

Cet article présente, en première partie, le contexte de la réforme des études infirmières en France en 2009. Une seconde partie traite de l'enseignement de la santé publique dans le nouveau programme. Nous y décrivons particulièrement les modalités d'acquisition de la compétence 5 : « initier et mettre en œuvre des soins préventifs et éducatifs », tel qu'elles ont été mises en place à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) Paul Brousse, APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) en 2010/2011, au cours des semestres 3 et 4.

A - CONTEXTE DE LA REFORME DES ETUDES INFIRMIERES EN FRANCE

I - La France au rythme de l'Europe

L'histoire de la réforme de la formation infirmière en France ne peut pas se comprendre en dehors du contexte de l'Europe, et notamment du programme Leonardo da Vinci. Depuis 1995, ce programme est l'outil communautaire privilégié au service de la formation. Son objectif est de permettre la mobilité des personnes désireuses d'acquérir une expérience professionnelle. Il doit faciliter les échanges de bonnes pratiques entre responsables de formation et constituer un levier pour mettre en place de nouveaux outils et méthodes de formation. Ces applications doivent s'étendre dans tous les pays. L'apprentissage des soins infirmiers est largement concerné par ces réponses concrètes à de nouveaux besoins. Le diplôme d'État infirmier doit s'intégrer au processus européen licence-master-doctorat (LMD). Les infirmiers français accéderont ainsi à l'europass¹, passeport européen des compétences. Ils rentreront dans un système de crédits, les ECTS. Ce système européen de transfert et d'accumulation de crédits est défini ainsi par l'Agence Nationale Europe-Éducation-Formation-France : "un système centré sur l'étudiant, basé sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant afin d'atteindre les objectifs du programme qui se définissent en terme de connaissances et de compétences à acquérir".

Les éléments qui ont servi de base à la construction du référentiel français se trouvent dans le projet CRÉSI². Ce projet ou référentiel européen des compétences en soins infirmiers a été élaboré, entre 2006 et 2008, par des experts et des professionnels, en partenariat avec le département paramédical de l'HENAC, la Haute École Namuroise Catholique, située à Namur en Belgique. Il pose "un cadre de référence pédagogique qui clarifie d'emblée les choix pédagogiques au service de l'approche par compétence intégrée" et s'appuie sur le paradigme socioconstructiviste.

Dans ce même temps, l'adoption par la France de ces nouvelles modalités de formation se justifie par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Cette loi prévoit en effet la création d'un Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) qui formalise des contenus de formation en lien avec des compétences attendus. Elle va accélérer les changements et imposer la construction de référentiels. Les instituts de formation, dont ceux en soins infirmiers, sont obligés d'évoluer vers une pédagogie par compétences. La seule transmission de savoirs devient caduque et une réingénierie est nécessaire. Elle a déjà eu lieu pour la formation des aides-soignants. Elle est en voie d'achèvement pour les infirmiers spécialisés, et en cours pour d'autres paramédicaux.

Un autre enjeu national de la réforme des études est le développement prévu de l'organisation des soins, et notamment les coopérations et transferts de compétences entre les différents professionnels

¹ Présentation de l'europass. <http://www.europe-education-formation.fr/europass.php>

² Projet CRESI. Référentiel européen de compétences en soins infirmiers. 2006-2008

http://www.henam.be/doc/inter/CRESI_PDF_FR/0_CRESI_Farde.pdf.

de santé. En 2003, le Professeur Yvon Berland a été chargé par le ministre de la santé et la famille et des personnes handicapées de mener une mission d'étude à ce sujet, dans un contexte d'une diminution de 9% des effectifs médicaux entre 2002 et 2025. Son rapport³ préconise l'introduction d'un niveau de licence et de master dans les formations paramédicales, de même que de nouveaux métiers de soins (infirmière clinicienne spécialisée...). Il envisage également des passerelles interprofessionnelles ainsi qu'une modification des carrières et des salaires. En 2006, une synthèse générale est présentée par l'Observatoire National de la Démographie de Professions de Santé⁴ (ONDPS) accompagnée de résultats d'expérimentation. Elles concernaient entre autres des infirmiers en hémodialyse et en gastro-entérologie. Il est établi que des tâches médicales peuvent être effectuées par des non-médecins.

