

Evaluer
Informer
Traiter

Organisation

Former

- p1 Profession infirmière, un siècle de professionnalisation
- p3 Historique de la formation infirmière
- p5 L'approche par compétences
- p7 Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic
- p9 Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- p11 Initier et mettre en oeuvre des soins éducatifs et préventifs
- p13 Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
- p15 Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- p17 Organiser et coordonner les interventions soignantes
- p19 Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Les compétences infirmières et la formation initiale

1/10 Profession infirmière, un siècle de professionnalisation

Le XX^e siècle a vu naître un groupe professionnel dédié à l'art de soigner : les infirmières. D'abord considérées comme de simples auxiliaires médicales, elles ont acquis un statut de soignant à part entière, véritable partenaire de l'équipe multidisciplinaire.



© Axel Graux

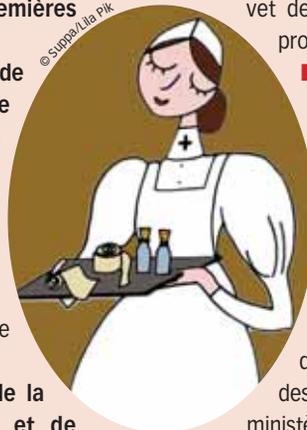
LES ÉTAPES DE LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE ET PROFESSIONNELLE

Le besoin de professionnaliser les soins dispensés traditionnellement par des femmes soignantes, religieuses ou non, s'est imposé avec l'évolution scientifique, technique et socio-éducative de la société française et de l'hôpital, ainsi qu'avec l'engagement de quelques infirmières pionnières.

1870-1910, LES PRÉMISSSES D'UNE NOUVELLE PROFESSION

Cinq décennies ont été nécessaires à la préparation d'un premier cadre juridique professionnel. Parmi les principaux facteurs de cette évolution figurent :

- la loi de 1867 faisant obligation de scolariser les filles et celle de 1893 instituant l'assistance médicale gratuite;
- l'ouverture des premières écoles d'infirmières;
- la loi de séparation de l'Église et de l'État de 1905 et l'extension du mouvement de laïcisation des hôpitaux, qui font des soins un droit pour tous, supposant l'obligation d'un corps professionnel spécifique et compétent;
- les découvertes de la médecine moderne et de l'hygiène;



© Suhr/Lia PK

• l'engagement et l'enseignement de Florence Nightingale (1820-1910)¹, infirmière anglaise, pionnière des soins infirmiers modernes, qui inspirera Léonie Chaptal, infirmière française;

• la création en 1899 d'une instance internationale représentative, le Conseil international des infirmières (CII).

1920-1960, DE LA RELIGIEUSE DÉVOUÉE À L'AUXILIAIRE MÉDICALE OBÉISSANTE

■ En 1922, dans le contexte de l'après Première Guerre mondiale (nouveaux besoins sanitaires et sociaux, progrès médicaux) est votée la première qualification des infirmières diplômées de l'État français avec le brevet de capacité d'infirmière professionnelle.

■ Dès 1923, les infirmières travaillent à l'hôpital et en ville, dans les dispensaires ou chez les familles.

■ En 1925, l'Association nationale des infirmières diplômées de l'État français (Anidéf) et le bureau central des infirmières rattaché au ministère de la Santé publique voient le jour.

■ Dès 1938², une scission s'est opérée entre le sanitaire et le social : l'action de l'infirmière visiteuse d'hygiène sociale se distingue de celle de la future assistante sociale, "enfermant" pour longtemps la première dans un rôle essentiellement curatif, à l'hôpital.

■ Les lois de 1943-1946³ positionnent l'infirmière hospitalière comme auxiliaire médicale exclusivement.

■ En 1947, les corps d'infirmières péri-ricultrices⁴ et d'auxiliaires de périculture sont créés. Celui des aides-soignants le sera en 1949, posant la question des positionnements mutuels de ces deux groupes professionnels.

■ Dans la perspective de libre-circulation des infirmières dans l'espace européen, un accord sur la formation est signé en 1967⁵. Il conduira à la réforme de cette dernière en deux temps et à la définition d'une infirmière acteur de santé (1978).

■ Le mouvement de 1968 renforce la prise de conscience d'une déshumanisation des soins. Les principes d'une approche plus individualisée, formalisée dans les modèles théoriques infirmiers anglo-saxons – notamment celui de Virginia Henderson en 1960 – inspirent la profession qui, par ailleurs, se mobilise pour tenter de se libérer des valeurs d'obéissance et de soumission.

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation
2. Historique de la formation infirmière
3. L'approche par compétences
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

VERS UN CHANGEMENT IDENTITAIRE RADICAL

LES ANNÉES 1970, LE GRAND VIRAGE PROFESSIONNEL

■ En 1970, les 150 000 infirmières constituent déjà démographiquement la profession de santé la plus importante, mais elles se reconnaissent davantage dans le groupe de référence que constitue le corps médical. Un turnover déjà important participe, avec la féminisation

de la profession, aux difficultés de se constituer en groupe d'appartenance et de référence.

■ Une révolution s'amorce avec le programme de 1972 et la formation d'une infirmière éducatrice de santé, supposant l'apprentissage du plan de soins⁶.

■ À partir de 1977, le niveau d'accès aux écoles d'infirmières est renforcé

avec le baccalauréat, symbole de valorisation.

■ Enfin, la loi de 1978⁷ reconnaît le "rôle propre" de l'infirmière dans la mise en œuvre des soins, l'accompagnement des patients, la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Le champ de responsabilité professionnelle s'ouvre très largement. ... / ...

NOTES

1. Elle publia en 1859 *Notes of Nursing*, traduit en français en 1862.
2. Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmière hospitalière et d'assistante de service social de l'État. .../...

NOTES

.../...

3. Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession; **ordonnance du 28 août 1944** en portant validation et modification; **loi n° 46-630 du 8 avril 1946** relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

4. La 2^e spécialisation, en anesthésie, sera créée dès 1960; la 3^e concernant le bloc opératoire, en 1971.

5. Accord européen du 25 octobre 1967 du Conseil de l'Europe sur l'instruction et la formation des infirmières et directive 77-453 de la CEE visant la coordination des dispositions législatives réglementaires et administratives sur les activités de l'infirmière.

6. "Démarche de soins" en 1979, complétée 15 ans plus tard des "transmissions ciblées".

7. Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmier) du CSP.

8. <http://www.senat.fr>.

9. Ordonnances n° 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité sociale; n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins; n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

10. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

11. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du CSP.

12. Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un Ordre national des infirmiers. www.legifrance.gouv.fr.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



VERS UN CHANGEMENT IDENTITAIRE RADICAL

LES ANNÉES 1980, L'ÉMERGENCE DU SERVICE INFIRMIER FRANÇAIS

■ À travers les guides du service infirmier, les infirmières analysent leur pratique et élaborent des plans d'amélioration de leurs actions. Les pratiques et les dimensions du "care" évoluent.

■ La loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier⁹ définit notamment les conditions du libre-échange des infirmiers en Europe et l'organisation d'instances professionnelles de contrôle.

LES ANNÉES 1990, LA VALORISATION DE L'ENCADREMENT

■ La démographie professionnelle explose (300 000 infirmières, le double en 20 ans), malgré un déficit structurel chronique. Les difficultés économiques augmentent, nécessitant, avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et les ordonnances Juppé de 1996⁹, plus de visibilité (vigilances), de régionalisation (création des agences régionales de l'hospitalisation – ARH), de démarche projet (d'établissement, médical, infirmier) et qualité (création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale – Andem, précédant l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé – Anaes, puis la Haute Autorité de santé – HAS), de rationalisation des moyens (diminution des quotas infirmiers, à l'origine de la pénurie des années 2000, et du numérus clausus

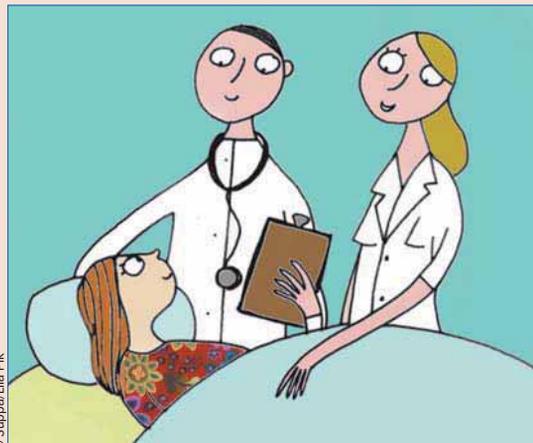
médical ayant des conséquences annoncées pour les années 2010).

■ Le nouveau programme de 1992 vise l'harmonisation de la profession (soins généraux et soins psychiatriques); c'est la promotion de l'infirmière généraliste et la perte de la spécificité des infirmiers de secteur psychiatrique. L'enseignement du diagnostic infirmier vient compléter celui de la démarche de soins.

■ L'actualisation du décret d'actes en 1993¹⁰ permet un enrichissement des actes prescrits et un renforcement du rôle propre. La même année, le décret n° 93-221 du 16 février relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières formalise le cadre déontologique professionnel.

LES ANNÉES 2000, VERS UNE RECONNAISSANCE RÉELLE DES SOINS ET DES PERSONNELS INFIRMIERS

Ce ^{XXI} siècle débute sous l'influence de la "grande pénurie", du Plan Hôpital 2007 (nouvelle gouvernance, création de pôles et de délégation de gestion) et de la ré-ingénierie de la formation en soins infirmiers passant par l'étude du projet de validation des acquis de l'expérience (VAE) et l'élaboration d'une réforme fondée sur les compétences à acquérir.



© Suppa/Lila Pik

■ Le 11 février 2002 paraît le décret n° 2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, qui sera abrogé par celui du 29 juillet 2004¹¹. Depuis 2004, le Code de la santé publique régit l'exercice de la profession infirmière.

■ En 2003-2004 s'ouvre le dossier de l'universitarisation des formations de santé, abandonné en 2005. L'espoir d'intégration de la formation infirmière au système licence/master/doctorat (LMD) est né.

■ Le dossier des "nouvelles coopérations" entre professionnels de santé, ouvert en 2003, augure de nouvelles pistes d'exercice.

