'élève construit son identité socioprofessionnelle basée sur son identité antérieure pour appartenir au groupe des soignants en général et en particulier au groupe des infirmiers ou des aides-soignants. Elle intègre les valeurs professionnelles et la conception de la profession en les mixant avec ses croyances et ses ressources personnelles pour construire une identité professionnelle personnelle,

- pour autrui : lors de la dynamique de la formation, le formateur, la personne prise en soins et tous les participants à la situation de soins reconnaissent l'étudiant ou l'élève comme

⁴⁰ WITTORSKI R., *Professionnalisation et développement professionnel*, L'Harmattan, 2007, p.6

⁴¹ SCHÖN Donald A., *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Editions Logiques, 1994.

⁴² DUBAR, C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991, 2000.

un infirmier ou un aide-soignant au travers de la communication et des comportements. Pour accompagner l'apprenant dans le processus de professionnalisation, nous voulons ici clarifier notre conception pédagogique au regard des référentiels de formation prescrits.

7. NOTRE CONCEPTION PEDAGOGIQUE ET LES REFERENTIELS DE FORMATION

Aborder notre conception pédagogique nécessite de préciser le rôle et la posture attendus des apprenants et des formateurs, au regard des référentiels de formations et de nos intentions pédagogiques.

7.1. NOS INTENTIONS PEDAGOGIQUES

La citation de Jean ROSTAND, qui suit, traduit les intentions pédagogiques vers lesquelles les formateurs de l'institut souhaitent tendre : « *Former les esprits sans les conformer, les enrichir sans les endoctriner, les armer sans les enrôler, leur communiquer une force, les séduire au vrai pour les amener à leur propre vérité, leur donner le meilleur de soi sans attendre ce salaire qu'est la ressemblance.* »⁴³

Ces quelques mots nous semblent constituer une approche pédagogique favorable pour former de futurs professionnels aptes à participer pleinement à l'évolution du système de santé.

7.2. LE ROLE ET LA POSTURE

7.2.1. Le rôle et la posture de l'apprenant

L'apprenant, au centre du dispositif de formation, est acteur de son cursus d'apprentissage. Il est confronté à ses propres représentations. Son questionnement permanent dans le cursus de formation favorise le processus de professionnalisation et la construction de l'identité socio-professionnelle au regard des divers modèles professionnels rencontrés.

En se projetant en tant que futur professionnel, l'apprenant cultive sa capacité critique et d'étonnement durant la formation et développe une éthique professionnelle à travers les situations vécues.

L'apprenant autonome, responsable et réflexif doit analyser toute situation de santé, prendre des décisions et mener des interventions seul ou en équipe.

⁴³ Discours de réception à l'Académie Française de Jean ROSTAND [en ligne], 12 novembre 1959.

Il doit être capable de s'adapter à un monde en mutation dans les lieux et institutions où il sera pourvoyeur de soins, capable d'inventer, d'innover, de construire du sens dans les actions de soins auprès des personnes en souffrance physique et/ou psychique.

L'apprenant doit développer des ressources cognitives, méthodologiques, gestuelles et relationnelles pour s'adapter à des situations variées et nouvelles.

Progressivement, en référence aux travaux de DUBAR⁴⁴, il doit identifier son futur rôle professionnel par l'immersion dans la culture professionnelle, induite par le dispositif de formation et doit reconsidérer la conception qu'il a de lui et du monde. Il doit confronter le modèle professionnel idéal qu'il s'était construit au modèle pratique qu'il expérimente au cours de la formation, prendre conscience de ses ressources physiques, mentales, de ses goûts et dégoûts au regard des activités qui font le quotidien de sa future profession et les mettre en perspective avec une carrière professionnelle envisageable. Cette introspection doit lui permettre de renoncer volontairement aux stéréotypes professionnels en termes de nature des tâches, de conception du rôle professionnel et d'image de soi, pour intégrer les normes, valeurs et comportements du corps professionnel visé.

7.2.2. Le rôle et la posture du formateur

Au regard des valeurs qui sous-tendent le projet pédagogique de l'institut de formation aux métiers de la santé et de notre conception du formateur, l'équipe définit comme suit son rôle et sa posture.

Le rôle du formateur s'inscrit dans l'approche proposée par PERRENOUD⁴⁵ :

- aider les apprenants à se situer par rapport aux valeurs et aux finalités du métier ;
- aider les apprenants à construire leur identité socio-professionnelle ;
- faire expliciter et analyser les dimensions non réfléchies de l'action et les routines ;
- faire travailler les apprenants sur eux-mêmes comme personne et sur leur relation à autrui ;
- travailler sur les non-dits et les contradictions du métier ;
- partir des pratiques et de l'expérience pour formaliser, comparer, expliquer, théoriser ;
- aider à construire des compétences, à exercer la mobilisation des savoirs avec une distance réflexive ;

⁴⁴ DUBAR, C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*; Armand Colin, 1991.

⁴⁵ PERRENOUD Ph., *Dix nouvelles compétences pour enseigner : Invitation au voyage*, ESF, 1999.

- identifier et combattre les résistances à la formation, à la prise de risque, au changement ;
- travailler sur les dynamiques collectives, la coopération, l'organisation et le rapport au pouvoir et aux institutions ;
- travailler sur le rapport au savoir, à la théorie, à l'action, à la formation.

La posture du formateur est une posture d'accompagnement que nous souhaitons préciser à partir de trois auteurs.

Pour CLENET, « la fonction d'accompagnement vise à relier des connaissances expérientielles, des savoirs théoriques, méthodologiques... des actions professionnelles situées et finalisées, des relations spécifiques, d'où les notions d'écoute, de partage des savoirs et de confiance ne peuvent être totalement absentes »⁴⁶.

De plus, Nadia PEOC'H rapporte que « l'accompagnement consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui durant une période plus ou moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer »⁴⁷.

Enfin, le formateur, pour accompagner l'étudiant dans la construction des compétences professionnelles, va, comme le dit Guy LE BOTERF, réaliser un guidage émotionnel, cognitif, déontologique, éthique, réglementaire...⁴⁸

Aussi, pour nous, il est important de souligner que le cadre formateur présente la spécificité d'avoir été un praticien infirmier qui a construit des compétences en pédagogie et en ingénierie de formation : « *Il s'agit donc de passer d'une attitude de soignant à celle de garant de l'apprentissage de futur soignant.* »⁴⁹

Cette double appartenance nous semble incontournable pour accompagner les apprenants dans la construction d'une identité professionnelle infirmière et des compétences requises pour l'exercice infirmier.

⁴⁶ CLENET J., *L'ingénierie des formations en alternance*, Paris : Dunod, 2ème édition, 2002.

⁴⁷ PEOC'H N., *Le MAPP (Mode d'Accompagnement Pédagogique Personnalisé) : un modèle opératoire de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers*, RSI, n°92, mars 2008, pp.95 à 105

⁴⁸ LE BOTERF G., *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Eyrolles, 2010.

⁴⁹ BARBIER J.M., sous la direction de, *Signification, sens, formation*, Paris : PUF, 2000.

Dans la mise en œuvre du référentiel de formation du 31 juillet 2009 modifié, le formateur est un praticien réflexif qui inscrit sa pratique professionnelle dans le courant socioconstructiviste et dans un dispositif de formation en alternance intégrative.

Le formateur et les professionnels du soin sont coresponsables de la formation des apprenants. Ils reconnaissent que l'on apprend sur les deux lieux de formation et complémentirement d'un endroit à l'autre. Ils valorisent l'expérience de terrain et la reconnaissent comme l'articulation entre les savoirs et les expériences.

Ils considèrent l'étudiant ou l'élève comme un apprenant autonome dans sa formation.

Ils développent une médiation entre l'apprenant et les situations.

Le formateur propose :

- **des situations professionnelles** issues « d'une réalité de terrain » qui permettent de décliner les trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir et transférer et de «...concilier plus facilement théories savantes et culture professionnelle, savoirs d'expérience, savoirs experts et savoirs issus de la recherche... » ;⁵⁰

- **des temps pédagogiques qui favorisent les échanges** entre pairs, entre apprenants et formateurs et/ou professionnels de la santé, qui permettent aux apprenants d'expérimenter les intérêts et les limites de la dynamique de groupe ;

- **des situations d'entraînement** ou d'expérimentation (simulations, jeux de rôle...) pour que les apprenants développent des capacités psycho-gestuelles en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et qu'ils mènent leur propre réflexion sur le prendre soin ;

- **des temps de réflexion sur l'action**, pour que les apprenants adoptent une posture réflexive. Pour PERRENOUD :

« la réflexivité est la capacité d'un praticien de prendre sa propre pratique comme objet de réflexion, voire de théorisation. Se regarder fonctionner et aussi dysfonctionner permet par exemple à un praticien de comprendre pourquoi, régulièrement, il s'échauffe, s'angoisse, perd son sang-froid, durcit son attitude ou se

⁵⁰ PERRENOUD, Ph., *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*, in Cahiers Pédagogiques, Janvier 2001, n°390.

ferme à l'autre alors que la théorie, l'expérience ou les savoirs professionnels suggèrent le contraire. »⁵¹

L'apprenant doit intégrer cette logique de questionnement, cet habitus pour mieux comprendre le sens de ses actions. Ce retour réflexif favorise ... « leur autonomisation et leur responsabilisation... »⁵²

8. LE DISPOSITIF DE FORMATION VISANT LA PROFESSIONNALISATION INFIRMIERE

En référence aux travaux de MALGLAIVE, l'alternance des enseignements en institut et en stage doit devenir « intégrative »⁵³ pour constituer un système de production de compétences professionnelles. Les acteurs de la formation jouent un rôle prépondérant à l'intérieur du dispositif d'alternance. Leur disponibilité, leur volonté de concertation et de collaboration sont primordiaux pour faire vivre une alternance intégrative. Cela implique une pédagogie du « *savoir partagé et du tutorat* ». ⁵⁴

8.1. LES AXES FORTS DE LA FORMATION A L'IFSI

La professionnalisation des étudiants repose sur une construction de compétences et d'une identité socioprofessionnelle.

Le référentiel de formation propose 4 types d'unité d'enseignement :

- des unités d'enseignements dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers (Champ des Sciences humaines, sociales et droit et champ des Sciences biologiques et médicales),
- des unités d'enseignements de savoirs « constitutifs » des compétences infirmières (Champ des Sciences et techniques infirmières),

⁵¹ PERRENOUD, Ph., *Dix nouvelles compétences pour enseigner. Invitation au voyage*, Paris, ESF, 1999.

⁵² SCALLON, G., *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences* (éd. 2). Bruxelles : De Boeck, 2007.

⁵³ MALGLAIVE G., *Enseigner à des adultes : travail et pédagogie*. Paris : PUF, 1993, 285 p.

⁵⁴ GEAY A. et SALLABERRY J. C. (1998) *L'école de l'alternance, Alternances, Développements*, L'Harmattan, Paris, 193 p.

- des unités d'intégration des savoirs,
- des unités de méthodes de travail dont l'anglais.

Cette formation nécessite une double collaboration avec l'université ayant une composante santé et les lieux d'exercice professionnel.

8.1.1. La collaboration avec l'université ayant une composante santé

L'IFSI d'Albi fait partie du groupement de coopération sanitaire de la région Midi-Pyrénées. Ce dernier a passé une convention avec l'Université Paul Sabatier de Toulouse, pour les enseignements relevant des unités contributives.

Dans le cadre de cette organisation régionale, un binôme enseignant-universitaire et formateur permanent en IFSI élabore le projet de formation de chacune des unités contributives. Il assure la coordination régionale et le suivi de ces enseignements.

Concernant l'IFSI d'Albi, cette mission a été assurée pour les unités d'enseignement suivantes :

2.6 « Processus psychopathologiques » de 2009 à 2012 et elle reste effective pour l'unité d'enseignement 2.9 « Processus tumoraux » depuis 2012.

Certains enseignements universitaires sont assurés par visioconférences depuis l'université Paul Sabatier. L'équipe pédagogique privilégie l'enseignement magistral dit en présentiel avec des intervenants habilités par l'Université (médecins, pharmaciens, juristes...) pour dispenser des cours de niveau licence. Les travaux dirigés en lien avec ces unités d'enseignements sont majoritairement conçus et assurés par les formateurs.

Un respect mutuel des compétences de chacun contribue à une co-construction des enseignements de psychologie et de sociologie avec les enseignants chercheurs de la faculté Jean-François Champollion d'Albi.

Dans notre volonté d'inscrire la formation infirmière dans un processus d'universitarisation, l'équipe pédagogique collabore aussi avec les enseignants universitaires chargés de l'enseignement de l'anglais.

Ce partenariat avec l'université Jean-François Champollion a été facilité par une implication des équipes pédagogiques respectives dans l'organisation d'une journée interprofessionnelle dès 2007. La poursuite de cet évènement annuel permet un rapprochement des différents étudiants en formation sanitaire, sociale et universitaire à Albi (Etudiants en licence de psychologie, étudiants éducateurs spécialisés, étudiants assistants sociaux, étudiants en soins infirmiers).

Concernant les évaluations des unités d'enseignements, les enseignants universitaires et les chargés de cours proposent une banque de données de questions aux formateurs qui élaborent ensuite les sujets. La correction est assurée à la fois par les chargés de cours ou les enseignants universitaires et les formateurs.

Un représentant des enseignants universitaires, pour notre institut, le doyen de la faculté de médecine, participe à la commission d'attribution des crédits.

Dans le cadre d'une approche par compétences, les contenus de ces unités contributives sont des ressources indispensables à la mise en œuvre d'une pratique professionnelle pertinente, dans un contexte donné. La conception des projets de formation des unités d'enseignements relie ces différents savoirs aux éléments des compétences professionnelles attendues, précisées par les critères et indicateurs d'évaluation de chacune d'elles.

8.1.2. La collaboration avec les lieux d'exercice professionnel

L'autre axe fort de la professionnalisation des étudiants correspond aux unités d'enseignements de savoirs « constitutifs » des compétences infirmières et aux unités d'intégration des savoirs. Ces unités d'intégration, centrées sur une ou deux compétences, sont le fil conducteur de chaque semestre. Elles visent une construction progressive des compétences par la mobilisation des connaissances du semestre en cours et/ou des précédents, dans l'étude de situations professionnelles. Elles permettent d'initier le futur professionnel à un travail de recherches personnelles, afin de convoquer des ressources probantes autres que les connaissances acquises et de répondre de manière adaptée à la situation professionnelle inédite rencontrée.

Dans une logique d'alternance intégrative, les situations professionnelles étudiées en travaux dirigés à l'IFSI sont issues d'une réalité de terrain.

Ces situations professionnelles sont de deux ordres :

- **des situations didactiques** spécifiques à chaque unité d'enseignement et favorisant l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire contribuant à la construction de la compétence à laquelle l'unité d'enseignement est rattachée. (cf. projet d'enseignement de chaque unité) ;

- **des situations d'intégration ou de réinvestissement des acquis** en lien avec la (ou les) compétence(s) du semestre et proposant une diversité de familles de situations professionnelles (situations de vie, aiguës, chroniques, d'urgence, de fin de vie,

d'encadrement...), de lieux d'exercice, de populations... L'équipe pédagogique prend en compte les problèmes de santé prévalents de la région Midi-Pyrénées pour choisir ces situations (voir tableau en annexe). Selon les semestres, elles sont exploitées au début ou vers la fin des enseignements ;

- **Situations d'intégration initiées en début de semestre**

Lorsque les situations d'intégration sont initiées en début de semestre, elles visent à donner du sens aux futurs apprentissages théoriques et/ou pratiques. Dans ce cas, nous parlerons de « situation du semestre ». Les différentes dimensions didactiques de ces dernières peuvent être exploitées dans les unités d'enseignements contributifs aux savoirs infirmiers ou constitutifs des compétences infirmières.

- **Situations d'intégration exploitées en fin de semestre**

Les situations d'intégration ou de réinvestissement positionnées plutôt en fin de semestre visent à la fois la construction des éléments des compétences dominantes du semestre et la mobilisation des contenus des semestres précédents.

Les situations professionnelles, issues de la réalité des terrains, sont proposées par l'équipe pédagogique ou rapportées de stage par les étudiants. Dans ce dernier cas, elles sont communiquées à l'avance aux formateurs référents de l'unité d'enseignement qui en évaluent la pertinence pédagogique pour leur exploitation à venir. Les professionnels infirmiers participent au choix des situations retenues. Lors des travaux dirigés, l'étudiant qui a vécu la situation devient une ressource pour le groupe.

Dans le cadre de certaines unités d'enseignement, une collaboration entre formateurs et structures de soins permet l'organisation de temps d'apprentissages expérientiels sur des lieux d'exercice, hors temps de stage.