L'ensemble de ces propositions qui posent les jalons d'une évolution certaine de la profession infirmière est à resituer dans le paysage de la politique sanitaire français. Depuis 2004, une loi organise la politique de santé publique. Elle prend en compte les risques liés à l'environnement, aux comportements et aux expositions professionnelles, et est fondée sur la prévention des grands problèmes de santé⁵. L'élaboration de plans nationaux de santé publique qui s'en suit a pour objectif de répondre à ces nouvelles approches. Ils présentent l'intérêt d'appréhender un problème de santé publique de manière large en liant toutes les composantes de l'action publique : formation, information, prise en charge ambulatoire et hospitalière, accompagnement, réglementation. L'échelon régional retenu permet de prendre en compte les spécificités locales. Le choix de ce niveau d'intervention va se trouver renforcé par la future loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST). Nous évoquerons particulièrement la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières auront pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Concrètement, elles garantiront, à leur tour, la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé pour faciliter la prise en charge des patients, notamment pour les maladies chroniques, les personnes âgées ou les personnes handicapées. Cette mission spécifique renvoie quelque peu aux conclusions du rapport Berland.

Enfin, le discours de Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, lors de la seconde journée de restitution des États Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS) du 9 avril 2008, confirme à nouveau les évolutions à venir : *"Dans une même perspective, il nous revient d'apprécier l'opportunité d'un transfert maîtrisé de l'activité du médecin vers ses partenaires. ...Il faut ainsi mettre un terme aux habitudes liées à l'hospitalocentrisme...Chacun souhaiterait pouvoir se concentrer davantage sur son coeur de métier. Les médecins, par exemple, doivent pouvoir s'affranchir davantage des tâches administratives. Très concrètement, les infirmiers effectuent un trop grand nombre d'actes qui occupent leur temps sans solliciter leurs compétences propres, tels que le nursing, quand, dans le même temps, les médecins sont débordés par des actes de suivi qui pourraient être assurés par d'autres"*.

Toute une réorganisation qui montre l'urgence de mettre en adéquation les compétences et les besoins en soins.

II - La démographie des infirmières en Ile-de-France

³ Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" par le Pr Yvon Berland. Octobre 2003 . Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland.htm>)

⁴ Rapport de la commission «Démographie médicale» par le Pr Yvon Berland. 5 expérimentations de transferts de compétences. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)

⁵ Tome 1 : santé publique et prévention, Livre des plans de santé publique, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. Octobre 2008.

Les IFSI de l'APHP étant situés en Ile-de-France, il paraît pertinent de considérer spécifiquement la situation démographique des infirmières en Ile de France. Elle est décrite comme préoccupante par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France (DRASSIF), en juin 2005. Le Centre Régional de Ressources et d'Informations sur les Professions Paramédicales (CRIPP) dresse un bilan sévère de la pénurie d'infirmières. Malgré une augmentation de places en IFSI, en 2000, le nombre de candidats pour les pourvoir est insuffisant. Les raisons de cet écart semblent être le manque d'attractivité de la profession ou de certains IFSI et les capacités des IFSI inférieures aux quotas. La durée moyenne d'activité serait par contre en augmentation : 30 ans contre 20 ans en 1983, mais le nombre de départs dans les structures hospitalières semble s'accroître. 30% des infirmiers franciliens ont plus de 50 ans et on observe une densité régionale plus faible que la moyenne nationale, avec de fortes disparités départementales. En conclusion, l'augmentation du nombre de professionnels est sans cesse inférieure à celle de la demande.