■ L'Ordre national des infirmiers, créé en 2006¹², est opérationnel début 2009. Il constitue un nouvel interlocuteur pour représenter près de 500 000 infirmières en quête de reconnaissance sociale et de conditions de travail permettant la mise en œuvre du résultat de ce processus de professionnalisation.

CONCLUSION

Moins d'un siècle aura été nécessaire pour la reconnaissance d'une compétence professionnelle spécifique et utile socialement. Elle fait passer l'infirmière d'un statut d'exécutant à celui de partenaire et de relais dans l'équipe multidisciplinaire, responsable, outre de la réalisation des prescriptions, d'un champ d'action autonome. Cette évolution sans précédent du processus identitaire professionnel permet un retour aux fondements humanistes de la relation de soins : considération, empathie et respect, articulés aux valeurs morales et éthiques qui orientent les conduites professionnelles.

RÉFÉRENCES

- Chaboissier M. De l'acte pédagogique au changement social ? L'exemple de la démarche de soins. Comprendre pour réussir le changement. Éd. AF Corrd, 1996.
- Duboys Fresney C, Perrin G. Le métier d'infirmière en France. Édition PUF, 1996.
- Magnon R. Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle. Masson, 2001.

L'AUTEUR

Mercedes Chaboissier, précédemment directrice d'IFCS, chargée de mission Arhif-Drassif-Crif, mchaboissier@gmail.com

2/10 Historique de la formation infirmière

L'évolution des programmes a toujours été liée à celle des soins et, plus largement, à celle de la société. Pour cela, il a fallu que des professionnels fassent corps et osent saisir les opportunités.



© Axel Graux

LA FORMATION AVANT LE PREMIER PROGRAMME OFFICIEL

■ **Jusqu'au XVII^e siècle**, les soins apportés aux malades par des non-médecins relèvent en partie de la charité chrétienne et les savoir-faire dépendent de pratiques séculaires. En 1633, Louise de Marillac dispense un début d'enseignement dans la congrégation des filles de la charité. L'appellation "infirmier" apparaît vers 1642. Il

faut attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et les progrès de la chirurgie pour que se fasse ressentir le besoin de formation.

■ **De 1876 à 1920**, de nombreuses écoles (publiques, privées, Croix-Rouge) sont créées. En 1920, 43 d'entre elles bénéficient d'un agrément national. Les contenus montrent que les soins

dits "ménagers" (couture, entretien du linge, tenue de maison, économie domestique...) sont aussi importants que les soins directs aux personnes. Il faut attendre le début du XX^e siècle pour que des notions d'anatomie, de physiologie et de travaux pratiques apparaissent dans des programmes encore officieux.

LA FORMATION AU XX^e SIÈCLE

Au fil des décennies, et parallèlement à l'évolution de la profession, plusieurs réformes de la formation se sont succédé.

DU PREMIER PROGRAMME OFFICIEL À LA SECONDE GUERRE MONDIALE

■ **L'année 1924 voit l'officialisation des premiers programmes de formation**¹. Le contenu varie selon qu'ils s'adressent aux infirmières hospitalières ou aux visiteuses d'hygiène sociale et porte presque exclusivement sur l'enseignement pratique. Le rôle de monitrice apparaît.

■ **Le diplôme d'infirmière visiteuse disparaît en 1938**. Un programme d'enseignement pour les diplômés d'infirmiers (sur deux ans) et d'assistants sociaux (sur trois ans) est créé, avec une première année commune aux deux formations².

■ **La loi n° 372 du 15 juillet 1943** a plus d'impact sur la profession que sur la formation³. Elle assure la protection du titre et renvoie au code pénal pour l'exercice illégal. Elle contraint les hôpitaux à recruter du personnel diplômé et les invite à créer leurs écoles; la majorité de celles-ci dépend ainsi d'établissements hospitaliers. De la structuration de la formation et des écoles émerge, en 1949, un groupement asso-

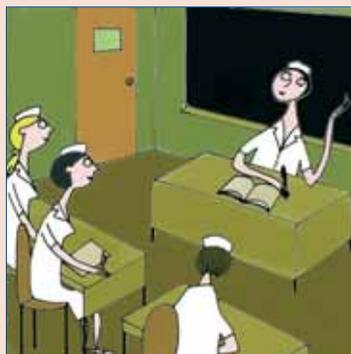
ciatif national: le Comité d'entente des écoles d'infirmières, devenu depuis le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec).

LA FORMATION DANS LA 2^e MOITIÉ DU XX^e SIÈCLE

■ **Le programme institué par l'arrêté du 4 août 1954**, toujours sur deux ans, la première année étant commune avec les assistantes sociales, est surtout axé sur la pratique (300 heures d'enseignement théorique et 10 mois de stage par an au minimum) et à visée hospitalière. L'infirmière est "exécutante" et doit savoir alerter le médecin⁴. La monitrice est une répétitrice⁵. La "morale professionnelle" est une partie importante du programme.

■ **Le programme de 1961**⁶ introduit la notion de rôle infirmier⁷ et de capacité de décision⁸. Il distingue l'étude de l'homme sain comme préalable à celle des pathologies. Toujours très hospitalier⁹, le contenu amorce les prémices de la santé publique. La morale professionnelle disparaît au profit de l'éthique professionnelle.

■ **Le programme de 1972**¹⁰ est influencé par l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières de 1967, qui donne à ces dernières le droit d'exercer dans l'en-



© Suppa/Lila PIRE/bevler, Masson SAS

semble des États membres du Conseil de l'Europe. Prévu sur 120 semaines (28 mois), il n'atteint pas encore les 4 600 heures ou trois années de formation. Il est novateur dans:

- **l'équilibre entre les stages et les enseignements théoriques**. Les stages diminuent de 21 à moins de 14 mois, dont 10 à 16 semaines en extrahospitalier. L'enseignement théorique passe de 592 à 1 328 heures. Sont introduits des temps spécifiques nouveaux: révision (106 heures), travail personnel (494 heures), vacances (18 semaines);
- **les représentations de la formation, des écoles et des élèves**. L'élève devient un stagiaire en situation d'apprentissage qui doit se voir confier la responsabilité de personnes soignées et non de tâches parcellaires. L'infirmière enseignante remplace la monitrice;

.../...

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (*Soins*; 732: 63-4)
2. **Historique de la formation infirmière**
3. L'approche par compétences
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (*compétences 1 et 3*)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (*compétences 2 et 4*)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (*compétences 5 et 6*)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (*compétence 7*)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (*compétence 8*)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (*compétence 9*)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (*compétence 10*)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

NOTES

1. **Arrêté du 24 juin 1924** instituant en annexe un programme type des écoles de l'État français.
2. **Décret du 18 février 1938** instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalier.

.../...

NOTES

.../...

3. Loi n° 372 du 15 juillet

1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

4. L'enseignement doit insister sur les symptômes et syndromes principaux,

[...], sur les signes d'alarme qui imposent le recours au médecin.

5. L'enseignement pratique est la partie la plus importante du programme

[...]. Il sera donné par les monitrices à l'école et dans les services hospitaliers au cours des stages.

6. Arrêté du 17 juillet 1961

relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État d'infirmier.

7. Les études doivent faire

acquérir, à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit permettant à l'infirmière de saisir l'ensemble de son rôle.

8. Décider et effectuer certains soins d'urgence

avant l'arrivée du médecin.
9. Les infirmières assument la responsabilité de l'ensemble des soins d'hygiène et du confort de l'hospitalisé, aussi leur formation doit rester axée sur la pratique.

10. Arrêté du 5 septembre

1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'État d'infirmier.

11. Arrêté du 12 avril 1979

relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'État d'infirmier.

12. Arrêté du 23 mars 1992

relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

13. European Crédits

Transfer System (ECTS) ou système européen de transfert et d'accumulation de crédits.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



LA FORMATION AU XX^e SIÈCLE (SUITE)

.../...

- **l'organisation en six périodes**, annonciatrice des six semestres, propose une formation progressive avec successivement:

- une période centrée sur la connaissance de l'être humain,

- une centrée sur les principes généraux avant d'aborder les soins infirmiers liés aux pathologies,

- une centrée sur la famille,

- deux périodes sur les soins infirmiers liés aux pathologies des différents appareils,

- un dernier module assurant une synthèse et une intégration dans un système de santé.

Dans ce programme apparaît pour la première fois la notion de service infirmier.

■ **En 1979**¹¹, le programme passe à

141 semaines (33 mois), dont 25 semaines de vacances. Il répond surtout aux accords européens. Il est organisé en modules, avec une 1^{re} année (module 1) consacrée à l'homme sain. Les 2^e et 3^e années correspondent aux apprentissages des soins en fonction des pathologies en lien avec les organes. Dans ce programme apparaît pour la première fois la notion de démarche de soins infirmiers comme schéma d'étude d'un problème.

■ **Le programme de 1992**¹² est de 163 semaines, dont 7 de suivi pédagogique et 27 de vacances. Les instituts remplacent les écoles et les étudiants, les élèves. La grande évolution est la fusion des programmes de soins généraux et de soins psychiatriques. Sans doute pour permettre les compromis, mais sans toutefois satisfaire les deux

parties, le législateur a laissé une relative autonomie aux écoles dans le choix de ces deux types d'orientation en permettant des alternatives dans les stages (pédiatrie ou pédopsychiatrie, gériatrie ou géronto-psychiatrie...). La nouvelle distinction faite entre modules globaux et transversaux aurait pu avoir l'avantage de distinguer des enseignements de type contributif à l'exercice médical en lien avec les pathologies de ceux, plus spécifiques, d'un exercice infirmier. Le système de validation n'a pas permis de mettre en valeur tout l'intérêt de cette distinction, il a même pu valoriser aux yeux des étudiants les soins infirmiers en lien avec les pathologies. Dans ce programme apparaît pour la première fois la notion de diagnostic infirmier.