En voici trois exemples :

- **En semestre 2**

Dans le cadre de la construction de la compétence 1 « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » et de l'unité d'enseignement 2.3 S2 « Santé, Maladie, Handicap, Accidents de la vie », les étudiants se rendent une demi-journée dans des structures médico-sociales accueillant des personnes atteintes de déficiences mentales ou intellectuelles. Ils rencontrent des professionnels (infirmière, ergothérapeute,

kinésithérapeute, orthophoniste, éducateur sportif, éducateur spécialisé, moniteur d'atelier...) et les personnes accueillies, pour un échange sur les situations de handicap, les représentations sociales, les notions de réhabilitation, de réinsertion sociale. Ce qui permet l'élaboration d'un questionnaire professionnel. A l'issue de cette rencontre et des enseignements de cette unité, les étudiants rédigent en groupe un travail d'analyse de situations d'handicap en s'appuyant sur des recherches documentaires fiables. Ils présentent ensuite cette analyse à l'oral.

Plusieurs intentions pédagogiques sont visées dans ce projet, à savoir que les étudiants :

- questionnent leur représentation sociale du handicap afin de s'inscrire dans un parcours de professionnalisation infirmière (travail préalable de recueil des représentations sociales),
- réalisent des liens entre les concepts et les notions abordés lors des cours magistraux,
- développent une approche systémique de l'étude de la maladie et de la prise en charge interdisciplinaire,
- identifient la place et le rôle de l'infirmière, des différents professionnels, la coopération entre soignants, et les réseaux de soins, les différents types de structures (Cours MDPH en amont),
- explorent les notions de réhabilitation, réinsertion et rééducation en lien avec le projet de vie et de l'équipe médico-psycho-sociale par un questionnaire sur les actions permettant d'accéder à une insertion professionnelle et sociale immédiate ou ultérieure,
- repèrent les outils d'évaluation du handicap et/ou de la dépendance en lien avec l'évolution ou les modifications du projet de vie de la personne (vieillesse de la personne, perte d'un proche...),
- identifient les concepts de qualité de vie, de bien-être en situation de travail c'est-à-dire discerner l'importance de la valorisation, du renforcement positif, d'un projet de vie personnalisé.

- En semestre 3

Dans le cadre du développement de la compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » et l'unité d'enseignement contributive : 1.2 S3 « Santé publique et

économie de la santé », les étudiants réalisent, en groupes restreints, une étude de population avec identification des besoins en santé.

Dans le cadre de la réflexion régionale, avec les coordonnateurs régionaux de cette unité d'enseignement, nous avons proposé d'établir une collaboration avec l'infirmière conseillère technique départementale de l'éducation nationale et les proviseurs des structures concernées afin de déterminer des lieux d'enquête.

Les formateurs référents de l'unité d'enseignement 1.2 S3 « Santé publique et économie de la santé », ont construit en partenariat avec les infirmières scolaires un projet d'étude de population à partir de classes ciblées et de thèmes de santé publique prévalents : alcool, tabac, équilibre alimentaire, sexualité, sommeil, dangers d'internet, calendrier vaccinal

Les étudiants vont mobiliser des prérequis de santé publique abordés au semestre 2 pour contextualiser leur étude, à savoir :

- l'organisation de la politique de santé et l'offre de soins,
- l'appropriation des concepts en Santé publique.

Les contenus des apports théoriques du semestre 3, notamment :

- l'organisation de la prévention (vaccinations, santé scolaire,...),
- la démarche et les outils en Santé publique (besoins, demandes, facteurs, moyens, ressources, ...),
 - les outils en démographie, épidémiologie (population, enquêtes, indicateurs, statistiques ...),
 - l'évaluation des politiques et des actions en santé publique, en lien avec le Programme Régional de Santé, vont permettre aux étudiants d'élaborer et de réaliser l'étude descriptive de la population.

La méthodologie retenue se décline en plusieurs temps pédagogiques :

- exploration du thème en lien avec les données épidémiologiques nationales et régionales (INPESS, ORSMIP, ARS, ...),
- rencontre des professionnels des terrains pour identifier le contexte et définir la problématique,
- construction d'un outil d'enquête (questionnaire),
- élaboration d'un pré test (réajustements de l'outil d'enquête avec validation des formateurs et des professionnels de terrain),

- réalisation de l'enquête par le groupe restreint d'étudiants (5 à 6), en présentiel,
- saisie et analyse des résultats,
- production écrite d'un document répondant aux normes bibliographiques et présentation orale en présence des professionnels.

Cette unité d'enseignement vise à donner à l'étudiant les moyens d'identifier et d'analyser les besoins d'une population source (par exemple : une classe de 6^{ème} de 30 élèves) et des problèmes de santé d'un groupe de personnes.

L'intégration des outils en statistiques, épidémiologie et démographie doit permettre à l'étudiant de les réutiliser tout au long de sa formation et, ainsi, d'être actif et réactif à la lecture des données dans le champ de la santé (élaboration de questionnaires, réalisation et utilisation d'un masque de saisie et analyse des résultats).

Cette unité d'enseignement développe la prise de conscience chez l'étudiant des liens entre les aspects sociaux, politiques et soignants de la profession infirmière. Elle lui donne l'occasion de contribuer à une étude de santé publique avec accompagnement et supervision pédagogiques.

Cet apprentissage s'inscrit pleinement dans une démarche intégrative qui permet une combinaison de plusieurs éléments des deux compétences dominantes du semestre :

- la compétence 2 : élaborer un projet de soins dans un contexte de pluri-professionnalité (élément 1), hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte, des situations ... (élément 2),
- la compétence 6 : définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propice à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne (élément 1).

Plusieurs intentions pédagogiques sont visées dans ce projet :

- la mobilisation des acquis de l'UE 3.2 S3 Projet de soins, notamment l'élaboration des conditions de mise en œuvre et de suivi du projet dans le cadre de la pluriprofessionnalité,
- l'exploration du thème, le choix et l'utilisation des méthodes quantitatives dans le domaine de la recherche (construction de l'outil d'enquête et sa réalisation) et l'analyse et la présentation des résultats sont au service de l'UE 3.4 S4 et de l'UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche.

L'unité d'enseignement de Santé publique du semestre 3 a permis à l'étudiant de travailler essentiellement l'élément 1 de la compétence 5 : « repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de Santé publique. »

- En semestre 4

Les éléments de la compétence 5 abordés seront essentiellement :

- l'élément 4 : « concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées »,
- l'élément 5 : « conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives. »

Dans le cadre de la construction de la compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs », une continuité de l'étude, présentée ci-dessus, est organisée par les mêmes groupes restreints d'étudiants, en lien avec l'UE 4.6 S4 Soins éducatifs et préventifs.

Les étudiants construisent et réalisent une action éducative collective auprès du même groupe de population. Ils utilisent les méthodes pédagogiques enseignées et/ou expérimentées de leur place d'apprenants, pour réaliser des ateliers interactifs et participatifs avec les jeunes collégiens enquêtés.

Ils s'inscrivent pleinement, grâce à cette action éducative, dans le courant du socio-constructivisme.

- En semestre 6

Dans le cadre de la construction de la compétence 7 « Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle », de la compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques » et des pratiques exigibles prioritaires, les étudiants en soins infirmiers réalisent, depuis deux ans, un audit interne centré sur la prise en charge de l'urgence vitale dans deux établissements de santé. Ils recherchent les données professionnelles probantes, élaborent des outils d'audit, auditionnent les services de soins, saisissent les données recueillies et les analysent pour proposer des axes d'amélioration. La mise en œuvre de cette séquence pédagogique nécessite une étroite collaboration avec les référents qualité et les cadres de santé des établissements. Au terme de l'audit, les données recueillies par les étudiants sont transmises aux référents qualité qui en font leur propre analyse dans le cadre de la démarche qualité de leur lieu d'exercice.

Plusieurs intentions pédagogiques sont visées dans ce projet :

- sensibiliser les futurs infirmiers à la participation à un audit interne,
- appliquer la démarche scientifique dans une visée praxéologique et qualitative :
 - modèle théorique retenu (recommandations professionnelles),
 - choix et construction des outils d'audit,
 - recueil et traitement des données,
 - identification d'axes d'amélioration de la pratique,
 - posture de l'auditeur/chercheur,
- renforcer l'actualisation des connaissances des soins d'urgence (AFGSU) au cours de l'UE 4.8 S6 « Qualité des soins, évaluation des pratiques » (conformité du chariot d'urgence et de sa gestion),
- illustrer la complémentarité des compétences 7 et 8.

8.1.3. Les travaux pratiques, simulation : une stratégie pédagogique

L'apprentissage des actes, activités et techniques de soins infirmiers est fondamentale dans la construction des compétences professionnelles. Cet apprentissage repose sur des temps de stage qu'il nous semble important d'associer à des temps de travaux pratiques, simulation.

Les séances travaux pratiques, simulations permettent à l'étudiant/élève de :

- développer une dextérité minimale favorisant une assurance gestuelle et organisationnelle, en s'entraînant sur un mannequin et non sur une personne pour les actes et situations professionnelles infirmières probantes,
- pratiquer des actes infirmiers peu fréquemment rencontrés en stage mais dont le risque élevé d'effets indésirables nécessite une application rigoureuse des recommandations professionnelles,
- manipuler du matériel de soins.

Cet environnement sécuritaire accorde le droit à l'erreur, il permet à l'étudiant/élève de :

- gagner de la confiance,
- construire des compétences par l'action à travers les expériences qu'il vit mais aussi les interactions qu'il peut avoir avec son environnement,
- développer son jugement clinique.

Ces travaux pratiques, simulations, sont organisés après une séquence d'explicitation des recommandations professionnelles à partir des savoirs en sciences humaines, sociales, biologiques, médicales et en droit.

Les étudiants/élèves ont pour consigne de fournir un travail personnel afin de s'appropriier les contenus des séquences d'explicitation en vue de préparer les situations de simulation à venir. L'essor des nouvelles technologies nous permet aujourd'hui de pouvoir proposer aux étudiants/élèves des séances pédagogiques permettant de se rapprocher de la réalité clinique. En fonction de l'objectif pédagogique visé, les formateurs proposent des activités de simulation de basse et moyenne et haute-fidélité. Le matériel de soins à disposition et les scénarii associés déterminent le niveau de fidélité.

- **Basse fidélité** : modèle statique : mannequins, portions du corps... réservée pour les actes techniques demandant un entraînement afin d'améliorer son habileté gestuelle technique (pose de cathéter...).

- **Moyenne fidélité** : mannequins corps entier intégrés de composants mécaniques et électriques permettant d'écouter les bruits du cœur par exemple.

- **Haute-fidélité** : jeux de rôle et/ou mannequins de haute technologie. Permet une contextualisation de l'environnement qui permet de reproduire des situations cliniques complexes et les plus fidèles à la réalité.

Les simulations de moyenne et haute-fidélité tiennent compte des 3 composantes incontournables recommandées par l'HAS :

- le briefing : contextualisation, objectifs d'apprentissages...
- l'exécution
- le débriefing qui permet de renforcer les aspects positifs de cette expérience et de stimuler la pensée réflexive.

Une réflexion avant, pendant et après, sur les actions effectuées par l'étudiant augmente ainsi sa performance future tout en facilitant l'intégration des principes théoriques dans la pratique clinique.

Nous nous efforçons de constituer des groupes restreints (4 à 15 étudiants selon l'objet d'apprentissage) afin que chaque étudiant puisse pratiquer le soin abordé durant la séance. Ces apprentissages se déroulent dans des salles organisées pour reproduire au plus près un environnement de soin (plan de travail et lit d'hospitalisation,...). De plus, les étudiants et le formateur revêtent tous une tenue de soins.

Les objectifs de l'équipe pédagogique sont de :

- faciliter l'individualisation des apprentissages,
- répondre au plus près des besoins de chaque étudiant,
- favoriser l'interactivité entre pairs et avec le formateur,
- susciter une posture réflexive de l'étudiant pendant et après la simulation.

Ces apprentissages expérientiels sont l'objet d'une évaluation des unités d'enseignement concernées à partir d'une réalité de terrain.

8.2. LA FORMATION CLINIQUE

L'apprentissage de la réflexion, de l'analyse critique des pratiques professionnelles, de l'exercice du jugement clinique, va dans le sens de la prise de recul et de hauteur afin de mieux discerner la justesse des actions et des pratiques. Les notions de « praticien réflexif » et « d'implication » ou « d'engagement dans les soins » sont en parfaite adéquation avec la volonté de former des infirmiers qui agissent de manière autonome dans leur champ d'action, et soient capables d'argumenter leur pratique et de la faire évoluer en la confrontant aux données de la recherche.⁵⁵

8.2.1. Le parcours de stage

Nous devons inscrire les stages dans une ingénierie pédagogique qui favorise la formation de futurs professionnels autonomes, responsables et réflexifs.

L'ingénierie pédagogique s'articule autour de trois axes principaux qui sont :

- la construction des semestres autour des unités d'intégration et des situations emblématiques permettant de travailler notamment la ou les compétences dominantes du semestre ;
- le suivi pédagogique qui permet un accompagnement personnalisé de l'étudiant ;
- les stages qui sont des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des problèmes.

⁵⁵ COUDRAY M.A., GAY C., « le défi des compétences, Masson, 2009, p.10

La question fondamentale qui se pose alors est :

Quelle alternance et quel parcours de stage favorisent la réflexivité, le développement des compétences et la professionnalisation des étudiants ?

Le parcours de stage de chaque étudiant est individualisé et personnalisé tout en s'inscrivant dans les exigences règlementaires, c'est-à-dire :

1^{re} année: 15 semaines

5 semaines de stage /semestre 1 et 10 semaines de stage /semestre 2.

2^e année: 20 semaines

10 semaines de stage /semestre 3 et 10 semaines de stage /semestre 4.

3^e année: 25 semaines

10 semaines de stage /semestre 5 et 15 semaines de stage /semestre 6.

Soit un total de 60 semaines de stages obligatoires sur la base de 35 heures par semaine.

Quatre types de stage au minimum sont prévus dans le parcours des étudiants :

- soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés ;

- soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes, hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie ;

- soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement ;

- soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école...).

Déclinaison de la mise en œuvre de la politique de stage

Pour répondre à l'objectif de professionnalisation des étudiants, les stages ont tous une durée de 10 semaines, sauf le stage du semestre 1 comme nous le demande la réglementation.

Nous disposons de capacités d'accueil par unité de soins ou par structure. Elles sont réajustées chaque année, soit à la demande des responsables de l'encadrement, soit à la demande du coordonnateur pédagogique. Une réunion annuelle de concertation est organisée avec les Directeurs des soins des cinq plus importantes structures avec lesquelles nous collaborons, c'est-à-dire : le centre hospitalier d'Albi, le centre hospitalier Pierre Jamet, la clinique Toulouse Lautrec, le centre médico-chirurgical Claude Bernard et le centre hospitalier de Gaillac. La mise en stage est ainsi facilitée puisque nous connaissons le nombre de places disponibles par typologie.

Lors de cette réunion, nous réalisons un bilan général sur les stagiaires et les professionnels qui encadrent. Le vécu de stage, le comportement, les difficultés éventuelles d'apprentissage, les relations avec les tuteurs...

C'est aussi, lors de rencontres avec les maîtres de stage et tuteurs que nous avons créé des parcours de stage qui sont pérennisés, comme la néphrologie qui est « couplée » avec l'hémodialyse, comme les services de chirurgie, où les étudiants vont aussi au bloc opératoire assister aux interventions chirurgicales, ou encore, comme le service de soins ADMR du Gaillacois, avec lequel nous avons convenu que les étudiants pour un stage de 10 semaines, réaliseraient un mois au SSIAD, trois semaines avec un infirmier libéral, et trois semaines à l'accueil de jour de personnes qui présentent une maladie d'Alzheimer.

Pour nous, un parcours de stage est formateur pour l'étudiant quand celui-ci peut y trouver du sens. L'étudiant suit donc le parcours du patient, comme par exemple en psychiatrie, lorsque l'étudiant est en stage en CMP ; si un des patients dont il a la charge est hospitalisé en intra-hospitalier, il peut continuer son stage dans ce même service. Il peut ainsi appréhender le parcours de soins des patients.

Le parcours de stage en première et deuxième année permet aux étudiants de réaliser des stages sur les quatre typologies. L'étudiant est ainsi confronté à des familles de situations qui génèrent des spécificités dans la prise en soin. Il va développer des capacités d'analyse des situations de soin rencontrées, pourra prendre des décisions dans son champ de compétence et mènera des interventions seul ou en équipe pluridisciplinaire. L'objectif étant, qu'au terme de ses trois années de formation, il soit un professionnel qui réponde aux besoins en santé de la population.

Première année

Le stage de semestre 1 est positionné 11 semaines après la rentrée universitaire.

C'est un stage de 5 semaines réalisé avant les vacances de Noël.

Il nous semble important, qu'avant de partir en stage, ces étudiants aient acquis des connaissances nécessaires à la compréhension des situations qu'ils vont rencontrer en stage et qu'ils puissent, en situation, agir en ayant déjà réfléchi et pratiqué a minima en salle de TP des actes et activités en lien notamment avec la compétence 3.