En parallèle de ce constat, on note que les besoins de recrutement à 5 ans sont importants. Ils sont estimés entre 4000 à 7000 nouveaux diplômés par an. Ils concernent directement les remplacements des départs à la retraite. Ils doivent permettre aussi de répondre à la mise en place du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ou encore du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

En 2008, au regard de cet état des lieux, la DRASSIF mobilise ses partenaires (ARH, Conseil Régional, Éducation Nationale, IFSI) et propose un plan infirmier. Parmi les axes prioritaires, il est envisagé de renforcer les campagnes de communication (médias, journées portes ouvertes...) et de diversifier les candidatures. Un autre axe se rapporte à l'amélioration du fonctionnement des IFSI qui devrait avoir un impact sur la qualité de vie des étudiants. Enfin le dernier cible l'attractivité et la revalorisation de la formation grâce au LMD et aux pratiques avancées.

III - Des étudiants en soins infirmiers et des infirmiers de terrain au cœur de la réforme

Depuis plusieurs années, les associations d'étudiants revendiquaient une reconnaissance à « bac+3 » du diplôme infirmier. A ce jour, conformément aux programmes européens, ils ont obtenu son intégration dans le dispositif LMD et un niveau de grade licence. En effet, à l'heure des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie⁶, la notion de durée des études a perdu de son importance. La classification des métiers change et seules vont compter les compétences professionnelles et l'autonomie professionnelle. Il devrait s'en suivre, au regard de la transférabilité plus ou moins grande des compétences, la création de passerelles avec les autres professions de santé médicales et paramédicales. Concernant une reconnaissance salariale et sociale pour les futurs diplômés du nouveau programme ou pour les 480 000 infirmiers de terrain, les questions posées au gouvernement restent sans réponse à ce jour. Depuis 1989, il n'y a pas eu de revendications spécifiques de la part des infirmières. Profiteront-elles de la réforme des études pour se faire entendre ?

IV - Une nouvelle orientation pédagogique pour les IFSI

Quels sont les réels changements à venir ? Monique Formarier⁷, formateur à l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) indique à ce sujet que "*les infirmières auront toujours besoin de connaître l'anatomophysiologie, les principales pathologies, leurs causes, leurs traitements pour soigner des patients. Elles auront toujours besoin de s'exercer au raisonnement*

⁶ Le cadre européen des certifications. Commission européenne éducation et formation. http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc44_fr.htm

⁷ FORMARIER Monique, "la réforme des études d'infirmières est en marche. Quels en sont les réels changements" 10 mars 2003 in <http://www.infirmiers.com/etud/reforme-des-etudes-infirmieres-en-marche.php>

clinique et à la démarche de soins, pour prendre en charge et accompagner le patient et sa famille. Elles auront toujours besoin d'approcher la psychologie, la sociologie, l'anthropologie pour comprendre et aider le patient aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile. Elles auront toujours besoin de découvrir comment fonctionnent les réseaux de soins et la santé publique. Elles auront toujours besoin d'aller en stage pour se confronter à la réalité des patients et apprendre de leurs aînées l'exercice délicat de la relation soignant/soigné et les techniques de soins". Alors où se situent les changements si le cœur du métier reste le même ? Trois axes, que nous n'approfondirons pas dans ce contexte, sont identifiés. Il s'agit de la discipline infirmière, de l'adéquation entre la formation théorique et les terrains de stage et de la finalité de la formation. Je préciserai uniquement que pour s'inscrire dans une pédagogie par compétences, les équipes pédagogiques des IFSI doivent s'approprier rapidement de nouvelles méthodes essentiellement basées sur l'option socioconstructiviste⁸. Cette dernière se fonde sur deux postulats. Le premier concerne l'apprenant qui construit ses connaissances. Celles-ci sont temporairement viables et non définies une fois pour toutes. Elles résultent d'une pratique réflexive et ne sont donc pas admises comme telle sans remise en cause. Elles s'articulent à des contextes et des situations d'apprentissage. Selon le deuxième postulat, l'apprenant développe ses savoirs de façon progressive à partir des connaissances antérieures, en établissant des liens entre celles-ci et les diverses réalités avec lesquelles il entre en contact. Cela constitue une vraie rupture à opérer avec l'enseignement de modules juxtaposés tel qu'il est pratiqué et la stricte organisation en alternance brièvement présentés ci-dessous.