XXI^e SIÈCLE, LA FORMATION INFIRMIÈRE ENTRE DANS UN FORMAT UNIVERSITAIRE

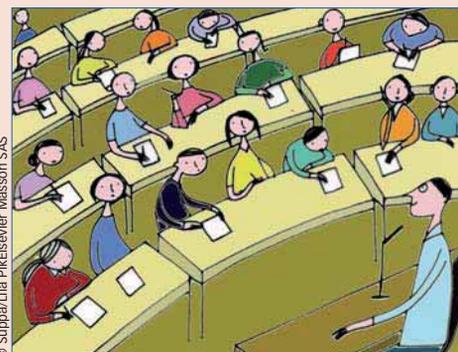
■ **Le projet 2009 s'inscrit dans un contexte environnemental en pleine évolution** intégrant la réforme

d'un grand nombre de professions de santé. Celle-ci nécessite l'élaboration de référentiels d'activités, puis de compétences et enfin de formation. Ce dernier doit répondre aux exigences du dispositif universitaire licence/master/doctorat (LMD): une organisation en unités d'enseignements (UE) capitalisables réparties sur six semestres de 20 semaines, 30 crédits¹³ par semestre. Chaque UE fait l'objet d'une fiche explicative: crédits attribués, prérequis, objectifs, éléments de contenu, recommandations pédagogiques, modalités et critères d'évaluation. Les stages, moins nombreux mais plus longs, devraient permettre un meilleur partenariat entre les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) et les lieux de soins et une

plus grande intégration des étudiants dans les équipes soignantes.

■ **L'objectif de cette formation est de placer l'étudiant dans une dynamique d'acquisition de connaissances à mobiliser en situation de soins** et non dans une simple capitalisation. Cette réforme

nécessite que soit développée une pratique de réflexion sur les situations de soins afin de conduire l'étudiant à comprendre, décrire et expliquer ses actions pour mieux les réaliser et être progressivement en capacité de les transférer dans des situations nouvelles. L'évaluation prend alors en compte non seulement des critères de réussite mais aussi de réalisation,



© Suppa/Lia PIRESEVIER, Masson SAS

c'est-à-dire les opérations invariantes dans la réalisation des tâches qui seront transférables. Les méthodes de travail s'appuient sur la capacité et le développement de l'autonomie de l'étudiant. Exercer un jugement clinique et l'argumenter en mobilisant les connaissances nécessaires est un révélateur et un facteur de la professionnalisation.

CONCLUSION

Avec cette réforme de la formation, la France met un terme à dix-sept ans d'application du programme de 1992. En un siècle, aucun programme n'aura duré aussi longtemps. Même si les incertitudes et les inquiétudes

sont nombreuses, ce changement de programme est devenu nécessaire et pertinent au regard des nouveaux besoins; c'est aussi une opportunité à saisir et un enjeu de taille pour l'évolution de notre profession.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008, marie.therese.weber@wanadoo.fr

3/10 L'approche par compétences

Dans le cadre de la mise en place de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et de l'intégration de la formation infirmière dans le système licence/master/doctorat (LMD), des référentiels d'activités, de compétences, de formation et de certification sont en cours d'élaboration à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos). Leur application est prévue pour la rentrée de septembre 2009.



© Axel Graux

LE CONTEXTE

■ Ces dix dernières années, plusieurs rapports faisant référence sur le sujet préconisaient « une rénovation de l'offre de formation initiale et continue et une refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés »¹.

■ Simultanément, la conjoncture professionnelle était propice au changement. Celle-ci prend acte de la complexité, de la diversité et de l'évolution des métiers de la santé, de la nécessaire adaptation aux besoins en santé d'une population, de la valida-

tion des acquis de l'expérience (VAE), des accords européens et du système licence/master/doctorat (LMD), du décloisonnement des professions paramédicales et de la démographie médicale.

■ La parution en 1981 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession², bien qu'apportant une forme de reconnaissance, ne couvre qu'en partie le champ professionnel de l'activité infirmière. La liste d'actes, construite comme une multitude de tâches parcellisées, ne permet pas de saisir la signification globale du soin ni la compétence des soi-

gnants. Elle correspond à la partie réglementaire de l'exercice de la profession qui, après de nombreuses modifications (1984, 1993, 2002)³, est désormais intégrée dans le Code de la santé publique depuis 2004. Le référentiel d'activités et de compétences garde sa référence au Code de la santé publique, mais se base sur les activités en situation plutôt que sur les actes.

■ Parallèlement, la formation a évolué d'un apprentissage pratique centré sur les tâches vers une approche par compétence centrée sur le sujet en action.

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (*Soins*; 732: 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (*Soins*; 733: 55-6)
3. L'approche par compétences
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (*compétences 1 et 3*)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (*compétences 2 et 4*)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (*compétences 5 et 6*)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (*compétence 7*)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (*compétence 8*)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (*compétence 9*)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (*compétence 10*)

DES ACTIVITÉS AUX COMPÉTENCES

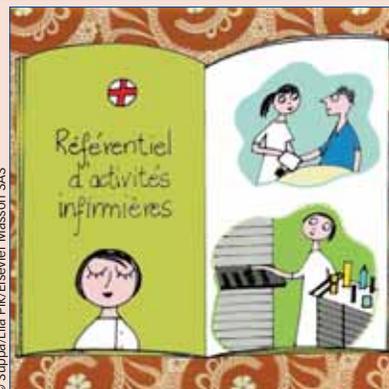
■ Parvenir à l'élaboration d'un référentiel de compétences nécessite de définir le métier, de le distinguer du poste, du statut, de la qualification et du diplôme. La description des activités professionnelles caractéristiques de l'exercice, regroupées en familles de situations de travail, correspond au référentiel d'activités⁴:

1. Observation et recueil de données cliniques;
2. Soins de confort et de bien-être;
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes;
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes.
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique;
6. Coordination et organisation des activités et des soins;
7. Contrôle et gestion de matériels et de produits;
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires;
9. Veille professionnelle et recherche.

■ La notion de compétence est définie par de nombreux auteurs⁵. Si les formulations varient, elles ont en commun les notions de :

- savoirs (théoriques, procéduraux, relationnels, etc.), indispensables et préalables à l'action;
- ressources, incluant les savoirs intégrés dont font partie les actes, mises au service de l'action;
- mobilisation et combinaison des savoirs en situation;
- situations ou familles de situations contextualisées et finalisées donnant sens aux actions;
- autonomie, initiatives et responsabilité indissociables des compétences;
- compétences individuelles, mais aussi collectives (si la compétence est inhérente à la personne, il est rare que cette dernière agisse seule). La compétence intègre la capacité à interagir.

■ Plusieurs activités peuvent relever d'une même compétence et une même activité peut faire référence à plusieurs compétences.



© Suppa, Lila Pik/Elsevier Masson SAS

■ C'est par association entre familles de situations et ressources à mobiliser dans l'action que s'élabore le référentiel de compétences composé de 10 unités⁶.

■ Pour chacune d'elles sont identifiés les savoirs et savoir-faire pour comprendre la situation, agir et transposer les actions à d'autres situations, différentes ou plus complexes. La combinaison des savoirs nécessaires à l'action permet l'élaboration du référentiel de formation regroupé en six champs disciplinaires^{4,7}.

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

NOTES

1. Bertrand X. Délégation, transfert, nouveaux métiers. Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Rapport, avril 2008 : 43.
2. Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

NOTES

.../...

3. Décret n° 84-99

du 10 février 1984 relatif au statut des infirmiers et infirmières des services médicaux des administrations centrales de l'État, des services extérieurs qui en dépendent et des établissements publics de l'État; **décret n° 93-221 du 16 février 1993** relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (déontologie); **décret n° 2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

www.legifrance.gouv.fr.

4. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe I.

5. Perrenoud Ph.

Construire des compétences dès l'école. ESF, 1997. **Meirieu Ph.** Si la compétence n'existait pas, il faudrait l'inventer... In: Ubaldi JL (ss la dir.). Les compétences. Éditions Revue EPS, 2005.

6. Cf. sommaire des fiches 4 à 10 en p. 55.

7. Sciences humaines, sociales et droit; sciences biologiques et médicales; sciences et techniques infirmières (fondements et méthodes); sciences et techniques infirmières (intervention); intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière; méthodes de travail.

8. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Éditions d'organisation, 2006.

9. Jacquard A. Nouvelle petite philosophie. Stock, 2005.

10. Bonniol JJ, Genthon M.

L'évaluation et ses critères: les critères de réalisation. Repères 1989 : 79.

LA FORMATION SOIGNANTE ET LES COMPÉTENCES

LES COMPÉTENCES S'ENSEIGNENT-ELLES ?

■ **Traiter de l'enseignement des compétences** nécessite de distinguer « agir avec compétence et avoir des compétences »⁸. Pour Guy Le Boterf, avoir des compétences, c'est posséder les ressources qui, correctement combinées dans une situation finalisée, permettent d'agir avec compétence.

■ **Agir avec compétence nécessite non seulement de savoir, mais également de vouloir et de pouvoir agir.** Le savoir-agir relève du domaine des ressources, le vouloir-agir renvoie à la motivation, à l'engagement de la personne, au sens qu'elle donne à son action, et le pouvoir-agir nécessite un contexte rendant l'action possible. Il n'y a pas de relation systématique entre "avoir des compétences" et "agir avec compétence". Ce n'est pas un état, mais un processus incluant sa part de variabilités externes (personnes soignées, environnement, conditions de travail...) et internes (la personne engagée dans son être). C'est donc moins le contenu de l'enseignement qui est important que le questionnement qu'il induit et qui fait sens pour celui qui apprend, lui permettant d'en acquérir la compréhension, « l'attitude intérieure qu'il provoque », selon Albert Jacquard⁹.

■ **Seul le sujet apprenant acquiert des compétences.** La formation doit réunir les conditions favorables à leur développement en considérant l'enseignement comme le processus qui permet l'assimilation, l'appropriation de connaissances et de pratique du métier provoquant progressivement la transformation du sujet. Pour cela, les méthodes pédagogiques sont de l'ordre

des pratiques réflexives et de l'entretien d'explicitation.

PRATIQUE RÉFLEXIVE ET ENTRETIEN D'EXPLICITATION

■ **Une pratique réflexive est une posture régulière et réfléchie de mise en question des actions.** C'est une approche par le "pourquoi". Il s'agit d'une réflexion sur l'action, portée a posteriori, qui permet de mieux antici-



© Suppa/Lila Pike/Eusevier Masson SAS

per les actions à venir, donc d'apprendre de l'expérience. Elle rend possible l'émergence des dimensions de l'action non immédiatement présentes à la conscience et questionne les habitudes et les routines. Elle déstabilise les représentations et, en ce sens, provoque une transformation du sujet. Elle est un excellent entraînement à la démarche clinique des formations soignantes.