En effet, parce que :

- d'une part, comme le souligne Nicole JEANGIOT, « dans l'alternance, l'individu est confronté à deux logiques : d'une part, acquérir des connaissances et des compétences, d'autre part, produire et être efficace. »⁵⁶ Difficile donc d'apprendre un soin lorsque les professionnels attendent que vous « produisiez des soins »,

- et d'autre part, parce que les conditions de travail sont difficiles pour les professionnels de santé.

Les bilans réalisés signifient que les équipes qui encadrent et les étudiants eux-mêmes apprécient cet état de fait.

35% effectuent un stage sur la typologie soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie, essentiellement en maison de retraite ou SSIAD.

25% effectuent un stage sur la typologie soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, essentiellement en unités de soins de longue durée et de centres de réadaptation pour personnes âgées, rééducation et de SSR.

20% effectuent un stage sur la typologie soins en santé mentale et en psychiatrie, le plus souvent en santé mentale, comme dans des MAS, IME, services de réhabilitation psychosociale, psycho-gériatrie

20% effectuent un stage sur la typologie soins de courte durée, dans des unités de médecine ou de chirurgie.

Ils peuvent ainsi, notamment, travailler sur des situations de soins qui demandent à mobiliser les savoirs (infectiologie, hygiène et soins de confort et de bien-être) en lien avec la

⁵⁶ JEANGIOT N., « Approche de l'alternance en formation : étude comparée de la formation des enseignants à l'IUFM et de la formation en soins infirmiers », RSI 1999, n°57.

compétence 3 et à réaliser des actes et activités qui répondent à un accompagnement de qualité de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.

Il est à noter que nous avons fait le choix que les aides-soignants, qui entrent en formation en soins infirmiers, réalisent le stage du semestre 1. Comme, de fait, ils ont validé les éléments de la compétence 3 et les unités qui s'y rattachent, l'objectif pour eux de cette mise en stage est qu'ils passent d'une posture d'aide-soignant à une posture d'étudiant en soins infirmiers.

Ils bénéficient d'une mise en stage qui leur permet souvent de découvrir un secteur d'activités inconnu pour eux. Ils ont acquis une maturité personnelle et professionnelle qui permet de les affecter, dès le premier stage, dans des unités qui présentent aussi des situations d'accompagnement, mais plus complexes, comme l'UCSA, l'addictologie...

Le stage de semestre 2

Il est positionné sur les 10 dernières semaines du semestre et « chevauche » totalement avec le stage de 10 semaines de projet professionnel des étudiants de 3^e année. Ainsi, les étudiants de 2^e année peuvent bénéficier de l'encadrement de ces futurs professionnels.

35% effectuent un stage sur la typologie soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie, essentiellement en EHPAD bénéficiant d'un PASA, d'un secteur protégé accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer...

25% effectuent un stage sur la typologie soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, essentiellement en unités de soins de longue durée et de centres de réadaptation pour personnes âgées et de rééducation.

20% effectuent un stage sur la typologie soins en santé mentale et en psychiatrie, le plus souvent en santé mentale, comme dans des MAS, IME, services de réhabilitation, psychogériatrie, hôpitaux de jour, unités ouvertes de psychiatrie en intra-hospitalier.

20% effectuent un stage sur la typologie soins de courte durée, dans des unités de médecine ou de chirurgie.

Ils continuent ainsi à travailler des situations de soins prévalentes. La compétence 3 est travaillée (bien que souvent acquise* en stage) mais avec, bien évidemment, des savoirs et savoirs faire nouveaux, déjà acquis, ou qui le seront en stage, pour notamment évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.

Avec les professionnels de terrain, nous partons du postulat que l'étudiant (même s'il a acquis une compétence) doit, dans toute situation, mobiliser « son jugement analytique, c'est-à-dire que l'équipe doit l'amener à corriger ses points faibles

tout en soulignant ses points forts. En effet, on ne peut porter de jugement sur la compétence qu'après avoir placé l'individu dans plusieurs situations et constaté un certain progrès d'une situation à l'autre⁵⁷.

C'est un travail de partenariat avec le formateur référent de stage qui, lui aussi, s'engage dans cette voie lors des séances d'enseignements cliniques.

La compétence dominante du semestre est la compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.

Les actes et activités se diversifient. Les lieux de stage proposés en semestre 2 permettent de réaliser les actes effectués en travaux pratiques tels que les pansements, les injections, les perfusions, la mesure des paramètres vitaux, l'oxygénothérapie. Ils permettent aussi d'expérimenter l'entretien d'accueil et d'observation abordé en semestre 2. La liste n'est pas exhaustive, bien sûr, puisque l'étudiant pourra avoir aussi l'opportunité de pratiquer d'autres actes et activités proposés par le lieu de stage.

Deuxième année

Le stage du semestre 3

Il a une durée de 10 semaines et est positionné un mois après la rentrée universitaire.

15% effectuent un stage sur la typologie soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie, majoritairement dans des cabinets libéraux et des maisons de retraite.

20% effectuent un stage sur la typologie soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, essentiellement en unités de soins de longue durée et de centres de réadaptation pour personnes âgées et de rééducation.

20% effectuent un stage sur la typologie soins en santé mentale et en psychiatrie, majoritairement en psychiatrie.

40% effectuent un stage sur la typologie soins de courte durée, quelle que soit la spécificité.

Ce semestre est construit autour de deux compétences : communication et conduite de projet. C'est une poursuite du travail débuté en semestre 2. Des unités d'enseignement en lien direct avec ces compétences ayant déjà été traitées.

⁵⁷ SCALLON G., *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences, pédagogie en développement*, De Boeck, 2009

L'étudiant poursuit le travail de réflexion sur sa posture professionnelle, développe ses capacités à entrer en relation, réaliser des entretiens d'aide, voire des entretiens thérapeutiques, notamment en psychiatrie.

Tous les stages proposés en semestre 3 donnent l'opportunité, à chaque étudiant, de travailler les éléments de la compétence 2 et 6.

Un chevauchement des trois dernières semaines de stage du semestre 3, avec les trois premières semaines de stage du semestre 1, peut leur permettre d'encadrer les étudiants de 1^{ère} année.

Le stage du semestre 4

Il a une durée de 10 semaines et est positionné sur les 10 premières semaines du semestre.

30% effectuent un stage sur la typologie soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie, majoritairement dans des cabinets libéraux.

20% effectuent un stage sur la typologie soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, essentiellement en unités de soins de longue durée et de centres de réadaptation pour personnes âgées et de rééducation.

20% effectuent un stage sur la typologie soins en santé mentale et en psychiatrie, majoritairement en psychiatrie.

30% effectuent un stage sur la typologie soins de courte durée, quelle que soit la spécificité.

Les compétences dominantes du semestre sont la compétence 5 : initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs et la compétence 10 : informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ce stage est assez déterminant dans la formation des étudiants car il se situe environ à mi-parcours de la formation clinique. Il permet parfois de réajuster le parcours de l'étudiant, au vu notamment de ses non-acquisitions d'éléments de compétence et/ou d'actes et activités sur les trois premiers stages.

Il permet de finaliser les 4 typologies de stage, et de laisser un choix plus vaste de stages aux étudiants de 3^e année, sans devoir « s'enfermer » dans une typologie.

A contrario, de par la connaissance des unités de soins et des structures d'accueil, parfois le choix est fait que l'étudiant aille sur un stage de même typologie que précédemment, au vu des apprentissages qu'il lui reste à réaliser et du potentiel de places de stage offertes.

Troisième année

Les stages du semestre 5 et du semestre 6

Le stage du semestre 5 a une durée de 10 semaines et est positionné une semaine après la rentrée universitaire. Ce choix a été fait dans une vision d'alternance intégrative.

L'unité d'intégration est basée sur la compétence 4 : mise en œuvre des thérapeutiques et sur la compétence 9 : coordination des soins, qui seront travaillées au retour du stage grâce aux situations rapportées par les étudiants du lieu de stage.

Les stages du semestre 6 ont respectivement une durée de 5 et 10 semaines et se situent en fin de formation.

La mise en stage des étudiants de 3^e année sur leurs trois derniers stages répond à leur besoin d'apprentissage et à leur projet professionnel.

Nous avons fait le choix que cette mise en stage soit notamment déterminée à partir des souhaits des étudiants de 3^e année. Après le stage du semestre 3, nous demandons aux étudiants de 2^e année, futurs étudiants de 3^e année, au vu de leur projet professionnel et de leur avancée dans l'acquisition des éléments de compétences et des actes et activités, de nous communiquer par écrit 3 vœux de stage argumentés. Nous nous engageons à en honorer au moins un sur les trois.

Pour le stage de projet professionnel, que nous avons déterminé comme étant le dernier de la formation, en première intention, une affectation leur est proposée sur le panel de stages que nous possédons. S'ils obtiennent une place en dehors de notre secteur, ils sont réaffectés sur le stage qu'ils ont eux-mêmes négocié, après avoir obtenu l'accord de l'équipe pédagogique.

Leur demande de mise en stage est souvent discutée et/ou voire orientée avec le formateur responsable de suivi pédagogique et/ou le coordonnateur pédagogique.

A 95%, les stages demandés par les futurs étudiants de 3^e année sont des stages de soins de courte durée ou de psychiatrie, notamment sur des secteurs fermés.

Ce stage leur donne l'opportunité d'encadrer des étudiants en soins infirmiers de 1^{ère} année, puisque leurs périodes de stage sont totalement communes.

Sous forme de synopsis:

-Typologie du stage -Pourcentage d'étudiants	Lieux de stage	Éléments de la compétence 3 mobilisés et actes et activités	Actes, activités et techniques de soins proposés dans le portfolio pouvant être réalisés
Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie 35%	-Maisons de retraite - SSIAD	1-2-3-4-5-6	Soins d'hygiène et de confort
Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation 25%	-Unités de soins de longue durée -Centre de réadaptation pour personnes âgées -Centre de de rééducation -Unités de soins de suites et de réadaptation	1-2-3-4-5-6	Soins d'hygiène et de confort
Soins en santé mentale et en psychiatrie 20%	-MAS -IME -Unités de réhabilitation en psychiatrie -Psychogériatrie	1-2-3-4-5-6	Soins d'hygiène et de confort
Soins de courte durée 20%	-Médecine -Chirurgie	1-2-3-4-5-6	Soins d'hygiène et de confort

Tableau 5 : Synopsis des éléments de compétences et des actes et activités pouvant être acquis en stage du semestre 1 - compétence 3

8.2.2. Un partenariat renforcé : tuteur, formateur référent de stage

Le référentiel de formation⁵⁸ est construit par alternance entre des temps de formation théorique (2100 heures) réalisés à l'institut de formation et des temps de formation clinique (2100 heures) sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

Une charte d'encadrement a été réalisée en collaboration avec chaque établissement d'accueil. Elle formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants, et précise ceux des étudiants.

⁵⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, *Annexe III : Référentiel de formation.*

Les livrets d'accueil, spécifiques à chaque lieu de stage, sont à disposition des étudiants. Ils leur permettent d'identifier, notamment, les populations accueillies, les ressources humaines et matérielles et les situations d'apprentissage proposées dans chaque lieu de stage.

Une convention de stage tripartite, formalisée, réactualisée tous les trois ans, est présentée aux étudiants en soins infirmiers. Elle contractualise les responsabilités, les droits et devoirs de chacun, puis, est retournée à l'Institut de Formation, signée par les trois parties, avant le début du stage.

Les responsables de l'encadrement

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et de professionnels de proximité au quotidien.

- *Le maître de stage* est garant de la qualité de l'encadrement et assure le suivi des relations avec l'Institut de Formation pour l'ensemble des stagiaires... Il règle les questions en cas de litiges ou de conflits...

- *Le tuteur de stage* est un professionnel expérimenté qui représente la fonction pédagogique du stage. Il assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'Institut de Formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels de proximité qui ont travaillé avec l'étudiant.

Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.

Les tuteurs de stage sont représentés à la Commission d'Attribution des Crédits (CAC).

Les professionnels de proximité sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci. Le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes etc...

Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage...⁵⁹

⁵⁹ Ibid, p. 79

- *Le formateur référent de stage, désigné par l'IFSI, est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans l'unité de soins ou la structure. Il est en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser. Il a accès au lieu de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage. Il organise et met en œuvre les séances d'enseignements cliniques pour tous les étudiants qui sont affectés dans les stages dont il est référent.*

Il organise en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage des regroupements permettant de réaliser des analyses de la pratique professionnelle (APP). Ces séances d'APP se réalisent à l'IFSI et sont animées par un tuteur de stage et deux formateurs.

Pour l'équipe pédagogique, l'ensemble de ce dispositif d'encadrement contribue à une co-construction de la formation clinique de l'étudiant.

Le portfolio, qui permet à chaque étudiant de suivre son parcours de professionnalisation tout au long de la formation, est un support d'informations quantitatives, qualitatives et individuelles qui facilite cette co-construction.

Ce partenariat renforcé s'inscrit aussi dans l'attribution des ECTS liés au stage. En effet, le tuteur de stage évalue les acquisitions des éléments de compétences en situation, et l'acquisition des actes, activités et techniques de soins notifiées dans le portfolio. Le formateur responsable du suivi pédagogique de l'étudiant, à partir des éléments du portfolio, propose à la CAC, la validation du stage. En cas de difficulté, un entretien entre l'étudiant, le formateur et le maître de stage et/ou le tuteur est réalisé. Son contenu est rapporté à la CAC.

8.2.3. La préparation au stage

Chaque année de formation, les étudiants bénéficient d'une présentation des différents types et parcours de stage effectuée par la coordinatrice pédagogique (Cf Parcours de stage p. 52). Avant chaque départ en stage, les formateurs référents d'année accompagnent les étudiants au cours d'une séquence de suivi pédagogique collectif pour leur permettre d'élaborer leur projet d'apprentissage clinique. C'est aussi un temps d'écoute et d'échanges autour des interrogations des étudiants.

A la différence des autres semestres, lors du semestre 1, deux temps sont dédiés à la préparation au stage. L'équipe pédagogique a souhaité renforcer cette préparation pour favoriser l'intégration des informations et des attentes lors du stage par l'étudiant.

8.2.4. L'enseignement clinique

La posture du formateur, en milieu clinique, a toujours été au cœur du questionnement de l'équipe pédagogique et cela, préalablement au référentiel de formation de 2009. Notre conviction a toujours été la nécessité de développer une posture réflexive chez les étudiants en soins infirmiers et d'avoir un ancrage fort avec les professionnels qui accueillent les étudiants en stage. La complémentarité des professionnels dits de « terrain » et des formateurs est fondamentale et indispensable pour accompagner la professionnalisation de l'étudiant en soins infirmiers.

Notre pratique sur l'enseignement clinique s'est enrichie du travail mené depuis février 2012 par une commission de travail régionale, mise en place par le comité d'entente régional du CEFIEC, sur cette thématique. Les échanges au sein du groupe de travail avec les formateurs représentant les IFSI de la région Midi-Pyrénées ont permis d'identifier la nécessité d'un partage de responsabilité entre institut et sites qualifiants, pour garantir la professionnalisation des « apprenants /apprentis ». L'enseignement clinique offre un contour plus large que celui du raisonnement clinique et implique le positionnement de tous les intervenants.

Notre définition de l'enseignement clinique, sa finalité, les acteurs concernés avec leurs places et postures, les modalités de mise en œuvre restituent les résultats de ce groupe de travail et notre pratique.

Référentiel de formation, arrêté du 31 juillet 2009 modifié : La formation clinique

L'enseignement clinique des infirmiers s'effectue au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec la santé et les soins. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Selon la **directive** européenne 2005-36 :

L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et

évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises.⁶⁰

Pendant les temps de stage l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants. Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.

Le retour sur la pratique, la réflexion, et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière.

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.⁶¹

L'enseignement clinique est pour nous un temps d'accompagnement individualisé de l'étudiant en soins infirmiers, assuré de préférence conjointement par le formateur et le praticien de terrain en stage pour favoriser le questionnement en vue de développer la posture réflexive. Ce temps d'apprentissage participe à la construction des compétences, à la stabilisation des acquis et au repérage des axes de progression par l'étudiant.

La finalité de l'enseignement clinique est de participer à la professionnalisation de l'étudiant, en favorisant la mobilisation et/ou le repérage des ressources en lien avec la complexité des situations rencontrées, à partir de problème(s) de santé concernant des individus ou des groupes.

⁶⁰ Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications - JOCE du 30.9.2005.

⁶¹ Arrêté du 31 juillet 2009, Op-Cit, p. 77

L'enseignement clinique

- est une séquence pédagogique qui se déroule en situation de travail, c'est-à-dire sur une période et dans un lieu de stage, à partir d'une prise en charge de personne(s) présentant un problème de santé, dans un contexte de situation réelle et donc potentiellement évolutive,
- s'inscrit dans la dynamique de l'alternance intégrative.

Trois catégories d'acteurs (étudiant, praticiens de terrain et formateur référent de stage) sont convoquées. L'interaction et la mise en synergie de cette triade sont nécessaires pour la professionnalisation de l'étudiant. L'étudiant est l'acteur central de ce processus dynamique. L'enseignement clinique participe à la construction « d'un praticien autonome, responsable et réflexif »⁶².