B - LA PLACE DE LA SANTE PUBLIQUE DANS LE NOUVEAU PROGRAMME

A compter du 7 septembre 2009, dans tous les IFSI, le nouveau référentiel de formation infirmière (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier) a remplacé officiellement le programme des études de 1992.

Les annexes de l'arrêté comportent un référentiel d'activités, un référentiel de compétences et un référentiel de formation. La formation se décline sur trois années (six semestres) et prévoit l'obtention de 180 ECTS. Les enseignements se répartissent entre la formation théorique avec des cours magistraux (750 heures), des travaux dirigés (1050 heures), des temps de travaux personnels guidés (300 heures), et la formation clinique (2100 heures).

I - LES 5 UE DE LA COMPETENCE 5 : « INITIER ET METTRE EN ŒUVRE DES SOINS PREVENTIFS ET EDUCATIFS »

Les enseignements de cette compétence sont développés dans quatre UE d'apprentissage et une UE intégrative :

Unité d'enseignement 1.2.S2 et Unité d'enseignement 1.2.S3 : Santé publique et économie de la santé

Unité d'enseignement 4.6.S3 et Unité d'enseignement 4.6.S4 : Soins éducatifs et préventifs

Unité d'enseignement 5.4.S4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires

Les horaires dévolus à ces UE sont répartis ainsi : 44 heures de cours magistraux, 111 heures de travaux dirigés et 170 heures de travaux personnels guidés.

Les contenus : objectifs et modalités d'évaluation sont définis pour chacune des UE. Les périodes de *dispensation* de ces UE sont circonscrites dans le référentiel sur les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestres de formation.

⁸ Projet CRESI. Référentiel européen de compétences en soins infirmiers. 2006-2008

http://www.henam.be/doc/inter/CRESI_PDF_FR/0_CRESI_Farde.pdf

La validation de la compétence 5 : outre les évaluations théoriques des UE correspondantes, exige une validation en stage de critères définis dans un port-folio.

Validation en stage :

Les stages ont une durée de formation clinique (obligatoire) de 2100 heures sur les 6 semestres.

Semestre 1 et 2 : 15 semaines

Semestre 3 et 4 : 20 semaines

Semestre 5 et 6 : 25 semaines

4 types de stage sont identifiés :

- 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 pour 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,...). »

Le parcours de stage des étudiants comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

Dans le port-folio, des critères d'évaluation sont spécifiques à la compétence 5. Ils concernent la séquence éducative, la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs, la démarche de promotion de la santé. Pour chacun de ces items, l'étudiant peut agir au niveau individuel ou collectif. Les indicateurs précisent en effet les notions de personne ou de groupe. La compétence peut donc être acquise quelque soit le type de stage. Un avantage intéressant au regard de la difficulté à trouver des lieux de stage où les étudiants s'impliquent auprès d'une population et mesurent la vraie implication d'une infirmière dans une action de santé publique. Un vrai partenariat est à construire avec les secteurs de la médecine scolaire, de la santé au travail...

Validation des UE :

UE 1.2.S2 et 1.2.S3 : Santé publique et économie de la santé

Ces enseignements sont dispensés par des professeurs d'université (convention signée entre l'IFSI et une université).

L'évaluation de l'UE 1.2.S2 consiste en un contrôle écrit de connaissances (sous forme de QCM) tandis que l'UE 1.2.S3, prévoit un écrit en groupe à partir d'une étude de population avec identification des besoins en santé. Nous avons travaillé en collaboration avec l'Éducation Nationale. Les étudiants sont partis enquêter dans différents lycées du Val de Marne sur les conduites *addictives* des lycéens. Ils ont ensuite réalisé un dossier d'analyse des données chiffrées obtenues.