■ **Nécessitant de l'entraînement,** le programme a été repensé pour laisser du temps à la compréhension et à la réflexion et éviter qu'il soit une compilation de contenus disciplinaires et méthodologiques au caractère éphémère. Accompagner un étudiant dans une pratique réflexive nécessite que l'accompagnateur ait lui-même

développé une pratique réflexive sur ses propres activités, sache conduire un entretien d'explicitation et, s'agissant de la transformation du sujet, travaille la question de l'éthique dans la relation pédagogique.

LES COMPÉTENCES S'ÉVALUENT-ELLES ?

De la singularité des personnes soignées naît l'unicité de chaque situation.

Pour évaluer les compétences, il convient de créer ou de choisir une situation complexe, d'observer et d'analyser la manière dont l'étudiant comprend la situation et la traite. Les indicateurs sont de deux registres¹⁰:

- **les critères de réussite**, qui permettent de mesurer l'adéquation entre le résultat obtenu et celui attendu en termes d'exigences professionnelles. Ils ne peuvent à eux seuls présager des compétences d'une personne. Parfois fruits du hasard plus que d'appropriation, ils peuvent rester aléatoires dans une nouvelle situation;

- **les critères de réalisation**, qui permettent de poser les interrogations sur la personne à soigner, le problème à résoudre, la situation à traiter. Le processus est interrogé, les schèmes opératoires mis en jeu pour obtenir le résultat sont expliqués. Dès que le processus est compris et intégré, il devient un pouvoir-agir reproductible. Ce ne sont donc pas directement les compétences qui sont évaluées, mais le savoir-agir (ressources nécessaires, processus mis en jeu, effets en termes de résultats de l'action) et le vouloir-agir (engagement de la personne), tout en considérant le pouvoir-agir pour apprécier ce qui relève de la responsabilité propre de la personne.

CONCLUSION

Développer des compétences en construisant une identité professionnelle et en instaurant une interrogation régulière et éthique sur la pratique et sur la relation pédagogique permet

l'élaboration du processus de professionnalisation de l'étudiant, à condition qu'on lui en laisse l'autonomie, qu'il en prenne l'initiative, voire les risques, et qu'il en assume la responsabilité.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



4/10 Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3)

Le développement des deux compétences requises intitulées "évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers" et "accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens" pose les bases de tout exercice infirmier, quel que soit le champ d'action.

DEUX COMPÉTENCES "CŒUR DE MÉTIER"

■ **Les compétences 1 et 3**, "évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers" et "accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quoti-

diens", du nouveau référentiel de compétences de la formation infirmière font partie des cinq compétences¹ dites "cœur de métier", c'est-à-dire du domaine d'activités spécifiques permet-

tant de considérer une situation de soin avec un regard et des savoirs infirmiers². ■ **Elles sont déclinées en compétences détaillées** : 8 pour la compétence 1³, 6 pour la compétence 3⁴.

ÉVALUER UNE SITUATION CLINIQUE ET ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC DANS LE DOMAINE DES SOINS INFIRMIERS (COMPÉTENCE 1)

■ **Les connaissances à acquérir et les processus à mettre en jeu** pour évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers correspondent aux unités d'enseignement (UE) suivantes : santé, maladie, handicap, accidents de la vie, raisonnement et démarche clinique infirmière. Ceux-ci permettent à l'étudiant de développer réflexion, questionnement, hypothèses et jugement clinique en travaillant sur des situations de soins et en s'appuyant sur les concepts de santé, maladie et handicap.

■ **Questionner le sens des situations cliniques** nécessite de conduire une réflexion sur les représentations des étudiants concernant les concepts de santé et de maladie à leur entrée en formation. Des liens avec des unités d'enseignement des sciences humaines, ainsi qu'un travail sur les concepts de respect, d'intimité et des droits des patients, sont nécessaires.

■ **L'étudiant est progressivement entraîné à recueillir des données**, au départ dans une situation simple, voire connue, dont les indices nécessaires à la résolution de problèmes sont identifiables en fonction de son niveau de formation. Il est formé à la synthèse et à l'interprétation des éléments pour élaborer un diagnostic de situation clinique. Puis il peut identifier

les savoirs transposables permettant des adaptations à des situations plus complexes ou plus hypothétiques.

■ **Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic** dans le domaine des soins sont essentiels dans toute activité infirmière. Les situations sont donc innombrables. Certaines relèvent de la prévention, comme celle des infections nosocomiales ou du sida, les campagnes de vaccination ou encore l'hygiène alimentaire ; d'autres de l'éducation thérapeutique, comme la prise en charge d'un enfant diabétique ou d'une personne porteuse de stomie. Les situations relevant du soin curatif concernent notamment la prise en charge d'un patient inconscient sous assistance respiratoire, la surveillance d'un opéré ou l'accompagnement d'un patient dialysé.

■ **Dans chaque stage**, les étudiants peuvent être évalués sur des situations fréquemment rencontrées à partir des critères d'évaluation et des indicateurs proposés dans le portfolio⁵.

■ **Les indicateurs** pour mesurer la pertinence des informations recherchées sont la capacité à consulter l'ensemble des sources d'information, à rechercher des éléments d'informations pertinents, à utiliser des d'informations fiables et actualisées, à argumenter les choix ;



© Suppa/Lila Pik/Elsevier, Masson SAS

ceux pour évaluer la cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne sont l'adéquation du recueil d'informations aux besoins de la personne, le respect de la déontologie et des règles professionnelles et la hiérarchisation des informations ; la pertinence du diagnostic de situation clinique posé sera observable dans la capacité de l'étudiant à expliquer son raisonnement clinique, sa démarche d'analyse des informations et à poser un diagnostic de situation et/ou infirmier à partir de l'analyse de la situation de santé, du repérage des signes d'urgence, de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement.

■ **La validation de la compétence complète** ne pourrait être effective qu'à l'issue de la 3^e année.



© Axel Graux

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (Soins ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (Soins ; 733 : 55-6)
3. L'approche par compétences (Soins ; 734 : 57-8)
4. **Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3)**
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

NOTES

1. Avec les compétences 2, 4 et 5.
2. Les cinq autres sont dites "compétences transverses", c'est-à-dire recouvrant des domaines d'activités partagés.

NOTES

.../...

3. Notamment "évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique", "rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient", "identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution", etc.

4. Notamment "apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage", "adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps", "évaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité", etc.

5. Outil permettant d'assurer le suivi du parcours de formation et la capitalisation des éléments de compétences acquis par l'étudiant pour l'obtention du diplôme d'État infirmier.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



ACCOMPAGNER UNE PERSONNE DANS LA RÉALISATION DE SES SOINS QUOTIDIENS (COMPÉTENCE 3)

■ **Les connaissances à acquérir et les processus mis en jeu** pour accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens sont développés dans les unités d'enseignement suivantes : accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, soins de confort et de bien-être, infectiologie et hygiène. Ceux-ci permettent à l'étudiant d'appréhender les concepts de besoin, d'autonomie et d'accompagnement.

■ **Une telle compétence relève de l'art du soin** en tant qu'attention portée à la personne dans ce qu'elle est, en tenant compte de son histoire, de ses ressources et de ses déficiences, de sa force et de sa vulnérabilité. Sans toutefois les opposer, il convient de distinguer le "soigner" du "traiter", le "prendre soin" du "donner des soins".

■ **Au cours des soins**, l'étudiant acquiert non seulement des techniques liées à l'hygiène, au confort et à l'ergonomie, mais aussi des connaissances sur l'équilibre alimentaire, la prévention et la constitution d'escarres, les mécanismes d'action des agents infectieux et leur traitement, etc.

■ **Travailler le sens de l'accompagnement d'une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens** nécessite de considérer le soin comme un acte de vie courante, d'approfondir les concepts de pudeur, de dignité ou d'intimité.

■ **C'est aussi souvent, pour la plupart des étudiants, l'occasion des premiers contacts avec un corps nu**, le vieillissement, la souffrance et quelquefois la mort. Si ces derniers ne sont pas accompagnés dans l'analyse des situations rencon-



© Suppa/Lila PKE/Elsevier Masson SAS

trées, ces moments peuvent être vécus comme traumatisants et provoquer une mise à distance, tant ils bousculent leurs représentations et peuvent faire naître des angoisses sur leur propre vieillissement ou celui de leurs proches.

■ **Les situations d'accompagnement d'une personne dans la réalisation des soins quotidiens sont nombreuses et variables** selon la personne (niveau de dépendance et de conscience, niveau relationnel, lieu de vie), la situation et la structure d'accueil. Il peut s'agir de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et de sa famille, d'une personne porteuse d'un handicap lourd ou atteinte de pathologie mentale en refus d'alimentation, d'une personne hospitalisée en service de soins palliatifs ou accueillie en service d'urgence, sans oublier les situations simples de dépendance temporaire comme en postopératoire, etc.

Il convient d'en choisir une, représentative de l'activité quotidienne, et de repérer les signes observables décrits dans le portfolio.

Au cours de ces situations, l'étudiant identifie son champ d'intervention spécifique et sa complémentarité avec d'autres professionnels soignants, en particulier les aides-soignants.

■ **Les indicateurs de l'adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne** sont l'adaptation des activités aux besoins de cette dernière et la capacité à mobiliser les ressources pour maintenir ou restaurer son autonomie. Ceux permettant la mesure de la cohérence entre les modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques concernent le respect de la pudeur et de l'intimité de la personne ainsi que des règles d'hygiène, d'ergonomie et de sécurité, les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie, les règles d'hydratation et de diététique. Enfin, la pertinence dans l'identification des risques est mise en adéquation avec les mesures de prévention.

■ **La validation de la compétence complète** pourrait avoir lieu dès la fin du 2^e semestre.