Pour cela, le formateur référent de stage accompagne l'étudiant dans les différentes étapes de l'apprentissage, vers la professionnalisation :

- le retour sur la pratique, la réflexion, et le questionnement,
- la mise en lien entre les différents types de savoirs, compétences et UE,
- le processus de décontextualisation/recontextualisation, en identifiant les éléments transférables.

Il guide l'étudiant dans :

- l'identification de ses ressources et axes de progression,
- le repérage de l'acquisition des éléments compétences, actes et activités au regard des critères et indicateurs,
- la formulation d'objectifs et de moyens de progression.

Grâce au partenariat renforcé et à son implication, l'étudiant développe les savoirs professionnels, construit progressivement ses compétences, s'entraîne à la réflexion et à l'analyse de sa pratique, et mesure sa progression en situation.

⁶² Ibid., p. 78

Le rôle du formateur dans la formation clinique

Le formateur favorise le développement de la posture réflexive. Il apprécie l'intégration et l'utilisation appropriée des acquisitions théoriques et méthodologiques en situation clinique en lien avec le parcours et le niveau de l'étudiant.

Il est le garant de la mobilisation des savoirs de référence en lien avec les bonnes pratiques.

Il partage avec les praticiens de terrain, l'obligation d'apprécier puis de garantir l'acquisition et la restitution adaptée des savoirs de référence.

Il est aussi garant de l'adéquation des actions engagées relatives aux bonnes pratiques.

Il est l'évaluateur de la progression de l'étudiant et de la capacité de l'étudiant à transférer des savoirs. Il évalue la capacité de celui-ci à mobiliser et à combiner les acquis nécessaires à la construction des compétences requises.

A ce titre, il apprécie l'intérêt d'un renforcement de telles ou telles séquences formatives.

Les modalités de l'enseignement clinique

L'équipe pédagogique a fait le choix que, sur chaque période de stage, les étudiants bénéficient à minima d'une séance d'enseignement clinique, d'une durée en moyenne de 3 heures, réalisée par le formateur référent de stage. Le tuteur de stage participe, quand cela lui est possible.

Le formateur référent :

- facilite la verbalisation des émotions par l'étudiant lors de situations de travail,
- propose un accompagnement lors des analyses de pratiques professionnelles, de régulation et de médiation au service de l'étudiant, pour favoriser une mise à distance et une analyse systémique des situations,
- aide à l'auto-évaluation par le retour réflexif,
- guide l'évaluation et la régulation de la progression par rapport à la construction des compétences et des activités.

Chaque séance d'enseignement clinique fait l'objet d'une synthèse orale effectuée par l'étudiant au tuteur ou au professionnel de proximité en présence du formateur référent de stage.

Un compte-rendu écrit est réalisé en fin d'enseignement par le formateur référent à partir de l'auto-évaluation de l'étudiant.

Ce document est signé par les acteurs concernés. Il est porté au dossier de suivi individuel de chaque étudiant.

Son contenu est repris en suivi pédagogique avec le formateur responsable du suivi de l'étudiant pour travailler sur la distanciation et l'analyse des situations professionnelles.

8.2.5. L'analyse de pratiques professionnelles

L'analyse de pratiques professionnelles se fonde sur des théories et sur des paradigmes complémentaires :

- **le constructivisme** : le sujet construit lui-même son savoir, ses schèmes, ses réalités à partir d'un "déjà là",
- **le socio constructivisme** : le sujet se forme avec/contre les autres⁶³,
- **la multiréférentialité** : toute activité de soin est constituée d'objets (théoriques et pratiques) pluriels et souvent hétérogènes entre eux⁶⁴,
- **l'interactionnisme ou la systémique**⁶⁵: les personnes, les choses, les phénomènes, les groupes agissent entre eux,
- **l'approche compréhensive** : en référence à l'épistémologie des méthodes qualitatives⁶⁶, cette approche est caractérisée par la complexité⁶⁷, la recherche de sens, la prise en compte des intentions, des motivations, des attentes, des raisonnements, des croyances, des valeurs des acteurs.

S'entraîner, se former à l'analyse de pratiques professionnelles invite le futur professionnel de santé à réfléchir sur ses actions, sa posture, ses relations à l'autre et son rapport aux institutions.

Les séquences d'analyse de pratiques professionnelles, en groupe, sont des temps de formation clinique qui ont pour objectifs de permettre :

- à l'apprenant impliqué dans la situation exposée de :

⁶³ : PERRET-CLERMONT A-N., *La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale*, Ed. P. Lang, 1979.

⁶⁴ : ARDOINO J., *L'approche multiréférentielle en formation et en sciences de l'éducation, Pratiques de formation (analyse)*, Paris, Université Paris VIII, 1993.

⁶⁵ : WATZLAWICK P., *Une Logique de la communication*, (1967), trad. par Morche J., Paris, Seuil, 1979.

ROSNAY J. DE, *Le Macroscopie. Vers une vision globale*, Paris, Seuil, 1975.

⁶⁶ : POURTOIS J-P. et DESMET H., *Epistémologie et instrumentation en Sciences humaines*, Mardaga, Paris, 1988.

⁶⁷ : MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF, 1990.

- donner plus d'intelligibilité, de lisibilité à la situation qui le questionne, sans pour autant lui apporter des réponses ni des conseils,
- construire des "contre-schémas de vigilance et d'anticipation"⁶⁸,
- aux apprenants non impliqués dans la situation exposée de :
 - analyser la situation,
 - mieux appréhender des situations analogues vécues personnellement,
 - se préparer à des situations semblables à venir.
- à tous les apprenants de :
 - comprendre par homomorphisme⁶⁹ d'autres situations,
 - construire une méta-compétence : le "savoir analyser" sa pratique.

Pour être constructives, les séquences d'analyse de pratiques professionnelles en groupe requièrent des conditions premières :

- un respect de l'Autre et de sa parole,
- la confidentialité des échanges dans le groupe : "ce qui est dit ici n'en sort pas",
- la liberté d'expression dans le cadre adopté,
- le respect du fonctionnement, du rituel,
- une gestion rigoureuse du temps,
- l'assiduité du groupe sur une période choisie⁷⁰,
- la régularité des réunions (rythme et alternance).

Les séquences d'analyse de pratiques professionnelles nécessitent que les participants :

- acceptent d'être responsables de leurs actes (sans être coupables),
- acceptent la confrontation à soi, à l'Autre, aux Autres,
- admettent l'incertitude,
- sachent écouter,
- sachent émettre des hypothèses de compréhension (de ce qui s'est passé),
- évitent le conseil (*tu aurais dû ; à ta place je...*),

⁶⁸ : Philippe PERRENOUD in CAHIERS PEDAGOGIQUES, *Analysons nos pratiques professionnelles*, n° 346, Paris, CRAP, 1996.

⁶⁹ : Qui revêt la même forme sans être identique, isomorphe.

⁷⁰ : Le temps-durée a une très grande importance pour que l'analyse "travaille".

- renoncent à vouloir modifier l'Autre (mais plutôt rechercher avec lui ce qui est modifiable⁷¹),
- fassent le deuil de la toute-puissance.

Chaque situation exposée sera analysée, dans la mesure du possible, au travers de plusieurs approches :

- la dimension institutionnelle (le cadre officiel, les statuts et rôles, les lois et règles...),
- la dimension sociologique (le cadre de vie et de travail, position dans le groupe et la société, phénomènes de groupe...),
- la dimension psychologique (la personne - sans mener un examen psychologique -),
- la dimension psychanalytique (avec l'aide d'un expert. Mais savoir que l'inconscient est là et qu'il parle⁷²...),
- la dimension axiologique (les valeurs en jeu, en "je"),
- la dimension téléologique (les finalités de l'action),
- la dimension pédagogique/andragogique (la didactique, la praxéologie⁷³, les techniques, le matérialisme...),
- la dimension théorique (les théories sous-jacentes en œuvre).

Cette approche multi-référentielle de la situation permet, notamment aux apprenants, de mobiliser les savoirs abordés dans la formation.

Le but est de travailler sur des variables mises en réseau, à partir d'éléments informationnels prélevés en tant que faisant partie d'un tout, pour passer de l'implication à l'explication en se rappelant que :

- expliquer et comprendre relèvent de la CONNAISSANCE,
- juger relève de la VALEUR, de la NORME,
- raconter c'est déjà organiser et donner du SENS,

Toute situation analysée met généralement en scène, souvent de manière dialectique et a minima :

- un sujet et une personne,

⁷¹ : Cf. Jacques LEVINE in "*Je est un autre*" - (revue de l'A.G.S.A.S. - Association des Groupes de Soutien au Soutien créée par J. Lévine - Siège social : 2, place du Général Koenig 75017 PARIS)

⁷² : Cf. à ce sujet les nombreux écrits de Mireille CIFALI, Francis IMBERT, Jacques LEVINE, Fernand OURY...

⁷³ : Science de la pratique et de l'action humaine.

- une fonction et un statut, des rôles,
- une action et une pratique ou une praxis,
- des savoirs et des capacités, des compétences,
- des valeurs et des idées, des opinions, des croyances, des représentations,
- des relations interpersonnelles et de groupes, institutionnelles,
- un cadre espace/temps/durée.

Pour un entraînement progressif de l'analyse de pratiques professionnelles, l'équipe pédagogique a retenu deux approches complémentaires.

Les séquences d'analyse de pratiques professionnelles, organisées à l'institut sur le temps de formation clinique des semestres 1, 2 et 3, sont animées par deux formateurs auprès des apprenants dont ils sont référents du suivi pédagogique.

Elles s'appuient sur une des deux situations, retenues par chaque étudiant, en vue de la validation du stage (et dont l'analyse sera consignée dans le portfolio). Chaque apprenant rédige l'analyse qu'il a réalisée en amont de la séquence.

Le jour de la séquence d'analyse, chaque étudiant décrit la situation qu'il a retenue, exprime en quoi elle l'a interpellé, énonce les hypothèses de compréhension qu'il a posées et le résultat des recherches bibliographiques qu'il a réalisées. Le groupe lui pose ensuite des questions visant à élargir la compréhension de la situation exposée, puis émet d'autres hypothèses de compréhension. Un participant prend en note les hypothèses avancées pour l'étudiant qui expose sa situation. L'ensemble du groupe énonce ensuite les savoirs susceptibles d'apporter un nouvel éclairage à la situation, permettant à l'étudiant d'enrichir l'analyse initiale de la situation professionnelle et de réajuster la trace écrite consignée dans le portfolio.

A partir du semestre 4, les séquences sont animées par deux formateurs et un tuteur de stage et repose sur le GAPP (Groupe d'Analyse de Pratiques Professionnelles).

Un formateur veille au respect du cadre de la séquence (étapes de la technique d'analyse, rappel du cadre, distribution de la parole...) et est attentif à l'état émotionnel de l'étudiant dont le groupe a retenu la situation.

L'autre, en collaboration avec le tuteur de stage, veille à ce que l'analyse de la situation s'inscrive dans une approche multi-référentielle. Il en consigne et classe les différentes dimensions.

En début de séance, chaque étudiant doit réfléchir à la situation qu'il souhaite soumettre au groupe et lui donner un titre ; un vote à main levée détermine la ou les 2 situations qui seront analysées par le groupe durant la séance.

L'étudiant dont la situation est retenue, expose ensuite la situation oralement.

Le groupe écoute sans l'interrompre. Puis il pose des questions visant à une meilleure compréhension de la situation en essayant d'explorer les différentes dimensions citées plus haut. L'étudiant qui expose la situation s'autorise à ne pas répondre à une question s'il la juge trop « impliquante ».

Vient ensuite la phase d'énonciation d'hypothèses de compréhension dont la formulation est dépersonnalisée afin de marquer une distanciation avec l'étudiant qui a vécu la situation.

Puis la parole est redonnée à ce dernier.

L'analyse de la situation est clôturée par une synthèse des champs de référence qui ont été explorés.

8.2.6. La régulation de stage

L'équipe pédagogique désigne par ce vocable un temps de formation clinique, organisé à l'institut, lors du dernier jour de stage. Consciente du travail émotionnel que suscite, chez l'apprenant en stage, l'intégration dans une équipe de soins constituée, l'identification de son futur rôle et la confrontation à la souffrance, au corps des personnes soignées et à la finitude de l'être humain, l'équipe pédagogique considère qu'il est indispensable d'instituer un groupe de parole.

Ce temps de formation a pour objectif que les apprenants :

- expriment les émotions ressenties durant leur stage,
- effectuent un travail de distanciation vis-à-vis de leur vécu de stage,
- prennent conscience du processus identitaire qui s'effectue en eux,
- partagent leur vécu entre pairs,
- maintiennent une stabilité émotionnelle favorable à leur apprentissage.

Afin de faciliter la parole des apprenants, les séquences sont organisées en groupes restreints et animées par des psychologues expérimentés dans la régulation de groupes en formation.

L'équipe pédagogique fait ce choix, considérant qu'une animation par des formateurs permanents, ayant aussi un rôle d'évaluateur auprès des apprenants, peut ne pas favoriser l'expression du vécu de stage des apprenants.

Un temps différencié est organisé après le stage avec le coordonnateur pédagogique pour faire un bilan sur les conditions d'accueil, d'encadrement et d'apprentissage au sein des terrains de stage.

8.3. LE SUIVI PEDAGOGIQUE

Un responsable de suivi pédagogique est nommé pour chaque étudiant, pour la période des 3 années, dès son entrée en formation. Il est connu par l'étudiant.

A chaque retour de stage, il :

- *prend connaissance des indications apportées sur le portfolio et sur les feuilles d'évaluation,*
- *s'informe, si nécessaire, du déroulement et des faits marquants du stage auprès du cadre formateur référent de stage,*
- *fait le bilan des acquisitions avec l'étudiant,*
- *conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio (il peut être amené à réfléchir à la modification du parcours de stage avec le coordonnateur pédagogique),*
- *présente chaque semestre, excepté le dernier, le bilan semestriel de l'étudiant à la commission d'attribution des crédits européens,*
- *présente lors du dernier semestre, les résultats devant le jury d'attribution du diplôme.*⁷⁴

Des temps de suivis pédagogiques individuels et/ou de guidances collectives pour accompagner « au plus près » les étudiants.

Le suivi pédagogique est un temps de formation qui permet de :

- développer la posture réflexive de l'étudiant,
- favoriser la « réflexion sur l'action »⁷⁵,
- mesurer la progression de l'étudiant dans la construction et l'acquisition des compétences au regard du référentiel,
- accompagner l'étudiant dans la construction des compétences⁷⁶.

Pour répondre à ces objectifs, il existe **deux types de suivis** :

- **le suivi pédagogique individuel**
 - le suivi pédagogique individuel formalisé après le stage,
 - le suivi pédagogique individuel à la demande de l'étudiant et/ou du formateur,
- **le suivi pédagogique collectif**

⁷⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, *Annexe III : Référentiel de formation.*

⁷⁵ SCHÖN Donald A., *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal : Editions Logiques, 1994.

⁷⁶ LE BOTERF G., *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Eyrolles, 2010.

8.3.1. Le suivi pédagogique individuel formalisé après le stage

Ce temps de suivi pédagogique consiste notamment à :

- prendre connaissance et échanger avec l'étudiant sur les 2 A.P.P du portfolio,
- consulter et contrôler les feuilles de stage (absences, récupérations, tampons...),
- prendre connaissance des appréciations formulées par les professionnels,
- réaliser un bilan des acquisitions avec l'étudiant (éléments de compétences, actes, activités...),
- analyser les résultats théoriques validés par la CAC du semestre précédent,
- accompagner l'étudiant dans la formulation des objectifs de son prochain stage (axes de progression).

Les modalités

Avant le suivi pédagogique

Pour que le formateur puisse préparer le suivi pédagogique, l'étudiant remet au retour de stage (Cf. emploi du temps) :

- la feuille de stage,
- la feuille de présence/absence,
- les deux APP.

Le jour du suivi pédagogique

- rendez-vous, formalisé par le formateur, prioritairement sur le TPG,
- durée moyenne : 1 heure,
- lieu : bureau du formateur référent du suivi pédagogique,
- le portfolio est remis au formateur.

8.3.2. Le suivi pédagogique individuel à la demande de l'étudiant et/ou du formateur

Ce temps sur rendez-vous de suivi est déterminé :

- en fonction des besoins de l'étudiant,
- en fonction des difficultés de l'étudiant, repérées par le formateur,
- pour la consultation éventuelle de copies d'évaluation.

8.3.3. Le suivi pédagogique collectif

Des temps de présentation et d'explicitation sont animés par les membres de l'équipe pédagogique, en début d'année et de chaque semestre, voire même de façon encore plus

anticipée pour les cursus de stage, pour permettre à l'étudiant de se projeter dans ses apprentissages et de s'organiser.