UE 4.6.S3 et 4.6.S4 : Soins éducatifs et préventifs

Notre choix pédagogique a été de donner du lien entre les UE concernant l'éducation thérapeutique et les UE de santé publique.

Ainsi, dans l'UE 4.6.S3 « soins éducatifs et préventifs », nous avons resitué, en cours magistral, les enjeux de l'éducation thérapeutique dans la politique de santé et introduit les bases et les étapes de la démarche d'éducation thérapeutiques auprès du patient. En parallèle, nous avons travaillé les étapes de la démarche éducative auprès du patient en lien avec des cas concrets en TD.

La deuxième partie de l'enseignement s'est voulue plus concrète. Nous avons envoyé les étudiants sur des sites où l'on pratique quotidiennement des soins éducatifs parfois bien formalisés parfois moins (PMI, services hospitaliers divers, consultation infirmière) .Les étudiants ont rendu un dossier traitant de questions précises élaborées préalablement en TD. Ce dossier constitue un support d'évaluation de l'UE puisque la modalité d'évaluation prescrite par le nouveau référentiel est « *un travail écrit d'analyse d'une démarche d'éducation et d'utilisation des concepts* ».

Concernant l'U.E 4.6.S4, l'évaluation prescrite est « *une action éducative individuelle ou collective, auprès d'une personne ou d'un groupe* ». Nous avons donc repris l'enquête de l'UE 1.2.S3 (*santé publique et économie de la santé*) sur les addictions des jeunes. Partant de leurs analyses, nous leur avons demandé de construire pour les lycéens, un projet d'animation sur le thème de la prévention des addictions. Leur méthode d'élaboration s'est appuyée sur les bases d'une démarche de projet. Les étudiants ont d'abord réalisé un dossier dans lequel ils ont décliné les modalités d'intervention de leur action. Il constitue le premier niveau de l'évaluation.

Après validation du projet par l'équipe des formateurs référents, les étudiants se sont confrontés au public lycéen en organisant et en animant des stands de prévention au sein du lycée. C'est le deuxième niveau de l'évaluation. Cette expérience s'est révélée très enrichissante pour nos étudiants. D'emblée, elle leur a permis d'être acteurs de la promotion de la santé et d'acquérir leur propre expérience de terrain.

UE 5.4.S4 : Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires

L'évaluation recommandée par le référentiel est la « présentation d'une démarche d'éducation ou de prévention ou d'une situation d'encadrement avec analyse des résultats ».

Cette évaluation est un devoir écrit individuel, elle vient s'intégrer dans l'analyse d'un cas clinique où sont regroupées toutes les connaissances indispensables à la compréhension de ces UE et à leurs futurs réinvestissements.

En conclusion, la réforme des études semble favoriser la diffusion d'une culture de santé publique auprès des étudiants infirmiers. Les enseignements théoriques, réalisés par des professeurs universitaires, sont complétés par des travaux dirigés en IFSI. Au total, le nombre d'heures consacrées à cette discipline a augmenté, passant de 80 heures sur 3 ans à.... Des évaluations sur le terrain sont préconisées. Elles permettent aux étudiants de mesurer le travail en partenariat et de mener des actions de prévention primaire auprès de populations. L'approche communautaire, peu abordée dans le programme, peut cependant être privilégiée lors des choix des thèmes et des actions, en fonction des projets pédagogiques des IFSI et des territoires de santé. Enfin, la compétence 5 valorise les dimensions préventives et éducatives du soin infirmier qui ne peuvent être négligées lors des stages.

Françoise BARANNE. Christelle BOURGEOIS. Audrey LALOT. IFSI PAUL BROUSSE.
APHP. Décembre 2011.