CONCLUSION

Ces deux compétences essentielles nécessitent que les unités d'enseignement permettant de les développer soient introduites en première année de formation, puis reprises dans les unités d'intégration de cha-

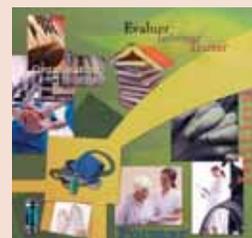
cun des semestres. Les éléments d'analyse d'activités en situation se poursuivront sur les six semestres pour concourir au développement et, progressivement, à la consolidation de ces compétences.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

5/10 Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4)

“Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers” et “mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique” sont deux compétences requises dites “cœur de métier”. Les savoirs nécessaires à leur développement relèvent du domaine des sciences contributives aux savoirs infirmiers (sciences biologiques et médicales) et de celui des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, interventions).



© Avel Graux

DÉFINITIONS

■ **Les compétences 2 et 4**, “concevoir et conduire un projet de soins infirmiers” et “mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique” correspondent à des activités¹ de programmation et d’organisation des soins, mais aussi à un ensemble de soins à visée préventive (vaccination, etc.), diagnostique (exploration, prélèvements, examens cliniques, etc.), thérapeutique (administration de

produits médicamenteux, soins de plaies, stomies, activités à visée psychothérapeutique, etc.) et de soulagement de la souffrance (entretien d’aide, activités de relaxation, etc.) en situation classique ou spécifique (urgence, crise, palliative, transport sanitaire, décès).

■ **Elles sont déclinées en compétences détaillées :** 10 pour la compétence 2², 12 pour la compétence 4³.

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (*Soins ; 732 : 63-4*)
2. Historique de la formation infirmière (*Soins ; 733 : 55-6*)
3. L’approche par compétences (*Soins ; 734 : 57-8*)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (*compétences 1 et 3*) (*Soins ; 735 : 57-8*)
5. **Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4)**
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (*compétences 5 et 6*)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (*compétence 7*)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (*compétence 8*)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (*compétence 9*)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (*compétence 10*)

CONCEVOIR ET CONDUIRE UN PROJET DE SOINS INFIRMIERS (COMPÉTENCE 2)

■ **Les connaissances requises** pour concevoir et conduire un projet de soins infirmiers correspondent aux deux unités d’enseignement intitulées “projet de soins infirmiers”. En préalable, l’étudiant doit avoir assimilé le recueil de données, l’analyse de situation et le raisonnement clinique lui permettant d’élaborer des projets de soins dans le respect de la demande des personnes soignées et dans un contexte de pluriprofessionnalité. La mise en œuvre du projet nécessite que les recommandations de bonnes pratiques, ainsi que les outils de traçabilité et de planification soient connus.

■ **L’étudiant est évalué** lors de travaux de groupe en institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) sur sa capacité à élaborer des hypothèses argumentées

cohérentes avec la situation et la volonté du patient, et à rechercher des éléments de négociation.

■ **Une réflexion sur le rôle du soignant** dans un projet de soins à proposer, et surtout si possible, à construire avec une personne, est nécessaire. Un projet de soins n’a de sens que s’il est d’abord celui du patient. L’étudiant est amené à s’interroger sur le sens de ce dernier pour une personne consentante, mais aussi hésitante, réservée voire opposée au projet. En effet, le patient peut vouloir échapper aux attentes du soignant, aussi justifiées soient-elles d’un point de vue clinique (par exemple, refus d’un régime hypocalorique chez une personne obèse, rejet d’un traitement chez une personne insulino-dépendante, contention pour un patient

agité). Cela pose les limites du soin et de la place du soignant. Ces interrogations sont travaillées dans le cadre de réflexions éthiques orientant l’étudiant vers les notions de respect, d’altérité et de droits des patients.

■ **Apprendre à concevoir et conduire un projet de soins infirmiers** nécessite des entraînements à partir de situations cliniques exploitées en Ifsi qui, dès que possible, seront contextualisées en stage. Les situations, variées, pourront concerner un projet et une planification pour un patient en court ou long séjour, en pathologie chronique, en situation de crise voire en hospitalisation sous contrainte.

■ **Les critères d’évaluation** mesurent la considération accordée à la recherche du consentement du patient, voire de sa famille, dans le

respect de ses droits, ainsi que la pertinence du contenu du projet en soins infirmiers depuis le recueil d’informations jusqu’à son élaboration. La capacité de l’étudiant à respecter les modalités d’application (hygiène, asepsie, conformité aux règles de traçabilité et de bonnes pratiques), mais aussi l’adaptation de ce dernier à des situations d’urgence ou de crise est vérifiée. Enfin la mise en œuvre se fait en cohérence avec l’organisation des soins dans un souci de collaboration en équipe pluriprofessionnelle. Tout au long de la démarche, l’étudiant doit être en capacité d’expliquer ses choix, de les argumenter et de les réajuster.

■ **La validation de la compétence complète** peut avoir lieu dès la fin du 4^e semestre.



© Suppar/Elsevier/Masson SAS

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe I.

2. Elles se rapportent à l'accompagnement d'une personne dans son parcours de soins depuis l'élaboration des projets, leur planification et leur mise en œuvre, jusqu'à leur évaluation et aux réajustements nécessaires, tant en situation simple que complexe, dans le respect des protocoles et du concept de pluriprofessionnalité.

3. Elles recouvrent notamment l'analyse des éléments de la prescription médicale

et la préparation de l'administration des médicaments, la mise en œuvre de thérapeutiques, de techniques à visée diagnostique et d'accompagnement dans les gestes médicaux, l'utilisation d'appareillage divers, la prescription de dispositifs médicaux, la traçabilité des informations, sans oublier la mesure des risques liés aux thérapeutiques et aux examens.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ipsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS À VISÉE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (COMPÉTENCE 4)

■ Les connaissances à acquérir pour mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

correspondent à 18 unités d'enseignement (UE), dont 12 relèvent des sciences biologiques et médicales, contributives aux sciences infirmières, et 6 des sciences et techniques infirmières ou des interventions. Ces enseignements théoriques permettent aux étudiants d'acquérir les bases scientifiques des mécanismes physiologiques, des processus pathologiques, de la pharmacologie, des thérapeutiques et de la contribution au diagnostic médical, indispensables à la compréhension et au traitement des situations de soins.

■ Les pathologies ne sont pas étudiées par organe

(cœur, poumon, etc.), mais par processus (traumatiques, inflammatoires, infectieux, psychopathologiques, obstructifs, tumoraux ou dégénératifs). Des situations concrètes servent d'exemples (pose d'une transfusion sanguine à un patient polytraumatisé en service d'urgence, accueil en situation aigüe d'une personne atteinte d'un accident vasculaire cérébral-AVC-, suivi d'un patient porteur d'une iléostomie en situation chronique, etc.). L'étudiant est entraîné à rechercher les savoirs et savoir-faire qui lui permettront de faire face à une situation inédite. L'acquisition de l'ensemble de ces apprentissages est vérifiée par des contrôles de connaissances.

■ Deux UE concernent les soins d'urgence, dont l'une vise l'acquisition de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU).

■ Enfin, l'UE relative aux soins palliatifs et de fin de vie est étayée par les concepts d'éthique, de morale, de déontologie, d'acharnement thérapeutique et d'euthanasie. L'acquisition est évaluée par la capacité de l'étudiant à élaborer une réflexion éthique sur une situation.

■ Aussi techniques et théoriques que puissent être la presque totalité des unités d'enseignement en lien avec cette compétence, une réflexion sur le sens des actes doit être conduite, afin que la finalité de soin ne soit pas perdue de vue et que l'acte reste un moyen au service de la personne soignée. En effet, l'étudiant en début d'apprentissage a tendance à se concentrer totalement sur l'acte lui-même pour en acquérir la maîtrise, oubliant quelquefois la personne.



© Suppar/Elsevier/Masson SAS

■ Pour développer la dextérité et acquérir la maîtrise des actes techniques,

l'apprentissage fait l'objet d'un suivi en Ipsi par le développement de situations simulées et la validation d'actes comme le calcul de doses, la transfusion sanguine, l'injection dans des chambres implantables. Ces validations sont complétées par le travail en situation réelle, réalisé en stage. Lors de ces derniers, les actes, activités et techniques de soins font l'objet d'un suivi dans le portfolio de l'étudiant.

■ Les indicateurs pour l'acquisition de la compétence

visent la justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, la conformité aux règles de bonnes pratiques, le respect des prescriptions et le repérage d'anomalies manifestes, la pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et la réalisation d'examen, l'identification des risques et des mesures de prévention, l'utilisation adaptée des appareillages, la fiabilité et la pertinence des données de traçabilité, la pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique etc., chaque acte étant replacé dans un contexte de situation de soins à une personne.

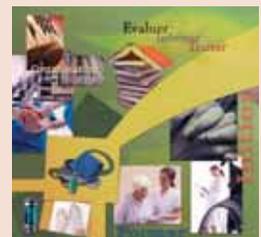
■ La validation de la compétence complète peut avoir lieu à partir de la fin du 4^e semestre et sous réserve de la validation de l'AFGSU qui ne sera exigée qu'en fin de formation.

CONCLUSION

Ces deux compétences requises montrent que l'activité infirmière ne peut être réduite à une liste d'actes. Si ceux-ci doivent être maîtrisés pour parvenir à des soins de qualité, ils restent des moyens mis au service des soins. C'est dans leur adaptation aux personnes et aux situations que se mesurera la compétence.

6/10 Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6)

“Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs” est une compétence dite “cœur de métier”, tandis que “Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins” est une compétence “transverse”. Les savoirs nécessaires au développement de ces compétences relèvent du domaine des sciences contributives aux savoirs infirmiers (sciences humaines sociales et droit) et des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, interventions).



DÉFINITIONS

■ **Les compétences 5, “Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs”, et 6, “Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins”** correspondent à des activités d'accueil (entretien d'accueil, prise de contact, présentation des personnes, des lieux, etc.), d'observation (comportements, modes de vie, réactions, etc.), d'écoute

(entretien de suivi, d'accompagnement, relation d'aide, médiations, etc.), d'information (soins, thérapeutiques, etc.) de conseil (prévention, hygiène, diététique, vaccination, etc.) d'éducation (apprentissage de gestes, de protocoles thérapeutiques, etc.).

■ **Elles sont déclinées en compétences détaillées :** 12 pour la compétence 5¹ et 7 pour la compétence 6².