Ils sont centrés sur le projet de formation et notamment :

- l'organisation de l'année,
- l'organisation des semestres,
- la présentation des modalités pédagogiques des unités d'enseignement,
- la présentation des cursus de stage,
- la présentation du calendrier des évaluations et des rattrapages,
- l'explicitation des critères et indicateurs de chaque grille d'évaluation,
- l'explicitation des modalités de passage et d'obtention du diplôme d'Etat.

Des temps cumulés de TPG sont donnés aux étudiants la semaine précédant chaque période d'évaluation de semestre pour leur permettre une meilleure intégration des savoirs.

En semestre 1

Au début du Semestre 1, chaque formateur référent de suivi pédagogique reçoit le groupe d'étudiants qu'il va suivre durant les 3 ans de formation. Les objectifs sont :

- faire mutuellement connaissance à partir de la feuille préalablement remplie par chaque étudiant,
- créer un climat de confiance,
- présenter la séance de suivi pédagogique individuel,
- répondre aux interrogations en lien avec la formation.

Les modalités

Durée : 2 heures.

Lieu : salle indiquée sur l'emploi du temps.

En semestre 5

Les guidances collectives sont centrées sur le mémoire de fin d'études. Elles sont au nombre de deux au cours du semestre 6. Elles sont co-animées par deux formateurs pour des groupes restreints d'environ dix à douze étudiants.

Chaque étudiant présente l'avancée de son travail devant le groupe. Les membres du groupe peuvent questionner l'étudiant.

Les formateurs adoptent une posture de médiateurs.

8.4. L'EVALUATION

« L'évaluation nous semble se spécifier, en accord avec son étymologie, par l'interrogation sur les valeurs qu'elle suppose toujours... Evaluer, c'est poser la question de la valeur en même temps que les problèmes du sens et des significations d'un acte donné. »⁷⁷

Nous nous inscrivons dans le système d'évaluation prescrit par le référentiel de formation infirmier de 2009 modifié. Nous allons ci-dessous exposer l'organisation des temps d'évaluation, leurs modalités et les niveaux d'exigences attendus.

8.4.1. L'évaluation des enseignements théoriques

8.4.1.1. L'organisation des temps d'évaluation

En semestre 1, l'équipe pédagogique a fait le choix d'un contrôle continu des connaissances et compétences réparti en quatre périodes d'évaluation sur le semestre, précédées de demi-journées de travail personnel guidé pour faciliter une appropriation progressive des contenus et accompagner les étudiants dans la gestion de leur temps de travail personnel.

Une réflexion a orienté la répartition des unités d'enseignement sur ces quatre périodes :

- avant le stage, les unités « Biologie fondamentale » et « Cycles de la vie » sont évaluées ;
- le dossier qui permet d'évaluer l'unité d'enseignement « Infectiologie, hygiène » est remis le dernier jour du stage, ce travail s'appuyant sur des observations en stage ;
- au retour des vacances de Noël, les étudiants remettent leur fiche de lecture en vue de l'évaluation de l'unité d'enseignement « Traitement de l'information et de la communication » et sont évalués sur les apports en psychologie et en pharmacologie et thérapeutiques ;
- les autres unités d'enseignement sont évaluées en fin de semestre pour permettre aux étudiants de mettre à profit à la fois les apports des unités d'enseignement et leur expérience en stage ;

Parmi celles-ci, les unités d'enseignement « Raisonnement et démarche clinique infirmière », « Soins de confort et de bien-être » et l'unité d'enseignement « Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » sont évaluées conjointement, selon

⁷⁷ ARDOINO J ; BERGER G., *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*, Paris, Editions matrice, 1989, p.

l'article 46 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié : « La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes correspondant à chaque unité d'enseignement sont alors identifiables. »

Cette évaluation, réalisée en groupe restreint permet de travailler sur une situation clinique prévalente, en mobilisant notamment les savoirs en lien avec les éléments de la compétence 3.

En semestre 2, l'évaluation des unités d'enseignement a lieu en partie sur la dixième semaine du semestre 2. Comme nous avons la volonté d'ancrer les unités d'enseignement constitutives dans une pratique professionnelle, l'évaluation des unités « Raisonement et démarche clinique infirmière », « Projet de soins infirmiers, évaluation d'une situation clinique » se fait à partir de situations réelles actualisées, sur le terrain et au contact de personnes prises en charge.

En semestre 3, deux périodes d'évaluation sont prévues. Elles se situent après le stage. Les premiers travaux évalués sont la résultante d'un travail continu sur la première moitié du semestre. Les autres unités d'enseignement, dont l'unité d'intégration qui fait appel à deux compétences, sont évaluées en fin de semestre. Il nous semble important de laisser un temps d'appropriation et d'accompagner les étudiants sur des unités d'enseignement qu'ils trouvent complexes, élément corrélé avec les résultats obtenus.

En semestre 4, les évaluations sont réalisées essentiellement en fin de semestre. Les évaluations en groupes restreints prédominent. Ce travail de partage et parfois de confrontation est productif. Les résultats obtenus en semestre 4 le mettent en évidence.

En semestre 5, les évaluations sont aussi réalisées essentiellement en fin de semestre. Les exigences et le travail attendu sont présentés en tout début du semestre pour laisser aux étudiants ce temps de réflexion et de « maturation » nécessaire à la production de travaux tels que le dossier centré sur les soins palliatifs et de fin de vie.

En semestre 6, les évaluations portent sur une réflexion et une analyse professionnelle qui s'ancrent dans une réalité professionnelle. Nous pouvons citer notamment la réalisation d'un audit des pratiques professionnelles et la production du mémoire de fin d'études.

Au début de chaque semestre, la programmation des évaluations est communiquée aux étudiants.

8.4.1.2 Les différentes formes d'évaluation théoriques

Pour les unités d'enseignement de savoirs dits « contributifs » aux savoirs infirmiers :

Nous appliquons les exigences du référentiel de formation de juillet 2009 modifié et les modalités d'évaluation travaillées en région avec les universitaires. Les modalités d'évaluation (QROC, QCM...) sont communiquées aux étudiants lors de la présentation de chaque unité d'enseignement.

La plupart des évaluations de ces unités d'enseignement reposent sur la restitution de connaissances individuelles. Les sujets sont élaborés conjointement par les formateurs responsables de l'unité d'enseignement et l'universitaire ou les chargés de cours qui ont dispensé le contenu des cours magistraux, les travaux dirigés étant majoritairement dispensés par les formateurs de l'IFSI.

Les questions portant sur les cours magistraux sont corrigées par les chargés de cours, celles portant sur les travaux dirigés sont le plus souvent corrigées par les formateurs. L'énoncé des sujets d'évaluation permet aux étudiants de prendre connaissance des points attribués à chaque question.

Pour les unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières, de méthodologie et de savoirs transversaux :

Les évaluations des unités d'enseignement dites « constitutives » sont organisées selon les modalités prescrites par le référentiel de formation. La durée des évaluations prend en compte le nombre d'ECTS attribué à chaque unité ainsi que la forme de l'évaluation. Le plus souvent ce sont des évaluations individuelles.

Ces évaluations reposent sur la production d'une analyse d'une situation professionnelle ou sur un acte réalisé en situation simulée.

Les sujets d'évaluation sont élaborés par les formateurs à partir de situations professionnelles prévalentes.

Les évaluations en situation simulée sont organisées à partir d'un scénario élaboré par les formateurs et de la mise à disposition du matériel de soins nécessaire pour chaque étudiant. Elles se déroulent en salle de travaux pratiques. L'étudiant doit se présenter en tenue professionnelle.

Les critères d'évaluation indiqués par le référentiel de formation sont déclinés en indicateurs pour une harmonisation de la correction réalisée par plusieurs formateurs. Pour les évaluations

en situation simulée, certains indicateurs constituent un seuil minimum requis correspondant à la sécurité des patients et entraîne une non-validation s'ils ne sont pas présents lors de la prestation de l'étudiant.

Les étudiants sont informés du déroulement des épreuves d'évaluation, des critères d'évaluation et des indicateurs ainsi que de la répartition des points et de l'existence de seuils minimums requis, le cas échéant.

Pour les unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation :

L'évaluation des unités d'intégration est organisée en groupes restreints d'étudiants pour les semestres 1 à 5. Les formateurs élaborent le sujet à partir de situations professionnelles issues d'un service de soins.

Les modalités d'évaluation prescrites par le référentiel sont traduites par les formateurs en activités infirmières (élaboration d'un projet d'accompagnement d'une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, transmission orale des informations nécessaires à la continuité des soins à partir de la macrocible d'entrée et des faits marquants...)

En semestre 6, l'évaluation est individualisée. Elle porte sur l'élaboration d'un mémoire professionnel de recherche et sur la soutenance de ce travail écrit. Un cahier des charges est remis et explicité aux étudiants en début de 3^e année. Il comporte les critères de réalisation de la production demandée à l'étudiant, les modalités de guidance collective et individuelle pour l'élaboration du mémoire ainsi que les critères et indicateurs définis par la commission régionale instituée au sein du CEFIEC.

Conformément aux modalités retenues par cette commission, le travail écrit est évalué par le formateur ayant guidé l'étudiant et par un infirmier ayant une expérience en lien avec le thème du mémoire. Ce dernier est sollicité par le formateur guidant. L'étudiant soutient ensuite oralement son travail devant ces deux professionnels. Chaque évaluateur pose une note pour l'écrit et pour l'oral. La note attribuée pour cette évaluation est composée de la moyenne de ces notes.

Quelles que soient les modalités des évaluations, lorsqu'elles sont corrigées par les formateurs, la note attribuée est commentée. L'équipe pédagogique entend ainsi donner une dimension formative aux évaluations normatives et permettre aux étudiants qui ne valident pas de repérer des marges de progression, des axes de travail en vue de la prochaine session d'évaluation.

8.4.2. L'évaluation de la formation clinique

La formation clinique est évaluée au travers de la présence en stage et de la mise en œuvre et de l'acquisition d'éléments de compétences requises dans les situations professionnelles rencontrées et analysées.

Elle repose sur les éléments d'acquisitions transcrits par le tuteur dans le portfolio de l'étudiant ainsi que sur les analyses de pratiques consignées par l'étudiant dans son portfolio. Un bilan des acquisitions est réalisé par le tuteur à mi-stage. Au terme du stage, le tuteur rédige une appréciation littérale qui rend compte des apprentissages de l'étudiant et des points qu'il doit améliorer sur une feuille de bilan de stage. Les jours d'absence sont aussi indiqués sur cette feuille par le tuteur ou le maître de stage.

En fin de stage et/ou de semestre, un rendez-vous de suivi pédagogique individuel est organisé par le référent de suivi pédagogique de l'étudiant. Cet entretien permet notamment au formateur de prendre connaissance des éléments inscrits dans le portfolio de l'étudiant, de les faire expliciter par l'étudiant, d'évaluer la progression des acquisitions au regard des stages précédents afin de proposer une validation ou une non-validation du stage lors de la commission d'attribution des crédits. Le formateur informe l'étudiant de la proposition qu'il fera et l'argumente.

Seule la commission d'attribution des crédits est habilitée à statuer sur la validation ou la non-validation du stage.

8.4.3. La communication des résultats aux évaluations

A l'issue de la commission d'attribution des crédits, les résultats sont affichés.

Une copie de la fiche récapitulative des ECTS obtenus est remise à chaque étudiant contre émargement.

Les étudiants qui ne valident pas une unité d'enseignement peuvent consulter leur copie et/ou le guide d'évaluation, après affichage des résultats. Les formateurs référents de l'unité d'enseignement peuvent être amenés, à cette occasion, à organiser un temps de régulation à partir des difficultés rencontrés par les étudiants lors de l'évaluation de l'unité d'enseignement.

Les étudiants qui ne valident pas un stage sont informés ultérieurement de la durée, des dates et lieu de stage de rattrapage par le coordonnateur pédagogique.

La durée des stages de rattrapage prend en compte la durée du stage à rattraper ainsi que les raisons qui ont amenées à la non-validation en gardant une visée pédagogique.

Pour un stage de 5 semaines :

- non validé pour absence supérieure à 20% du temps de stage, le stage de rattrapage sera d'une durée équivalente à celle de l'absence ;
- non validé pour analyses de pratiques professionnelles non recevables, le stage sera d'une durée de 3 semaines ;
- non validé pour absence ou insuffisance d'acquisition d'éléments de compétence infirmière, le stage de rattrapage sera d'une durée de 3 semaines.

Pour un stage de 10 semaines :

- non validé pour absence supérieure à 20% du temps de stage, le stage de rattrapage sera d'une durée équivalente à l'absence ;
- non validé pour analyses de pratiques professionnelles non recevables, le stage sera d'une durée de 3 semaines ;
- non validé pour absence ou insuffisance d'acquisition d'éléments de compétence infirmière, le stage de rattrapage sera d'une durée de 6 semaines.

Les stages de rattrapage sont organisés durant les vacances d'été. Ils peuvent être organisés en septembre pour les étudiants susceptibles d'être présentés au jury final de novembre.

Un entretien individuel de suivi pédagogique est organisé au terme du stage de rattrapage en vue d'en proposer la validation lors de la commission de rattrapage.

9. LE DISPOSITIF DE FORMATION VISANT LA PROFESSIONNALISATION AIDE-SOIGNANTE

L'arrêté de formation du 22 octobre 2005 est décliné sous forme modulaire, mais il ne faut pas oublier que sa construction découle de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif à la VAE AS et donc, avant tout, à un référentiel de compétences. Il s'agit bien ainsi de décliner cette formation dans sa mise en œuvre, sur la base des 8 compétences aides-soignantes, que ce soit dans la formation en Institut ou dans la formation clinique. La programmation de la formation est volontairement commune pour les cursus complets et partiels. Sur dérogation de l'ARS, la rentrée en formation s'effectue la première semaine du mois de janvier pour une présentation des élèves au jury plénier du D.E.A.S. en décembre. Conformément à la réglementation, le dispositif comprend 17 semaines d'enseignement en institut et 24 semaines d'enseignement en stage clinique.

après démonstration et explications par un formateur ayant une expertise en ce domaine. L'objectif, outre l'acquisition de nouvelles gestuelles, est avant tout de permettre aux élèves d'analyser les différentes situations proposées par les formateurs. Ces situations sont mises en scène par les élèves eux-mêmes, un jouant le rôle du soignant, l'autre le rôle de la personne soignée ou hébergée. Le formateur va alors favoriser au sein du binôme, non seulement une auto-évaluation de la pratique, mais aussi une mise en lien avec les éléments de la compétence 4. Il s'agit bien là de décliner la triade : comprendre, agir et transférer. L'évaluation pratique de ce module, conçue de façon unique sur la région Midi-Pyrénées, sera développée plus loin ;

- l'organisation des travaux pratiques est déclinée de façon similaire pour la très grande majorité d'entre eux. Il s'agit avant tout de constituer de petits groupes de travail, d'environ 10 à 12 élèves, qui seront mis successivement en situation de simulation au cours de trois ateliers successifs d'environ une heure chacun. Dans le cadre des modules 1 et 3, les scénarii proposés font essentiellement référence à de la Moyenne-Fidélité. En effet, le simple mannequin ne trouve plus sa place dans l'apprentissage des actes de la vie quotidienne. Là aussi, un élève joue le rôle du soignant, un autre celui de la personne soignée ou hébergée, sur la base du volontariat. Le formateur donne des consignes de façon indépendante à chacun d'entre eux ; il précise alors le contexte aux autres élèves du groupe qui ont pour consigne d'observer et d'écouter le déroulement de la situation proposée aux deux élèves. Dans un premier temps, le formateur met en posture réflexive ces deux élèves, puis demande au groupe un complément d'analyse. Il s'agit là de s'autoévaluer et d'évaluer une situation dans un contexte donné. Ainsi, par exemple, la toilette au lit n'est plus enseignée au regard d'un protocole attendu par les élèves. Il s'agit pour le formateur de préparer le scénario qui permettra aux élèves d'analyser et de réaliser l'acte que représente cette toilette en fonction des éléments du contexte : besoins exprimés par la personne, évaluation de l'état clinique, sécurité, confort, hygiène, contre-indications médicales... L'objectif final est de mobiliser les éléments des compétences lors des temps d'analyse afin de comprendre qu'il n'y a pas une seule façon d'effectuer une toilette au lit, mais autant de façons qu'il y a de situations rencontrées, seuls les principes de soins restant des invariants ;

- l'organisation de ces travaux pratiques permet, en parallèle, de dégager des séances de travail personnel, non prévues dans le référentiel, afin de faciliter le travail de recherche personnelle, le temps d'appropriation de nouveaux savoirs ;

- les travaux dirigés sont élaborés au regard de situations cliniques prévalentes et en lien avec la compétence liée au module ; ils ont pour finalité la mise en lien des savoirs théoriques et pratiques contextualisés ;

- des ateliers sont proposés aux élèves afin d'améliorer leur appropriation de la méthodologie de la participation de l'aide-soignant à la démarche de soins sur la base du volontariat, afin de tenir compte de leur autonomie et de leur responsabilité d'apprenant. Les situations émanant des terrains sont rapportées par les élèves ;

- des régulations sont planifiées trois fois par an avec des psychologues ;
- un livret de suivi a été rédigé.

9.2. LA FORMATION CLINIQUE

9.2.1. L'organisation

Pour les élèves en cursus complet, les six stages de 140 heures chacun sont programmés de façon échelonnée au cours de l'année de formation. Chaque élève se voit attribué, dès le début de l'année, un parcours personnalisé des cinq premiers stages. Ce parcours est élaboré par l'équipe pédagogique, prenant en compte plusieurs critères :

- l'éventuelle expérience professionnelle dans le milieu sanitaire, médico-social et/ ou social ;
- le lieu d'habitation et le moyen de locomotion de l'élève ;
- l'établissement d'origine pour les élèves en promotion professionnelle hospitalière ;
- les établissements dans lesquels les élèves pourraient avoir travaillé.

Les élèves sont affectés de façon équitable dans différents secteurs d'activité : chirurgie, médecine, psychiatrie, rééducation, gériatrie, handicap, réanimation sur la ville d'Albi et sa périphérie.

Ainsi, pour le premier stage, sur les 60 élèves :

- 18 ont été affectés en gériatrie (30%),
- 15 en psychiatrie (25%),
- 10 en chirurgie (17%),
- 9 en rééducation (15%),
- 8 en médecine (13%).

Pour le deuxième stage :

- 16 ont été affectés en médecine (27%),
- 15 en psychiatrie (25%),
- 10 en chirurgie (17%),
- 9 en réanimation (15%),
- 8 en rééducation (13%),
- 2 en EHPAD (3%).

Pour le troisième stage :

- 15 ont été affectés en psychiatrie (25%),
- 13 en EHPAD (22%),
- 11 en médecine (18%),
- 10 en chirurgie (17%),
- 8 en rééducation (13%),
- 3 en réanimation (5%).

Pour le quatrième stage :

- 15 ont été affectés en psychiatrie (25%),
- 12 en EHPAD (20%),
- 11 en chirurgie (18%),
- 9 en réanimation (15%),
- 7 en rééducation (12%),
- 6 en médecine (10%).

Enfin, pour le cinquième stage :

- 18 ont été affectés en médecine (30%),
- 14 en EHPAD (23%),
- 11 en chirurgie (18%),
- 10 en rééducation (17%),
- 7 en réanimation (12%).

Le sixième stage, dit « stage en structure optionnelle », est laissé au choix des élèves dès le mois de juin, au regard de leur projet professionnel. Ce stage peut s'effectuer sur le territoire national. En fonction des capacités d'accueil des structures et de la pertinence du projet professionnel. L'affectation définitive est placée sous la seule responsabilité du Directeur.

Pour les élèves en cursus partiel, les « revalidants » et « fins de formation », un parcours individualisé leur est attribué selon les mêmes critères. Par contre, chaque affectation est décidée en fonction de la compétence à valider (exemples : affectation en EHPAD pour la compétence 1, en chirurgie ou médecine pour les compétences 2 et 3...).

9.2.2. Les relations avec les structures accueillant des élèves AS en stage

Nous avons établi un véritable partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales accueillant des élèves AS, l'objectif étant de mener conjointement la formation. Pour ce faire, chaque formateur est référent de plusieurs unités de soins. Il est alors un interlocuteur privilégié, ce qui lui permet d'établir un dialogue avec les acteurs de terrain afin d'assurer une cohérence dans la formation et une cohésion entre les équipes de soins et l'équipe pédagogique.

En pratique, nous communiquons par mail avec les cadres de service afin d'organiser la mise en stage et la programmation des MSP. Nous rencontrons sur les lieux de stage « les tuteurs » ou « AS référents de l'encadrement », à l'occasion de nos déplacements dans les structures.

9.2.3. Préparation aux stages

Après une réflexion menée en équipe, et en partenariat avec l'équipe de l'IFAS de Lavar, un livret de stage a été élaboré sur le modèle du portfolio des étudiants en soins infirmiers.

Ce document est présenté et commenté par l'ensemble de l'équipe pédagogique lors d'une séance commune avant le départ pour le premier stage. Il appartient à l'élève, et il lui permet d'établir le lien entre ses temps de formation à l'IFAS et ses temps de formation en stage. Reconnu comme acteur responsable de sa formation, il lui revient de compléter cet outil, ce qui va lui permettre :

- d'évaluer sa progression pédagogique en formation clinique,
- de se situer dans la construction de ses compétences,
- et de favoriser l'analyse de sa pratique conduisant à sa professionnalisation.

L'ensemble des acteurs de la formation peut y avoir accès : formateurs, professionnels de proximité, tuteurs référents de stage, cadres de santé...

L'élève doit, avant le stage, formaliser ses objectifs de stage et présenter le livret au tuteur référent de stage ou au cadre du service réalisant son entretien d'accueil pour énoncer et éventuellement réajuster ses objectifs en début de stage.

Lors du bilan de mi-stage, il doit compléter, au crayon à papier, en présence du tuteur référent de stage, ses fiches de parcours.

En fin de stage, il complétera au stylo bille, en présence du tuteur référent de stage, le niveau d'acquisition des actes, activités et techniques de soins réalisés. Ce bilan de fin de stage lui permettra d'évaluer l'atteinte de ses objectifs.

Après le stage, il présentera ce livret à son formateur référent lors des suivis pédagogiques.

9.2.4. L'enseignement clinique

C'est un temps d'accompagnement individualisé de l'élève aide-soignant assuré par le formateur pour favoriser le questionnement et la posture réflexive. Ce temps d'apprentissage participe à la construction des compétences et au repérage des axes de progression par l'élève.

Il s'agit d'une séquence pédagogique qui se déroule dans un lieu de stage, à partir d'une situation réelle de travail, potentiellement évolutive. Les objectifs sont d'accompagner l'élève dans :

- le retour sur sa pratique par le questionnement, la réflexion et l'analyse de la situation de travail pour donner du sens aux actions réalisées ;
- la mise en lien des différents savoirs et éléments de compétences ;
- l'identification de ses ressources et de ses axes d'amélioration.

Concrètement, les élèves bénéficient de deux enseignements cliniques dans l'année dont le déroulement est le suivant :

- dans un premier temps, le formateur observe l'élève agir en situation de travail, de soins ou d'accompagnement. Il est attentif à son comportement et ses gestes, à ses capacités d'adaptation et de réajustement au cours de l'action réalisée ;
- dans un deuxième temps, un entretien a lieu entre l'élève et le formateur qui va susciter le questionnement et la réflexivité chez le futur professionnel à partir de la situation observée.

Les éléments des 8 compétences du référentiel de formation des aides-soignants sont abordés grâce à l'analyse de l'action réalisée.

L'élève est amené de par cette réflexion sur la situation à identifier ses ressources et axes de progression. Un document identique à celui des étudiants en soins infirmiers est rédigé en fin de séance et est utilisé lors des suivis pédagogiques individuels.

9.2.5. L'analyse des pratiques professionnelles

Selon la même approche que celle mise en œuvre auprès des étudiants en soins infirmiers, l'équipe pédagogique a impulsé l'entraînement à l'analyse de pratiques professionnelles chez le futur aide-soignant. L'objectif reste toujours la réflexion sur ses actions, sa posture, ses relations à l'autre et son rapport aux institutions.

Chaque séance comprend l'énoncé des principes à respecter, les explications du rôle de chaque acteur et du déroulement de la séance : exposé de la situation retenue, phase des questions, phase d'émission d'hypothèses et synthèse. L'analyse doit aborder la situation selon une approche multi-référentielle, ce qui permet notamment aux apprenants de mobiliser les savoirs abordés dans la formation et de ne pas rester centrés sur une seule interprétation de la situation vécue.

Concrètement, ces séances s'effectuent en petits groupes sur du temps de stage, constituant bien un temps de formation clinique : elles ponctuent les stages 1 et 2. Elles sont animées par un formateur, la co-animation avec un professionnel de terrain étant planifiée pour l'année 2015. Le formateur est avant tout un accompagnateur réflexif : il suscite la réflexion et est garant de l'absence d'émissions de solutions, de conseils.

Ces séances s'appuient sur une des situations présentées par chaque élève du groupe sous la forme d'un titre. Ces situations ont été ramenées par les apprenants de leur lieu de stage (consigne formulée lors de la préparation du stage). Après sélection d'une situation par le groupe sur le principe du vote à main levée, l'élève décrit la situation qu'il a vécue et exprime en quoi elle l'a interpellé. Les membres du groupe lui posent alors des questions pour éclairer cette situation, l'exposant se réservant le droit de ne pas répondre selon la nature de la question. Quant à lui, l'animateur veille au respect du cadre et à la multi-référentialité.

Ensuite, les membres du groupe émettent des hypothèses de compréhension. La parole est rendue à l'exposant pour lui permettre de verbaliser son vécu de l'analyse, le nouvel éclairage apporté à la situation et son enrichissement de l'analyse initiale qu'il a réalisée de façon informelle suite à la situation professionnelle.

9.2.6. La régulation de stage avec les psychologues

Il s'agit d'un lieu où l'élève va pouvoir faire part de son vécu en stage. Cette régulation est un temps de stage et a lieu à la fin du stage, 4 fois par an. Elle se fait en petits groupes de 15 personnes avec un psychologue. Il est important que le cadre soit défini à chaque début de séance à savoir la confidentialité, le non-jugement. Le psychologue régule la parole des participants permettant à chacun de s'exprimer. L'élève peut aborder des situations de soins,

son relationnel avec les personnes et avec l'équipe. La non-présence des formateurs peut libérer la parole des élèves. Le psychologue, de par sa formation, peut déceler des difficultés chez certains élèves en lien avec la formation.

Ce temps de parole offert permet de clôturer le stage avant d'aborder une nouvelle séquence de cours.

9.3. LE SUIVI PEDAGOGIQUE

Afin d'assurer le suivi de la progression des élèves, un bilan initial est réalisé de façon collective dès le deuxième jour de formation. L'objectif est que l'élève repère :

- sa représentation de la fonction aide-soignante,
- ses acquis personnels et/ou professionnels en début de formation,
- ses difficultés éventuelles pouvant être rencontrées durant l'année,
- ses moyens pouvant être mis en œuvre pour faire face à ces difficultés,
- ses attentes de la formation,
- et les perspectives professionnelles.

Ce bilan constitue le point de départ du cheminement de l'élève en formation. Il est formalisé sur un support écrit intitulé, « Guide du suivi pédagogique ». Durant l'année de formation, ce travail permettra à l'élève de mesurer les effets de la formation sur son positionnement professionnel et sa progression dans la construction des compétences et de son identité professionnelle.

Ensuite, conformément à la réglementation en vigueur, un suivi pédagogique personnalisé est instauré. A ce titre, chaque formateur est référent d'un groupe d'élèves dont il assure le suivi pédagogique individualisé. Deux entretiens sont formalisés en cours et en fin d'année sur la base d'un rendez-vous d'environ 45 minutes. L'élève doit préparer ce suivi à partir d'un support inclus dans le guide du suivi pédagogique et de son livret de stage. Ainsi, cela permet à l'élève de se situer dans la formation et d'évaluer sa progression.

En parallèle, des suivis pédagogiques individuels peuvent être réalisés à la demande de l'élève et/ ou du formateur.

Enfin, le dernier jour de cours, un bilan collectif de fin de formation permet à l'élève d'exprimer le vécu de la formation en termes de points forts et de points à améliorer, le vécu de l'alternance et la façon dont il se situe en tant que futur professionnel.

9.4. L'EVALUATION

Le système d'évaluation mis en œuvre est conforme au référentiel de formation en vigueur. Il comprend l'évaluation de l'enseignement théorique, c'est-à-dire des 8 modules, et l'évaluation de la formation clinique, c'est-à-dire des 8 compétences, le tout permettant la validation des 8 unités de formation pour les cursus complets.

9.4.1. L'évaluation de l'enseignement théorique

Dès le premier jour de formation, la programmation et les modalités de l'ensemble des évaluations des modules sont communiquées aux élèves. Ce dispositif de transparence doit permettre aux apprenants d'organiser leur travail personnel. Sur cette programmation apparaissent également les dates et horaires de communication des résultats de première session, de correction de ces épreuves et des épreuves de rattrapage.

9.4.1.1. Les épreuves écrites :

Module 1 « Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne » : en plus d'une série de questions sous forme de QROC et de QCM, le cas clinique mobilise des capacités d'analyse de situations d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Il ne s'agit en aucun cas de reproduire une participation de l'aide-soignant à la démarche de soins évaluée dans la mise en situation professionnelle.

Modules 2 « L'état clinique d'une personne » et 6 « Hygiène des locaux hospitaliers » : l'épreuve consiste en une série de questions sous forme de QROC et de QCM. Les questions faisant référence à de la pratique, de l'analyse et de la réflexion sont pondérées de façon plus importantes que les questions portant uniquement sur la restitution de connaissances.

Module 5 « Relation - Communication » : la formalisation d'un document écrit d'une situation relationnelle vécue en stage doit permettre à l'élève d'analyser cette situation au regard des éléments théoriques, règlementaires et de la compétence 5. Ce travail est évalué par le formateur de l'IFAS qui sera membre du jury lors de l'argumentation orale de ce travail. Une guidance semi-collective lors de l'élaboration de ce travail a pour but d'orienter l'élève dans le choix d'une situation pertinente. Cette séance, en petits groupes, animée par un formateur, favorise les échanges entre apprenants et joue le rôle de « commission de recevabilité » de la situation de soutien psychologique restant à analyser de façon individuelle.

Module 7 « Transmission des informations » : il s'agit d'une épreuve écrite organisée en institut. Elle repose essentiellement sur l'analyse de documents extraits de dossiers de soins et relatifs à la prise en soins de plusieurs personnes. Elle est construite en respectant l'énoncé de la compétence en lien : rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.

Module 8 « Organisation du travail » : elle se décompose en 2 parties, une portant sur la connaissance des limites du champ de compétences de l'aide-soignant qui est pondérée de façon plus importante et un cas concret amenant l'élève à organiser son travail sur un outil de planification. Il nous paraît essentiel que le futur professionnel connaisse et respecte son champ d'intervention en collaboration et sous la responsabilité de l'IDE.

L'ensemble de ces épreuves est élaboré par l'équipe pédagogique et bénéficie d'une double correction de façon anonyme.

9.4.1.2. Les mises en situation professionnelle :

Conformément à une décision régionale prise en CEFIEC :

- Pour la MSP en lien avec le module 1, l'élève prépare deux participations à la démarche de soins et le jury en retient une.
- Pour la MSP en lien avec le module 3, l'élève prépare trois participations à la démarche de soins (deux pour les unités de réanimation, de soins intensifs...) et le jury en retient une.

Le guide d'évaluation, élaboré en CEFIEC, est utilisé pour ces deux MSP.

La MSP du module 1 est réalisée au cours du troisième stage pour les cursus complets, c'est-à-dire après deux enseignements cliniques, permettant ainsi à l'apprenant d'acquérir et de développer des connaissances et de les mettre en lien autour de situations d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne rencontrées en stage.

Dans ce même objectif, décliné autour de situations de soins, la MSP du module 3 est réalisée au cours du cinquième stage pour les cursus complets et au cours du deuxième stage de la compétence 3 pour les cursus partiels.

9.4.1.3. L'épreuve pratique du module 4 :

Notre Institut présente la particularité, au niveau régional, de l'organiser en structure médico-sociale. En effet, l'objectif est de mettre l'élève dans un contexte environnemental

réel de travail, ce qui renforce notre mise en œuvre de l'alternance intégrative. Cette évaluation, face à un jury composé de deux formateurs, se décompose en deux temps :

- la réalisation d'un acte de manutention auprès d'un résident,
- l'auto-évaluation de cet acte par l'apprenant au regard des éléments théoriques du module 4 et des éléments de la compétence concernée.

9.4.1.4. L'épreuve orale du module 5 :

L'argumentation individuelle du travail écrit est évaluée par un jury composé d'un formateur de l'IFAS et un formateur de l'IFSI à partir d'un guide d'évaluation présenté aux élèves. L'accent est mis sur la posture du futur professionnel et l'enrichissement apporté par ce travail.

9.4.2. L'évaluation de la formation clinique

L'évaluation des 8 compétences en stage est réalisée par les professionnels de terrain qui encadrent l'élève sous la responsabilité d'une IDE ou du cadre du service. Elle porte sur des faits observés dans le cadre d'une relation professionnelle et doit prendre en compte la progression de l'élève au cours du stage après réalisation d'un bilan initial avec présentation des objectifs et d'un bilan de mi-stage.

9.4.3. La communication des résultats

La communication des résultats des évaluations des modules, pour les sessions 1, se fait par voie d'affichage, après validation par le Directeur de l'Institut. Par souci d'équité, les résultats ne sont communiqués que lorsque l'ensemble des élèves a passé les MSP des modules 1 et 3. Les élèves prennent ensuite connaissance des guides d'évaluation et ont la possibilité de prendre rendez-vous avec un formateur afin d'identifier leurs points forts et leurs axes d'amélioration. Pour les élèves qui ont passé au moins une session de rattrapage, le résultat n'est communiqué qu'après la tenue du jury plénier du DEAS, sur décision de la DRJSCS de Midi-Pyrénées.