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (*Soins* ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (*Soins* ; 733 : 55-6)
3. L'approche par compétences (*Soins* ; 734 : 57-8)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (*compétences 1 et 3*) (*Soins* ; 735 : 57-8)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (*compétences 2 et 4*) (*Soins* ; 736 : 59-60)
6. **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6)**
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (*compétence 7*)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (*compétence 8*)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (*compétence 9*)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (*compétence 10*)

INITIER ET METTRE EN ŒUVRE DES SOINS ÉDUCATIFS ET PRÉVENTIFS (COMPÉTENCE 5)

■ **Les connaissances requises pour la compétence 5** correspondent aux unités d'enseignement de santé publique et économie de la santé et à deux unités intitulées “Soins éducatifs et préventifs”. Ces enseignements développent chez l'étudiant des capacités à identifier des problèmes de santé publique, à élaborer des démarches d'éducation thérapeutique et à conduire, en interdisciplinarité, des actions éducatives.

■ **Pour cela, l'étudiant doit acquérir des méthodes et des outils d'apprentissage et d'évaluation**, des techniques d'entretien et de relation, et maîtriser les dispositifs pédagogiques et de démarche d'éducation pour la santé. Il s'appuie sur un ensemble d'outils, variables en fonction de la situation (dossier patient, plaquettes d'information, livret d'accueil, règlement intérieur, charte du patient, protocoles éducatifs, association d'usagers, statut et charte du réseau, etc.). Il est évalué sur sa capacité à analyser des actions éducatives puis à en élaborer en fonction des situations proposées.

■ **Les soins préventifs** peuvent relever de la prévention primaire (prévenir la maladie), secondaire (éviter les complications), mais aussi tertiaire (éviter les hospitalisations répétées voire les morts prématurées).

Ils visent donc la compréhension, l'acceptation puis la transformation des habitudes de vie de la personne soignée. Une réflexion à partir des concepts d'éducation, de formation, d'autonomie et de liberté de la personne éclairera le sens des actions éducatives dans leur nécessité comme dans leurs limites.

■ **L'action éducative** n'a d'intérêt que si elle répond aux attentes du

patient. Afin que celle-ci ne soit pas réduite à un acte, il convient de réfléchir à une manière d'éduquer “par” le soin. L'étudiant apprend à mettre en place un climat de confiance permettant à la personne soignée d'accueillir les informations comme un soin répondant à son besoin et à ne pas porter de jugement de valeur sur des comportements dont les conséquences somato-psychiques sont connues, comme dans les conduites addictives ou autres comportements à risque. Accepter que le patient refuse d'entendre, tout simplement parce qu'il n'accepte plus son état ou sa maladie, ne relève pas d'un contenu pédagogique mais bien d'un travail de réflexion sur les situations.

■ **Les situations proposées en stage** sont variées et se rencontrent au domicile des patients, dans des structures de vie (lycées, crèches, résidences pour personnes âgées), en consultation comme en service d'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie), etc.

■ **Les critères d'évaluation** permettent de mesurer la considération accordée aux besoins et aux ressources du patient, l'adaptation de la séquence à la personne, compte tenu du degré d'acceptabilité de celle-ci, ainsi que la corrélation entre les objectifs et les résultats escomptés. Tout

au long de la démarche l'étudiant doit être en capacité d'expliquer le choix des contenus, des techniques et outils pédagogiques et d'évaluer leur utilisation. La capacité de l'étudiant à accompagner la transformation des habitudes de vie de la personne soignée dans le respect de son niveau et de son rythme d'acceptation est vérifiée. La validation de la compétence complète peut avoir lieu dès la fin du 4^e semestre.



© Suppa/Eleveur/Masson SAS

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe I.

2. Notamment repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique,

accompagner une personne dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement, accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé, conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention, concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique, etc.

3. Notamment définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante,

en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ; accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ; instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ; rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique, etc.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe II.

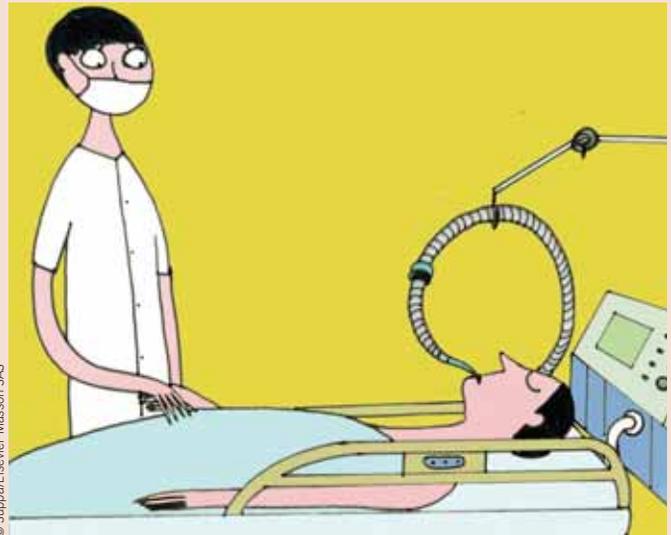
Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

**COMMUNIQUER ET CONDUIRE UNE RELATION DANS UN CONTEXTE DE SOINS (COMPÉTENCE 6)****■ Les connaissances requises pour la compétence 6,**

"Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins", correspondent aux deux unités d'enseignement de psychologie, sociologie et anthropologie, et à trois unités intitulées "Soins relationnels". Ces enseignements développent chez l'étudiant des capacités à identifier les éléments d'une relation dans un contexte de soins afin d'adapter ses modes de communication aux personnes, de conduire un entretien infirmier et d'analyser une situation relationnelle en fonction des personnes et du contexte. Pour cela, il doit maîtriser les principaux concepts en psychologie, psychologie sociale, sociologie, anthropologie et ethnologie, et acquérir les connaissances concernant les différents modes de communication (verbale, non verbale, etc.) et de relation (relation d'aide, médiation, négociation) adaptées aux situations (crise, deuil, conflit, etc.), les techniques d'entretien, le toucher dans la relation, etc. L'étudiant est évalué sur sa capacité à utiliser ces concepts lors de travaux écrits ou oraux de réflexion, à se mettre en situation d'entretien lors de travaux dirigés et à analyser une situation relationnelle.

■ Un travail de réflexion sur les situations devra permettre de comprendre et de situer les notions de proximité, de distance, d'intimité, d'affect, d'affectivité, d'émotion ou de projection. Un entraînement à l'observation du comportement relationnel et social de la personne soignée développera la compréhension de la dynamique de groupe, des interactions sociales et des réactions (inquiétude, angoisse, agressivité, etc.) face à un événement (naissance, maladie, accident, deuil, etc.). Il convient d'explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, de pluralité des modes de vie, des représentations, des valeurs ou des croyances.

■ Les situations rencontrées en stage sont permanentes et infinies. Leur fréquence ne doit pas empêcher de faire arrêt sur quelques-unes d'entre elles



pour un travail approfondi. Elles peuvent se dérouler dans des lieux variés : accueil, soins curatifs, urgence, activités occupationnelles, d'animation ou de médiation, auprès d'enfants comme de personnes âgées, de patients ayant des degrés divers de participation, de dépendance ou de conscience pouvant rendre la relation plus difficilement accessible aux soignants (coma, pathologies psychiatriques, etc.).

■ L'étudiant apprend progressivement à se situer non seulement dans une relation soignant/soigné mais aussi personnellement dans la reconnaissance de ses émotions et dans sa gestion du stress. Il travaille également son positionnement en équipe, en relation de travail, en s'appuyant sur les concepts de pouvoir, d'autorité, de conflit, etc.

■ Les critères d'évaluation mesurent la capacité de l'étudiant à mettre en œuvre les conditions propices à la communication, à instaurer une relation de confiance et d'alliance thérapeutique compte tenu des situations et du contexte, à porter attention à la personne, à adapter son mode de communication et à l'expliquer.

■ La validation de la compétence complète peut avoir lieu à partir du 5^e semestre.

CONCLUSION

La compétence "Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins" est à la base de toute activité et de tout autre compétence requise pour un exercice de qualité. Elle détermine une posture professionnelle et doit faire l'objet d'une réflexion quant au développement personnel qu'il conviendrait de mettre en place. C'est

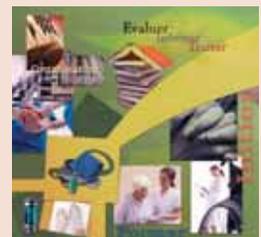
seulement lorsque cette compétence est acquise qu'il devient possible d'initier et de mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs permettant d'offrir aux personnes les informations nécessaires à la compréhension de leur situation et à attendre une modification de leur comportement.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ipsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber
@wanadoo.fr

7/10 Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7)

“Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle” fait partie des compétences dites “transverses”, c’est-à-dire communes à plusieurs professions paramédicales et exigées pour le métier d’infirmier. Les savoirs nécessaires à son développement relèvent des sciences contributives aux savoirs infirmiers (sciences humaines sociales et droit) et des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, interventions).



© Axel Graux

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (Soins ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (Soins ; 733 : 55-6)
3. L’approche par compétences (Soins ; 734 : 57-8)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3) (Soins ; 735 : 57-8)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4) (Soins ; 736 : 59-60)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6) (Soins ; 737 : 57-8)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d’État d’infirmier, annexe II.

DÉFINITION

■ La compétence 7, “Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle”, correspond à des activités¹ d’analyse des pratiques, d’évaluation des soins, de suivi et de traçabilité d’opérations visant la qualité des soins réalisées par des professionnels

dont les connaissances en droit, déontologie et législation sont acquises et qui savent prendre en considération la dimension éthique d’une situation de soin.

■ Elle est déclinée en sept compétences détaillées².

VALEURS PROFESSIONNELLES ET APPROCHE ÉTHIQUE DES SITUATIONS DE SOINS

■ Les connaissances requises pour analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle correspondent aux enseignements suivants : législation, éthique et déontologie (deux unités); soins infirmiers et gestion des risques (deux unités); qualité des soins et évaluation des pratiques (une unité).

■ Les enseignements de législation, éthique et déontologie posent, dès le 1^{er} semestre de formation, les bases qui permettront aux étudiants d’analyser leurs pratiques en s’appuyant sur de solides connaissances, mais aussi de réfléchir sur leurs choix d’action en référence aux valeurs professionnelles, avec une approche éthique des situations de soins.

■ Comme le souligne le professeur Michel Pierson, président du Comité consultatif lorrain d’éthique médicale, « la réflexion éthique n’est pas innée. Elle ne peut venir que de la part de ceux qui pratiquent les soins... Il faut donc encourager l’émergence de cette réflexion par des contacts entre ceux qui sont sensibilisés et ceux qui ne le sont pas ou peu. Il s’agit d’une démarche personnelle, basée sur la réflexion humaniste et considérant l’homme avant de considérer sa maladie, que tout professionnel doit intégrer dans sa pratique »³. Pour cela, il convient de créer des

espaces animés par des professionnels qui, à partir de situations singulières, favorisent le recul sur les actions, la théorisation des pratiques professionnelles et le développement d’une pratique réflexive permettant aux étudiants de prendre des décisions mesurées, centrées sur le sens et les finalités de l’action, dans la limite de leur responsabilité. À cette fin sont étudiés des concepts en philosophie et éthique (liberté, humanité, altérité, dignité, vulnérabilité, identité sociale, reconnaissance, respect, intégrité, etc.) et sont développés des enseignements sur la responsabilité dans l’exercice professionnel (secret professionnel, accès aux documents, etc.) et sur les droits de l’homme, plus spécifiquement ceux des patients, notamment en santé mentale et en psychiatrie (obligation de soins, hospitalisation et soins sans consentement, etc.).

■ Des situations clés sont proposées, comme le refus d’une intervention chirurgicale en raison de convictions religieuses, le refus de traitement en fonction de croyances, l’hospitalisation et les soins sans consentement, la maltraitance, les dons d’organes, etc. Chacune de ces situations est analysée pour identifier les motifs à l’origine du refus de soins ou de la maltraitance, chercher des alternatives et comprendre comment se prend une décision dans un contexte de délibération éthique.



© Suppa/Elsevier Masson SAS

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe I.

2. Notamment observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle et la confronter à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;

évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre de protocoles de soins infirmiers ; appliquer des règles de traçabilité au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie et de satisfaction de la personne soignée, etc.

3. Danan J.L. "Éthique en formation, la réflexion éthique n'est pas innée". *Info Cefiec* (comité d'entente des formations infirmières et cadres) 2007 ; 12.

4. Spinoza B. Éthique, II, prop. 18, schol. II. Cité par Jean Greisch dans "L'amour du monde et le principe de responsabilité". *Autrement* 1994 ; 14.

5. Weber M.T.

Responsabilité morale – responsabilité juridique : une tension à haut risque. *Perspective soignante* 2000 ; 8.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe II.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



GESTION DES RISQUES, QUALITÉ DES SOINS ET ÉVALUATION DES PRATIQUES

■ **La question du risque est à considérer** (pour la personne soignée, sa famille, le soignant et l'institution) et le besoin de sécurité est confronté aux données juridiques, déontologiques, philosophiques et religieuses dans le respect de chacun des partenaires de la situation.

■ **Dès que possible, l'étudiant en stage est associé aux réflexions d'équipe** sur les situations. Il y apprend que tout soignant doit intégrer une réflexion éthique

dans sa pratique et que cela peut créer des tiraillements entre des représentations, des valeurs et des responsabilités individuelles, organisationnelles ou collectives. La réponse éthique nécessite du discernement pour analyser la demande, poser la question de la légitimité en évitant de se laisser emporter par la norme ou par les organisations, et requiert une analyse des conséquences prévisibles et un accompagnement des acteurs dans sa mise en œuvre. Elle n'est ni certaine, ni transposable à d'autres situations.

■ **Les étudiants développent également des capacités à identifier les situations à risque**, à les prévenir, voire à acquérir de la maîtrise face à des situations à risque avéré. Ils doivent savoir distinguer le risque inhérent à toute situation de soins de celui qui résulte d'une erreur ou d'une faute.

■ **Ils sont amenés à intégrer la nécessité d'opérer des enregistrements et des contrôles de données**, de vérifier la qualité des pratiques, d'assurer la mise en œuvre de procédures de vigilances sanitaires, de soins d'urgence, de suivi et de traçabilité d'opérations visant à la qualité des soins, au contrôle, à la gestion et à la commande de matériels et de produits, au rangement et à la gestion des stocks, etc. À partir d'analyses d'incidents critiques, ils sont amenés à repérer les dysfonctionnements, à faire des études sur la matériovigilance, l'hémovigilance ou l'infectiovigilance, à chercher les causes, à mesurer les conséquences et à les mettre en lien avec la législation, le droit et la responsabilité professionnelle.

■ **Ils s'appuient sur un ensemble d'outils** variables en fonction des situations, comme les règles de bonnes



© Suppar/Elsevier/Masson SAS

pratiques, les procédures, les protocoles, les recommandations, ainsi que les outils de traçabilité et de gestion des risques.

■ **Lors des stages**, les étudiants sont amenés à travailler sur les mesures préventives aux infections nosocomiales, à réaliser et contrôler des opérations de désinfection et de stérilisation, et particulièrement d'application des règles d'hygiène et d'élimination des déchets en milieu hospitalier, mais aussi au domicile des patients comme en toute structure d'accueil (école,

usine, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad). Ils opèrent des préparations et des remises en état de matériel, veillent à la fonctionnalité des chariots d'urgence, effectuent des contrôles de péremption des produits pharmaceutiques et des matériaux stériles, dans des services spécialisés (service mobile d'urgence et de réanimation – Smur –, bloc, unités protégées, etc.), mais également à domicile (contrôle de pharmacie familiale). Ils sont mis en relation de collaboration avec d'autres professionnels, tout particulièrement le personnel des services de pharmacie et des laboratoires.

■ **En fin de formation**, ils doivent être en capacité d'analyser et d'évaluer leur pratique professionnelle en matière de qualité des soins, de mesurer les écarts entre les indicateurs de qualité et l'offre de soins, le niveau de satisfaction de la personne soignée et le décalage entre la qualité délivrée et celle perçue par le patient.

■ **La validation de la compétence** est établie à partir de l'analyse critique d'une situation de travail et de protocoles, dans la conformité des procédures (désinfection, nettoyage, conditionnement, stérilisation, etc.) et d'application des règles de qualité, sécurité, ergonomie et traçabilité. Elle inclut le repérage des valeurs professionnelles et des règles déontologiques, la considération de la satisfaction de la personne soignée, l'analyse des difficultés, des erreurs et de leurs causes, ainsi que des propositions d'amélioration.

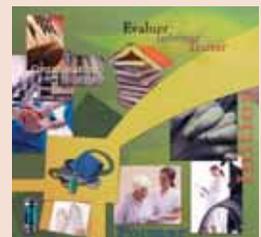
■ **La validation de la compétence complète** a lieu après la validation de l'unité d'enseignement "Qualité des soins et évaluation des pratiques", soit au semestre 6.

CONCLUSION

Entre le volet législation, éthique et déontologie et le volet gestion des risques, qualité des soins et évaluation des pratiques, la question du risque et de la responsabilité doit être posée. S'il n'y a pas de responsabilité sans risque, il convient de distinguer le risque "sécuritaire", celui dont

Baruch Spinoza dit qu'il « *inhibe ou paralyse les capacités de réfléchir en même temps que d'agir ou de réagir* »⁴, du risque « *moteur de la réflexion dans la décision* »⁵, qui fait alors partie d'une conduite d'engagement. La compétence 7 se réalise dans cette double polarité.

8/10 Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)



“Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques” est une compétence dite “transverse”. Les savoirs nécessaires à son développement relèvent du domaine des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes).

DÉFINITION

■ **La compétence 8, “Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques”,** correspond à des activités¹ de veille professionnelle et de recherche. Si l’investissement pour atteindre un

niveau de formation universitaire engage la profession dans un processus de recherche, la masse d’informations aujourd’hui disponible nécessite que la veille professionnelle soit structurée, accompagnée et diffusée par des

personnes formées spécifiquement à cette activité.

■ **Elle est déclinée** en 6 compétences détaillées².

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (Soins ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (Soins ; 733 : 55-6)
3. L’approche par compétences (Soins ; 734 : 57-8)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3) (Soins ; 735 : 57-8)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4) (Soins ; 736 : 59-60)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6) (Soins ; 737 : 57-8)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7) (Soins ; 738 : 59-60)
8. **Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)**
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d’État d’infirmier, annexe II.

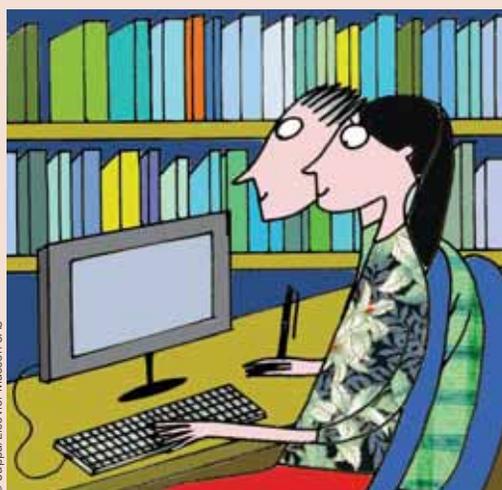
APPRENDRE À CHERCHER, ANALYSER ET TRAITER L’INFORMATION

■ **Les connaissances requises pour rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques** correspondent à deux unités d’enseignement d’initiation à la démarche de recherche, complétées par une unité d’intégration intitulée “Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles”. Les savoirs évalués dans cette unité d’intégration sont communs aux compétences 7 et 8.

■ **L’initiation à la démarche de recherche en tant qu’unité d’enseignement** commence seulement en fin de 2^e année (semestre 4) et se termine en fin de formation (semestre 6), mais c’est dès le début de la formation que les étudiants sont amenés à « dire et écrire leur pratique soignante »³, c’est-à-dire à rendre visibles les activités infirmières.