Quant à l'évaluation des compétences, les élèves en ont connaissance au fur et à mesure des stages, ce qui leur permet d'effectuer la moyenne après la fin du sixième stage.

10. LES AUTRES MISSIONS DES INSTITUTS DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE D'ALBI

Outre leur mission première dévolue à la formation initiale, les Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi ont également une mission de formation continue et d'adaptation à l'emploi.

10.1. FORMATION CONTINUE INCLUANT LA FORMATION D'ADAPTATION A L'EMPLOI

Plusieurs formations continues ont été initiées, mises en œuvre et développées par l'équipe pédagogique.

10.1.1. « Réactualisation des pratiques professionnelles aides-soignantes et encadrement des stagiaires ou des nouveaux collègues »

Initialement conçue en 2008 pour les AS formés(es) avant 2005, cette formation de 21 heures est ouverte, après bilan, aux IDE depuis deux ans afin de répondre à différents objectifs :

- clarifier l'étendue du champ de compétence et de responsabilité de l'aide-soignant(e),
- auto-évaluer, analyser et réajuster ses pratiques professionnelles dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, de son travail en collaboration avec l'infirmière et de l'encadrement des stagiaires ou des nouveaux collègues,
- réactualiser et/ou acquérir des savoirs théoriques et pratiques,
- identifier les modalités de réinvestissement des acquis de la formation dans la pratique quotidienne.

Cette formation est programmée deux fois par an, mais l'équipe peut réajuster le nombre de sessions en fonction de la demande. Il s'agit avant tout de créer un lieu d'échanges entre divers professionnels exerçant dans différents types de structures, afin de confronter les pratiques et de susciter des groupes d'analyse. Des thématiques, prédéfinies par l'équipe, sont abordées à chaque session et une journée à distance permet aux formateurs d'adapter les contenus afin de répondre aux demandes émanant du groupe de participants.

10.1.2. « Mieux comprendre pour mieux communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée en secteur médico-social ou sanitaire »

Initialement conçue en 2012 pour les agents (AS, AMP, IDE, AVS ou AVF, ASH, animateur...) travaillant en structure accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée afin de répondre aux objectifs suivants :

- clarifier les éléments essentiels caractérisant la démence et ses symptômes psycho-comportementaux,
- auto-évaluer, analyser et réajuster sa communication auprès de ces personnes, afin d'adapter son comportement, son savoir-faire et savoir-dire.

Cette formation de 14 heures est planifiée deux fois par an, mais le nombre est réajusté en fonction de la demande et pour l'année 2014, 4 sessions ont été programmées. Ceci répond à une demande de structures amenées à ouvrir des services spécialisés dans le cadre du plan Alzheimer (PASA, UHR, UCC...).

10.1.3. « Assistant de soins en gérontologie »

Initialement conçue en 2011 en partenariat avec ARSEEA Institut Saint-Simon site d'Albi, cette formation de 140 heures s'inscrit dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. Elle est ouverte aux AS et AMP en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'objectif principal est de construire les cinq compétences en lien avec la qualification d'Assistant de Soins en Gérontologie par l'appropriation de différents outils et capacités :

- analyser la situation,
- mettre en œuvre des actes adaptés au contexte (environnement humain et matériel),
- évaluation et réajustement de cette mise en œuvre.

Déclinée sur la base d'un référentiel de compétences, cette formation tient compte des projets des participants. Les formateurs suivent la progression pédagogique des professionnels à travers l'élaboration d'un Travail Individuel de Formation, dans le cadre d'un Projet Individuel de Formation. Ce travail porte sur le développement d'un savoir, d'un savoir-faire mais aussi d'un comportement dans le cadre d'une activité en équipe pluri-professionnelle et en réseau. Il permet ainsi d'évaluer la construction de nouvelles compétences. Les spécificités de la formation proposée par les deux Instituts sont de permettre à chaque professionnel de participer à différents groupes d'analyse de pratiques à thèmes et

d'effectuer deux journées d'observation dans des services spécifiques à la prise en charge de cette maladie.

10.1.4. « Aspirations endo-trachéales »

Dans le cadre du décret N°99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales et de la circulaire DPS/PS 3 N°99-642 du 22 novembre 1999 relative aux aspirations endo-trachéales, le maintien de la liberté des voies respiratoires nécessite chez les personnes trachéotomisées des aspirations endo-trachéales périodiques qui ne peuvent être planifiées et qui doivent être effectuées rapidement par des tiers, à condition que ces derniers, sur prescription médicale, aient suivi une formation ad hoc pour effectuer cet acte en l'absence d'un infirmier. Dans ce contexte, une formation de 14 heures est proposée de façon spécifique à une équipe soignante et éventuellement à des aidants, avec comme objectif global de leur permettre, en cas de besoin, des aspirations endo-trachéales dans le respect des règles professionnelles et de sécurité pour la seule personne concernée. Un accompagnement sur site est proposé.

10.1.5. « Accompagnement à la VAE »

Conformément aux objectifs et aux méthodes pédagogiques déclinés dans l'arrêté du 25 janvier 2005 modifié, relatif aux modalités d'organisation de la Validation des Acquis de l'Expérience pour l'obtention du D.E.A.S., et dans l'arrêté du 19 février 2010, le module facultatif de 70 heures est proposé aux candidats à la VAE. De plus, un accompagnement de 24 heures maximum, peut être suivi par les candidats qui le souhaitent. Cet accompagnement est réalisé sous une forme collective et/ ou individuelle.

10.2. PREPARATION AUX CONCOURS D'ENTREE EN IFSI

10.2.1. Préparation au concours d'entrée en IFSI pour les aides-soignants du Centre Hospitalier d'Albi

Les titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant et du diplôme d'auxiliaire de puériculture exerçant au sein du Centre Hospitalier d'Albi et justifiant de trois ans d'exercice en équivalent temps plein peuvent bénéficier d'une préparation à l'épreuve de sélection, dans le cadre de la promotion professionnelle interne.

RAPPEL : MODALITES DE L'EPREUVE DE SELECTION :

Selon l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
(Modifié par l'arrêté du 2 août 2011)

L'Article 25 stipule

« L'épreuve de sélection, d'une durée de 2 heures, est organisée par le directeur de l'Institut et soumise au même jury que celui visé à l'article 13.

Elle consiste en une analyse écrite de trois situations professionnelles. Chaque situation fait l'objet d'une question.

Cette épreuve permet d'évaluer l'aptitude à poursuivre la formation notamment les capacités d'écriture, d'analyse, de synthèse et les connaissances numériques.

Les candidats doivent obtenir une note au moins égale à 15 sur 30 à cette épreuve.

Le nombre total d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture admis par cette voie est inclus dans le quota de l'Institut en soins infirmiers et ne peut excéder 20% de celui-ci. »

Pour préparer les participants à l'épreuve de sélection du concours d'entrée à l'IFSI, les objectifs pédagogiques sont axés sur la mobilisation des aptitudes numériques, le développement des techniques d'écriture, d'orthographe, de compréhension de textes, ainsi que le développement des capacités de réflexion, d'analyse et de synthèse à partir de situations professionnelles vécues.

Cet accompagnement se déroule sur 4 sessions d'une durée totale de 10 heures en présentiel. Il est demandé aux participants de réaliser des exercices sur du temps de travail personnel intersession.

Les 3 premières séances, de 3 heures chacune, sont collectives.

La première séance consiste en une présentation des participants : cursus professionnel, points forts, points à améliorer, attentes par rapport à ces 10 heures de préparation.

Puis débute le travail sur les connaissances numériques : exercices de conversion des unités de mesure (poids, volume...), additions, soustractions, multiplications, divisions, pourcentages, Les participants ont pour consigne de rédiger une situation professionnelle vécue pour la deuxième séance.

La seconde séance a pour objet la réalisation d'un travail de synthèse des situations rédigées en intersession (échange des situations entre les participants), puis il y a lecture de la situation écrite et une présentation orale de la synthèse.

Ses situations seront à retravailler individuellement pendant l'intersession.

La troisième séance permet d'exploiter les situations professionnelles par un travail d'écriture, d'analyse, de synthèse.

Les connaissances numériques sont revues.

Une nouvelle situation professionnelle est à travailler individuellement en transférant les éléments étudiés lors des 3 premières séances. Il est aussi demandé la réalisation d'exercices sur les connaissances numériques.

La dernière séance est individuelle et dure 1 heure.

Chaque participant rencontre un formateur de l'IFSI afin d'exploiter la situation travaillée.

Elle permet aussi de réaliser un bilan individuel de cette préparation et de donner des perspectives pour continuer le travail seul.

10.2.2. Préparation au concours d'entrée en IFSI pour les candidats de droit commun

Cette formation répond aux besoins d'une population majoritairement composée de jeunes adultes venant d'obtenir un baccalauréat. Elle a pour finalité de combiner la préparation aux différentes épreuves du concours d'entrée en IFSI et d'appréhender le milieu professionnel infirmier. Les différents enseignements et les stages d'observation vont contribuer à l'évolution des représentations sociales de la profession d'infirmière des candidats vers des représentations professionnelles encore en construction.

L'IFSI propose un cycle de formation qui s'attache à préparer les candidats aux épreuves du concours, à apprécier leurs aptitudes et à faciliter leur intégration dans une formation professionnelle, en les sensibilisant à l'exercice professionnel infirmier.

Pour accéder à la formation préparatoire, les candidats doivent respecter les conditions requises pour se présenter aux épreuves de sélection, et respecter les modalités d'inscription.

Le dossier d'inscription

Il comprend :

- un Curriculum Vitae
- une lettre de motivations
- une copie du dossier scolaire comportant les résultats obtenus, les appréciations des professeurs, les absences.

La sélection s'effectue à partir du dossier et d'un entretien.

Les objectifs

Cette formation a comme objectifs de préparer le futur candidat aux épreuves du concours, mais aussi à la formation professionnelle qu'il va suivre, c'est pourquoi nous souhaitons que le futur candidat soit capable :

- d'identifier et mesurer ses potentialités ;
- de développer sa curiosité intellectuelle et des connaissances notamment dans les domaines du sanitaire et du social ;
- d'acquérir une méthodologie sur la prise de notes, la lecture rapide, les résumés, la synthèse ;
- d'expliquer, commenter, analyser ;
- de développer ses capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et ses aptitudes numériques ;
- de développer la connaissance de soi ;
- de s'auto évaluer.

L'Organisation pédagogique des enseignements

Le groupe est constitué de 26 personnes. C'est un effectif limité pour favoriser l'interaction avec les intervenants et favoriser un suivi personnalisé.

La durée de la formation est de 24 semaines, de mi-septembre à mi-mars.

Elle se décline de la façon suivante :

- vingt semaines d'enseignement
- deux fois deux semaines de stage d'observation
- deux semaines de vacances à Noël

Durant les vingt semaines d'enseignement sont proposés :

- des apports théoriques, vingt-cinq heures par semaine, assurés par des professeurs, des formateurs de l'IFSI, des professionnels de terrain, des personnes qualifiées dans les domaines traités.

- des Travaux Dirigés centrés sur des thématiques sanitaires et médico-sociales en petits groupes, pour favoriser la réflexion.

- des temps de réflexivité par des analyses de situations vécues en stage, et par l'analyse de leur vécu.

Durant les deux fois deux semaines, sont proposés :

- des stages d'observation essentiellement dans des lieux de vie.

Des évaluations régulières, toutes les 6 semaines, sont réalisées dans les mêmes conditions que le concours.

Un relevé trimestriel de notes est adressé à chaque candidat ainsi qu'aux parents.

Une évaluation de cette formation est effectuée en fin de cycle, ce bilan auprès de chaque candidat permet de réajuster si nécessaire.

10.3. RECHERCHE ET DOCUMENTATION

De l'action du documentaliste au sein de l'IFMS d'Albi

Lors de sa prise de fonction en tant que responsable du centre de documentation et d'information, en septembre 2007, la mission première du documentaliste s'inscrivait déjà dans une logique pédagogique, mission et logique qui s'accentueront deux ans plus tard avec l'arrivée du nouveau référentiel de formation relatif au diplôme d'État infirmier. A partir de septembre 2009, de collaborateur le documentaliste est devenu un acteur essentiel dans la mise en œuvre du nouveau référentiel de formation.

Avant l'application de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier, la mission du documentaliste avait une double visée pédagogique : répondre aux demandes des étudiants en supports d'information externes (presse, livres, films etc.) mais aussi aux sollicitations des formateurs lors de la préparation des cours. Par nature, la fonction du documentaliste *était* pédagogique (cette qualité se renforcera à partir de 2009). Malgré sa richesse, le Centre de documentation et d'information (CDI) demeurait sous-exploité en 2007. Il était donc important que le documentaliste agisse pour que l'équipe pédagogique bénéficie au mieux du potentiel de ce lieu consacré à la diffusion des savoirs, sous leurs formes matérielles mais aussi dématérialisées. Bien entendu, cette action devait aussi s'adresser, avec plus de force encore, aux étudiants. Pour ce faire, trois axes d'intervention du documentaliste furent poursuivis : la formation à la recherche documentaire, la participation directe à l'activité pédagogique et l'offre d'outils de formation continue.

Former à la recherche documentaire implique pour la documentaliste une excellente connaissance du fonds du CDI, des moyens techniques qu'il propose et de son organisation. L'action du documentaliste est en premier lieu de familiariser les étudiants aux instruments de la recherche documentaire (utilisation des fichiers bibliographiques, moteurs de recherche sur internet, du langage documentaire, définition des mots-clés etc.). Ce n'est que dans un second temps qu'intervient l'apprentissage des méthodologies de recherche : apprendre à choisir les documents selon leur pertinence et leur fiabilité, à vérifier les données par l'examen des sources et le recoupement des informations.

Ceci étant, ce travail d'apprentissage à la recherche documentaire n'aurait que peu de sens s'il ne devait aboutir à la restitution d'un travail personnel de l'étudiant. Ainsi, le documentaliste est là pour lui apprendre les usages de la mise en forme, les techniques de base de correction et de rédaction dans le respect de normes établies et du code de la propriété intellectuelle. C'est à ce niveau de la restitution que s'effectue le glissement du rôle du documentaliste vers le second axe de son intervention, sa participation à l'activité pédagogique.

Si l'apprentissage des méthodes de recherche et de restitution est un élément primordial du rôle joué par le documentaliste, il ne se justifie que lors de sa mise en œuvre concrète dans le corpus pédagogique. L'enseignant et l'étudiant expriment des besoins en information en lien avec les modules d'enseignement. Pour le documentaliste, cela signifie qu'il doit non seulement connaître les programmes mais aussi conserver et enrichir un fonds documentaire pertinent et actuel. Il doit assurer une veille documentaire, prendre en compte les demandes spécifiques qui lui sont faites, apporter à l'enseignant des réactualisations tant sur le plan des données propres aux matières que sur le plan des méthodes pédagogiques. En ce sens, le travail du documentaliste doit tendre à l'exhaustivité des sources (bulletins officiels, protocoles hospitaliers, revues, livres, supports vidéo etc.), réunies en une base de données fiable et à jour, avant de mettre à disposition du public soignant une bibliographie de référence. L'un des soucis premiers du documentaliste est de faire du CDI un lieu dynamique et ouvert à tous.

Le public du Centre de documentation ne se limite pas aux étudiants et formateurs. En effet, des demandes en informations peuvent être formulées par le personnel administratif de l'hôpital comme, par exemple, la direction des ressources humaines. Le CDI est abonné à plusieurs revues concernant directement le service (Revue hospitalière de France, DH

Magazine, *Manager de santé*, *Objectif soins management*). Les services de soins peuvent le consulter pour ses ouvrages et/ou ses revues telles qu'Interbloc.

Mais là où le CDI est tout aussi efficace c'est au niveau de la formation continue selon que le documentaliste est sollicité sur son lieu de travail ou qu'il décide de susciter les demandes dans les services de soins. Dans le premier cas, les usagers potentiels suivant une formation au sein de l'IFSI et de l'IFAS sont sensibilisés à la recherche d'information puisqu'ils souhaitent travailler sur leur pratique de soins. Le documentaliste propose ainsi des ouvrages adaptés après s'être renseigné sur le contenu de la formation. Dans le second cas, les soignants n'ont pas de besoins clairement exprimés. Le documentaliste doit donc susciter les demandes par une présence suivie au Centre hospitalier. Cela peut se traduire par la diffusion de produits documentaires (revue de presse, bulletin d'information) et la création d'outils de communication (newsletter adressée au service).

On aura compris que les multiples interventions du documentaliste, citées ci-dessus, constituent le socle de son action pédagogique. Avec l'arrivée du nouveau référentiel de formation et son application en septembre 2009, le rôle du documentaliste dans le projet pédagogique va s'accroître et s'élargir.

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État Infirmier intègre la formation dans le cursus licence master doctorat, induisant la modification des organisations pédagogiques des IFSI. Cela a eu pour conséquence l'implication accrue du documentaliste dans la mise en œuvre du programme de formation.

L'action du documentaliste s'articule tout particulièrement autour de l'UE 6.1, « Les méthodes de travail », dont le programme est le suivant : méthodes de travail personnel et en groupe ; initiation à l'informatique et aux logiciels de base (le documentaliste est chargé d'organiser le passage du certificat informatique et internet C2I) ; recherche documentaire (recueil et organisation de l'information, fiche de lecture, recherche sur internet, les documents écrits - compte rendu, rapport, mémoire, rédaction d'un article professionnel) ; les outils et moyens de communication et de créativité. Si quelques-uns des éléments de ce programme étaient déjà dispensés par le documentaliste, le nouveau programme va étoffer son domaine d'intervention et l'officialiser, donnant par là même une plus grande visibilité, un plus grand champ d'application à la matière documentaire.

Ainsi, les compétences acquises par les étudiants en cours d'UE 6.1, validées en fin de semestre 1, sont sollicitées lors de l'enseignement de deux autres UE importantes : l'UE 3.4, Initiation à la démarche de recherche, et l'UE 5.6, Analyse de la qualité et traitement des

données. Ces deux unités d'enseignement sont validées lors de la remise du mémoire de fin d'études. Tout concourt ici à l'acquisition des compétences 7 et 8 (analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques) en vue de la réalisation d'un travail d'intérêt professionnel présenté à l'écrit comme à l'oral. Pour atteindre ce but, les étudiants - comme les formateurs en recherche constante d'informations pour étayer les cours et les TD - peuvent, dans un premier temps, asseoir leur démarche de recherche sur des prérequis issus des enseignements dispensés lors de l'UE 6.1 : évaluer la qualité de l'information, exploiter un document papier, utiliser les ressources de l'environnement institutionnel et éditorial en sciences infirmières, rechercher des définitions fiables, en ligne et sur support papier et respecter le droit intellectuel. Dans un second temps, les étudiants peuvent compter sur l'accompagnement du documentaliste pour parvenir aux objectifs fixés : rechercher des concepts en soins infirmiers, intégrer les réseaux sociaux lors de l'apprentissage, localiser des documents scientifiques, repérer des lieux de ressources documentaires, distinguer les niveaux de lecture d'un document, conceptualiser sa veille documentaire.

Une fois acquises, ces méthodes seront fort utiles lorsque l'étudiant devra interroger et analyser sa propre pratique professionnelle à travers l'UE 5.6. La documentation, une fois encore, est à la base de cette démarche dont les objectifs seront alors de confronter sa pratique à celle de son environnement : formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie et de l'évolution des sciences et techniques ; identifier les améliorations possibles, les problématiques ; formuler un questionnement ; choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés... Pour tout cela, le CDI propose des ouvrages méthodologiques et des exemples de travaux de recherche composant un fonds documentaires en constant enrichissement.

L'application du nouveau référentiel de formation a donc consacré le rôle prépondérant du documentaliste dans la démarche d'acquisition des compétences des étudiants. Mais ceci ne peut se faire que dans le cadre d'une coopération pédagogique documentaliste-formateurs efficace.

Le référentiel de formation insiste sur la nécessité pour les étudiants d'acquérir une culture de l'information. De nouveaux apprentissages sont donc nécessaires, reposant par-là même la question de l'articulation formateurs/documentaliste dans une perspective pédagogique. Concevoir la complémentarité des acteurs pédagogiques, apporter une valeur ajoutée à la

formation par la mutualisation des ressources et inscrire la maîtrise d'information dans le processus d'apprentissage, tel est ce vers quoi doit tendre la collaboration formateurs/documentaliste. Le documentaliste est ici force de proposition pour aider un formateur à construire une séquence pédagogique. Il est le point nodal d'un réseau de diffusion et d'échanges d'informations. C'est à lui qu'appartient de mettre en place des outils de communication entre promotions, de servir d'interface lors de travaux de groupes, de créer un espace collaboratif via internet et les réseaux sociaux et de veiller à l'efficacité du système de formation à distance (web-conférence, e-formation, e-learning...).

Si, avant septembre 2009, le travail du documentaliste était important en terme de pédagogie, avec l'arrivée du nouveau référentiel de formation ses interventions ont pris une tout autre dimension en s'inscrivant pleinement dans le processus d'acquisition des compétences par les étudiants. Dès lors, cette situation demande une réactualisation constante de son savoir-faire au service de son engagement auprès des étudiants et des formateurs.

11. POUR UNE DEMARCHE QUALITE EN PROJET

L'évolution du contexte réglementaire, l'importance donnée à l'évaluation dans le domaine de la formation et la mise en place du GCS, nous conduisent à nous doter d'outils permettant une inscription dans une démarche d'amélioration continue de la Qualité.

« Le système qualité c'est « l'ensemble de la structure organisationnelle, des responsabilités, des procédures, des procédés et des ressources pour mettre en œuvre la gestion de la qualité. »⁷⁸

« Il a pour fonctions principales de « développer, établir, documenter, mettre en œuvre et maintenir le système grâce auquel les politiques et les objectifs fixés pour la qualité du service peuvent être atteints. »⁷⁹

Concrètement, pour l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi le système Qualité est un moyen :

- **d'améliorer les prestations offertes aux apprenants**

⁷⁸ ISO 8402

⁷⁹ ISO 9004

- par un accompagnement de leur progression et d'identification de leurs ressources, ainsi que de la construction de leur identité professionnelle et la consolidation de leur projet professionnel ;

- par la prise en compte de leurs projets professionnels lors de la mise en stage ;
- par l'analyse et la conceptualisation des situations ;
- par une démarche réflexive sur les pratiques professionnelles et leur propre pratique ;
- par une évaluation régulière de leur niveau de satisfaction afin d'être en mesure de détecter au plus tôt les atouts et les points à améliorer : questionnaires de satisfaction à chaque fin de semestre et en fin de stage dans certaines structures ;
- par une participation à la démarche d'analyse de l'évaluation.

- **de tendre vers une harmonisation des pratiques pédagogiques**

- par des réunions pédagogiques régulières traitant des questions pédagogiques, organisationnelles et administratives, faisant l'objet d'un ordre du jour, d'un compte rendu et d'un suivi des décisions prises ;

- par des réunions de coordination de chaque semestre animées par le coordonnateur pédagogique et les référents du semestre ayant pour objectif l'articulation et l'harmonisation des pratiques pédagogiques, faisant l'objet d'un ordre du jour, d'un compte rendu et d'un suivi des décisions prises ;

- par la participation aux commissions de travail des instances régionales (CEFIEC et ARS) ;

- par des réunions d'harmonisation des contenus pédagogiques des travaux dirigés organisés en groupes restreints ;

- par la mise en œuvre de la plateforme pour les IFSI de la Région Midi-Pyrénées.

- **d'améliorer l'organisation interne, la coordination des activités et donc l'efficacité**

- par une circulation facilitée des informations au sein de l'IFMS ;

- par le regroupement des secrétariats ;

- par la formalisation unique des documents rédigés ;

- par une mise à disposition des documents et informations sur le dossier partagé informatique ;

- par la mise en place d'une revue documentaire unique et la formation de tous les acteurs pouvant s'y référer.

- **de favoriser la participation et la responsabilisation de chacun des acteurs**

- par une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux embauchés ;
- par des entretiens annuels d'activité ;
- par la proposition de formations continues en lien avec les besoins exprimés au regard de la politique de l'IFMS ;
- par l'acquisition de matériel pédagogique innovant (plateforme, matériel de simulation de haute-fidélité...);
- par la qualité des locaux en devenir ;
- par la mise en œuvre d'un travail de concertation afin de comprendre les intérêts et contraintes des partenaires ;
- par une collaboration étroite avec les terrains de stage, en particulier sur l'encadrement en stage, les documents d'accueil et de ressources, la définition des objectifs et de retour sur expérience.

- **de faire connaître et reconnaître la formation dispensée, de faire état de nos compétences par une évaluation objective**

- par l'organisation de conférences ;
- par la participation des formateurs à des instances et groupes de travail au sein des établissements de rattachement ;
- par la modernisation du site internet ;
- par des propositions de formations continues ;
- par le développement des partenariats universitaires (facultés de médecine, sciences humaines, droit et l'Université Champollion, futur site de nos locaux.

- **de définir et suivre des indicateurs qualité de l'apprentissage, du fonctionnement, de la gestion ;**

- **d'anticiper la demande des pouvoirs publics dans le domaine de la qualité au niveau des organismes de formation.**

CONCLUSION

Ce document se veut être au service et à disposition de tous, aussi bien les futurs étudiants/élèves, que les étudiants/élèves, les futurs formateurs, les formateurs et l'ensemble des acteurs de santé qui contribuent à la professionnalisation des apprenants.

En effet, nous pensons que c'est par l'implication de tous, de l'apprenant lui-même et de tous les professionnels, que nous serons à même d'accompagner le futur infirmier ou aide-soignant à construire les compétences qui lui permettront de dispenser des soins de qualité.

Ce projet est une déclinaison pédagogique du référentiel de formation infirmière de juillet 2009, véritable défi pour toute l'équipe pédagogique puisque la formation aide-soignante s'appuie aussi sur mêmes principes.

Pour nous, élaborer ce projet pédagogique, et le mettre à disposition, est un acte fort qui nous engage socialement.

Nous avons été dans l'obligation de changer de paradigme et de faire évoluer, notamment, nos représentations sur le rôle et la posture de l'étudiant et du formateur.

L'étudiant a toujours été au centre du dispositif de formation, mais la pédagogie du socio-constructivisme nous a permis parfois de reconsidérer les choses et de nous rappeler, si besoin était, que l'étudiant a des ressources et est capable de les mobiliser pour apprendre.

Le formateur, quant à lui, est un pédagogue réflexif qui accompagne l'étudiant dans le questionnement et la posture réflexive. Il n'est plus uniquement un enseignant transmettant son savoir.

Nous espérons aussi avoir su mettre en exergue le rôle et la place des professionnels qui participent à la formation des apprenants car c'est notamment grâce à un partenariat renforcé que nous pouvons faire vivre l'alternance intégrative.

C'est vraiment par un travail de collaboration et de déclinaison de notre complémentarité auprès des étudiants/élèves que nous légitimerons notre place d'acteur social.

*« Former, drôle de praxis et de discours qui consiste à créer des formes sans en être l'auteur,
A être effacé et présent, à se situer ni sur l'ordre du don ou de la dette, ni sur celui de la mission ou du militantisme mais sur celui d'une rencontre qui ne va durer que le temps d'un espace, d'un temps, telle une empreinte sur le sable que la vague vient effacer et du coup ouvrir de nouveaux possibles. »⁸⁰*

⁸⁰ ALIN, Ch., *Être formateur. Quand dire c'est écouter*, L'Harmattan, 2002.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- ALIN, Ch., *Être formateur. Quand dire c'est écouter*, L'Harmattan, 2002.
- ARDOINO J ; BERGER G., *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*, Paris : Editions Matrice, 1989.
- ARIES Ph., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*, Paris-Mesnil : Seuil, 1977.
- BARBIER J.M., sous la direction de, *Signification, sens, formation*, Paris : PUF, 2000.
- CLENET J., *L'ingénierie des formations en alternance*, Paris : Dunod, 2^e édition, 2002.
- COLLIERES, M.F., *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris : InterEditions/Masson, 1982.
- COUDRAY M.A. ; GAY C., *Le défi des compétences : comprendre et mettre en oeuvre la réforme des études infirmières*, Paris : Elsevier et Masson, 2009.
- DUBAR, C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 2000.
- GEAY A. ; SALLABERRY J. C., *L'école de l'alternance, Alternances, Développements*. Paris : L'Harmattan, 1998.
- GRIPI [Groupe de recherche interprofessionnel sur la profession de l'infirmière], *L'identité professionnelle de l'infirmière*, Paris : Le Centurion, 1986.
- JONNAERT Ph., *Compétences et socioconstructivisme : Un cadre théorique* : De Boeck Supérieur, 2009.
- LAPLANCHE J. ; PONTALIS J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, sous la direction de Daniel LAGACHE, Presses Universitaires de France, 1984.
- LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation, 2001.
- LE BOTERF G., *Professionaliser : Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Eyrolles, 2010.
- MALGLAIVE G., *Enseigner à des adultes : travail et pédagogie*. Paris : PUF, 1993.
- MENDRAS H., *Éléments de sociologie*, Armand Colin, 1989.
- MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, Paris : ESF, 1990.
- PERRENOUD, Ph., *Dix nouvelles compétences pour enseigner. Invitation au voyage*, Paris : ESF, 1999.
- PERRET-CLERMONT A-N., *La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale*, Ed. Lang, 1979.
- POURTOIS J-P. et DESMET H., *Epistémologie et instrumentation en Sciences humaines*, Paris : Mardaga, 1988.
- RAYNAL F., RIEUNIER A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés : Apprentissages, formation, psychologie cognitive*, ESF, 5^e édition, 2005.
- REYNOL J., MASTRODICASA J. *Connecting to the Net.Generation : What Higher Education Professionals Need to Know About Today's Students*. Washington : NASPA, 2007.
- ROSNAY J. DE, *Le Macroscopie. Vers une vision globale*, Paris : Seuil, 1975.

SCALLON, G., *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences* (éd. 2). Bruxelles : De Boeck, 2007.

SCHÖN Donald A., *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal : Editions Logiques, 1994.

SKIBA D. ; BARTON A., *Infusing Informatics into Interprofessional Education: The iTEAM (Interprofessional Technology Enhanced Advanced practice Model) Project*, in *Nursing informatics, where caring and technology meet*. New York : Springer, 2006.

WATZLAWICK P., *Une Logique de la communication*, trad. par Morche J., Paris : Seuil, 1979.

WITTORSKI R., *Professionalisation et développement professionnel*, L'Harmattan, 2007.

Revues

ALLEN N.J. et MEYER J.P., "The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization", *Journal of Occupational Psychology*, vol.63, 1990.

JEANGIOT N., « Approche de l'alternance en formation : étude comparée de la formation des enseignants à l'IUFM et de la formation en soins infirmiers ». RSI 1999, n°57

LEVINE J., in "Je est un autre" - (revue de l'A.G.S.A.S. - Association des Groupes de Soutien au Soutien créée par J. Lévine - Siège social : 2, place du Général Koenig 75017 PARIS)

MALGLAIVE G., *L'alternance intégrative*, Éducation et management, n° 3, mars 1993, p. 44-47

MARIAGE-GAUDRON L. « Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe. » *Soins cadres*, novembre 2009, n° 72, pp. 49-52

PEOCH N., « Le MAPP (Mode d'Accompagnement Pédagogique Personnalisé) : un modèle opératoire de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers. » RSI, n°92, mars 2008, pp.95 à 105

PERRENOUD Ph., *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*, in *Cahiers Pédagogiques*, Janvier 2001, n°390

PERRENOUD Ph., in *CAHIERS PEDAGOGIQUES, Analysons nos pratiques professionnelles*, n° 346, Paris, CRAP, 1996.

SALOMEZ J.L., LACOSTE O., *Du besoin de santé au besoin de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire*, Hérodote, n°92, 1999, p. 101-120.

WITTORSKI R., *La professionnalisation*, Revue Savoirs, L'Harmattan, n°17, février 2008, p. 9 à 36

Textes règlementaires

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, *Annexe III : Référentiel de formation*

Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications-JOCE du 30.9.2005

Loi du 15 juillet 1943, art. 12

Sites internet

AGATHOCLEOUS A., *De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale*, BBF, 1998, n° 1, p. 24-29 [en ligne] <<http://bbf.enssib.fr/>> Consulté le 12 juillet 2013.

PHANEUF M., *L'analyse des pratiques professionnelles : un outil d'évolution*, janvier 2007 ; révision oct. 2012,

http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2012/12/Analyse_des_pratiques_professionnelles.pdf

Enquêtes et rapports

L'état de santé de la population en France, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011, DREES N°805 - Juin 2012

BOURGEON G., *Socio-pédagogie de l'alternance*, UNMFREO, Paris, 1979, p.37

LOPEZ A., REMY P.L., *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, Rapport IGAS n°RM2007-045P

Mémoires

ARDOINO J., *L'approche multiréférentielle en formation et en sciences de l'éducation, Pratiques de formation (analyse)*, Paris, Université Paris VIII, 1993.

AUDEBRAND L., *L'engagement au travail des employés du multimédia*, Mémoire pour le master de gestion des ressources humaines, HEC Montréal, 2001.

KOLSI M., JAMOUSSE D., « La conciliation entre vie privée et vie professionnelle et son impact sur l'engagement au travail », ISG Tunis, Maîtrise ORH 2007.

Discours de réception à l'Académie Française de Jean ROSTAND [en ligne], 12 novembre 1959.

Usuels

REY A., *Dictionnaire Le Robert*, Editis, 2013.