■ **Adopter une démarche de recherche** nécessite au préalable de savoir se documenter en variant les sources et les informations : articles scientifiques, ouvrages de référence, recherches existantes, etc. Dès le début de leur formation, les étudiants s’exercent à la lecture de revues et d’ouvrages professionnels. Par l’étude de documents, de recommandations de bonnes pratiques, de protocoles, de recherches en soins, ils exploitent les bases de données existantes. Ils se constituent une base d’informations sur la profession, les connaissances professionnelles et les savoirs infirmiers, tout en développant un vocabulaire professionnel.

■ **En lien avec l’unité d’enseignement des méthodes de travail**, ils s’initient à l’utilisation des nouvelles technologies d’information et de communication (NTIC), à l’informatique, aux logiciels de base et à la recherche documentaire. Pour cela, accompagnés non seulement par des professionnels mais également par des documentalistes experts, ils apprennent à cerner leurs besoins en information,



à sélectionner les sources, à analyser, traiter et synthétiser les informations, à utiliser les thésaurus et les banques de données, et à évaluer la qualité des informations recueillies sur internet. De nombreux travaux réalisés en groupe les préparent à participer à des échanges de pratiques professionnelles entre pairs. Ils s’exercent à la rédaction de comptes rendus, de rapports et documents professionnels.

■ **Les liens avec les unités d’enseignement de législation, de droit et d’éthique** les sensibilisent au respect de la confidentialité des données, au secret professionnel et à la propriété intellectuelle. Ils sont mis en garde contre les risques de plagiat, d’un point de vue tant éthique que réglementaire. Les unités d’enseignement d’anglais visent à leur donner la capacité d’utiliser des articles et des documents de langue anglaise mais aussi à favoriser la diffusion de leurs propres travaux par la rédaction en anglais de l’abstract de leur travail de fin d’études (TFE).

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe I.

2. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;

identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ; identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ; utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ; choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ; rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite. Cf. Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

3. Hesbeen W. Dire et écrire la pratique soignante du quotidien. Éditions Arslan, 2009.

4. Maupetit C. Concilier "savoir penser" et "savoir formuler" : un enjeu fondamental pour "prendre soin" de la personne soignée. *Perspective soignante* 33.

5. Fontaine M. Philosophie et pratique soignante. Dire et écrire la pratique soignante. Éditions Arslan, 2009.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ipsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



LA PRATIQUE DE L'ÉCRITURE AU SERVICE DE LA PROFESSION

■ L'écriture traduit d'abord un raisonnement clinique qui s'acquiert surtout par l'analyse de la pratique.

« Il apparaît important de développer chez les futurs professionnels un processus de pensée plutôt que de leur enseigner la façon de trouver l'étiquette qui convient »⁴. Développer l'analyse de la pratique permet de questionner le sens et la pertinence de ses actes, les normes et les paramètres de fonctionnement, et tout simplement de se remettre en question. À terme, elle accompagne la professionnalisation en évitant au soignant d'entrer dans la routine, l'épuisement professionnel voire la démotivation. C'est donc bien à la qualité du raisonnement que les étudiants doivent être entraînés en instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), lors de situations simulées, et en stage, dans l'analyse de situations clés comme dans l'analyse de leurs activités de soin.

■ Un travail rétrospectif sur les actions permet

d'observer non seulement l'action mais l'acteur de celle-ci, c'est-à-dire l'étudiant lui-même : quel objectif visait-il ? L'a-t-il atteint ? Par où est-il passé pour l'atteindre ? Était-ce le seul chemin ? Pourquoi l'a-t-il choisi ? ... Autant de questions qui contraignent l'étudiant à se dégager de la seule application pour interroger l'action, la rendant ainsi non seulement reproductible mais surtout transposable. Pour cela, la réflexion doit porter sur le processus autant que sur le résultat, sur le sens de l'action autant que sur les moyens afin qu'elle produise des savoirs qui amélioreront les actions futures et permettront le développement des compétences.

■ L'initiation à la démarche de recherche vise à développer chez l'étudiant des capacités à lire, à comprendre les buts et à utiliser des résultats de recherche, à étudier la place de la recherche infirmière et à la situer par rapport à d'autres recherches cliniques. Le rôle contributif à des essais thérapeutiques et à des recherches médicales est envisagé pour mieux comprendre la complémentarité ou la différence de cette dernière avec la recherche infirmière. Les formes d'écriture sont étudiées, à considération égale mais clairement

distinguées, en fonction des finalités visées : données traduisant des actes comme dans un diagramme de soins, transmissions ciblées, rapport traduisant des faits précis et visant à une complète objectivation, traduction d'un raisonnement clinique, questionnement permettant l'exploration d'une question, traduction d'une relation soignant/soigné dans son intersubjectivité, etc. C'est parce que l'étudiant est en capacité

de distinguer ces différentes formes d'écriture qu'il acquiert progressivement la rigueur nécessaire à chacune d'elles, lui permettant d'aller vers un travail de fin d'études avec pertinence et sans perdre de créativité.

■ La méthodologie est étudiée en tant que moyen

permettant de structurer la démarche et l'analyse au service de la réflexion car « il est peu probable qu'une méthodologie, aussi pertinente soit-elle, ait ce caractère universel pour prétendre résoudre le passage à une écriture professionnelle »⁵. Pour poser la question du sens, il faut apprendre à dépasser la forme. Une méthodologie non comprise ni maîtrisée risque d'en rester à

une instrumentalisation peu propice au développement de pensées ouvertes visant l'approfondissement d'une question.

■ L'unité d'intégration d'analyse de la qualité et de traitement des données scientifiques professionnelles accompagne la formalisation et

l'explicitation des pratiques professionnelles. Elle permet d'explorer une situation de soin, de dégager des axes de préoccupations, d'intégrer des interprétations, d'interroger les savoirs mobilisés dans les actions, apportant ainsi une contribution à la discipline infirmière qui, confrontée à celle des pairs et d'autres soignants, tend à influencer les pratiques de soins et à construire progressivement les savoirs infirmiers.

■ La validation de la compétence est établie à partir de la pertinence de l'étude d'une question d'intérêt professionnel, de celle de l'analyse de données, ainsi que de la cohérence entre l'objet de l'étude, les ressources et les outils. La validation de la compétence complète a lieu en fin de formation, soit au semestre 6.



CONCLUSION

Le TFE ne doit pas être un exercice de style de fin de formation, mais une préparation à entrer dans une démarche de recherche. Il est un premier pas vers un entraînement à la réalisation d'études et de travaux de recherche dans le domaine des soins, de publication à usage des pairs et/ou d'autres professionnels de santé, et représente une première contribution au patrimoine collectif des sciences infirmières.

9/10 Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)



© Axel Graux

“Organiser et coordonner les interventions soignantes” est une compétence dite “transverse”. Les savoirs nécessaires à son développement relèvent du domaine des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes).

DÉFINITION

■ **La compétence 9, “Organiser et coordonner les interventions soignantes”**, correspond à des activités de « coordination et d'organisation des activités et des soins »¹. Elle nécessite une redéfinition des frontières entre les professions de santé, une parfaite connaissance des différents partenaires des soins et des organisations qui

prennent en compte la répartition des activités dans un travail en collaboration. À cette fin, des outils de suivi, de traçabilité et de transmission d'informations sont partagés.

■ **Elle est déclinée en 8 compétences détaillées².**

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (Soins ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (Soins ; 733 : 55-6)
3. L'approche par compétences (Soins ; 734 : 57-8)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3) (Soins ; 735 : 57-8)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4) (Soins ; 736 : 59-60)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6) (Soins ; 737 : 57-8)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7) (Soins ; 738 : 59-60)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8) (Soins ; 739 : 59-60)
9. **Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9)**
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE AU SERVICE DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

■ **Les connaissances requises pour organiser et coordonner les interventions soignantes** correspondent à deux unités d'enseignement intitulées “Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité”. Elles commencent en début de 2^e année (semestre 3) et se terminent en semestre 5. Elles sont complétées par une unité d'intégration de mise en œuvre des thérapeutiques et de coordination des soins, qui clôture le semestre 5. Celle-ci est commune avec la compétence 4, “Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique”.



© Suppar/Elsevier/Masson SAS

■ **Organiser et coordonner les interventions soignantes**, c'est connaître les rôles de chaque intervenant, travailler sur la place de chaque professionnel dans la prise en charge des patients, partager des projets, diviser et distribuer les tâches en gardant de la souplesse, trouver des outils et des méthodes pour assurer une continuité des soins en toute sécurité, formaliser des articulations avec les partenaires de soins et, autant que possible, éviter les luttes de pouvoir.

■ **Le développement de cette compétence peut être mis en lien avec les recommandations** établies par la Haute Autorité de santé (HAS) en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Dans le rapport de la HAS, la nécessité d'envisager de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé est présentée comme un

critère d'évolution de production de soins de qualité : « L'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient est un déterminant fondamental pour la qualité des soins... Les processus de coopération sont des processus dynamiques qui modifient le contenu même de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire la fonction de production de soins »³.

■ **Pour travailler sur les formes de coopération**, il convient en amont de connaître

l'histoire de sa propre profession, son organisation et ses représentations. Il faut identifier les différentes formes d'exercice (hospitalier, libéral, intérimaire, etc.), les divers lieux d'exercice (structure hospitalière publique ou privée, établissement scolaire, centre de soins ou de prévention, dispensaire, association, maison de retraite, hospitalisation à domicile – HAD –, entreprise, armée, sapeurs-pompiers, secteur humanitaire, etc.) et déterminer ce que chacun d'eux apporte pour mieux répondre aux besoins et au confort des personnes soignées.

■ **La rencontre et la reconnaissance d'autres acteurs de santé** permettent de développer une culture et une identité professionnelles et une accession progressive à une maturité professionnelle. Les concepts de collaboration, de responsabilité, de travail en équipe, de conflit, de délégation, d'autonomie, de compétence, etc. sont étudiés.

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe I.

2. Notamment identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...)

et organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences; choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité, etc.

3. HAS, ONDPS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? Recommandation, avril 2008. www.has-sante.fr.

4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Consultable sur www.legifrance.gouv.fr.

5. Anaes. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Anaes, 1999.

6. Gobert M, D'hoore W.

Le développement de l'interface hôpital-domicile. *Perspective soignante* 1998; 1.

7. Cauvin P. La cohésion des équipes. ESF Editions, 1997.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008
marie.therese.weber@wanadoo.fr

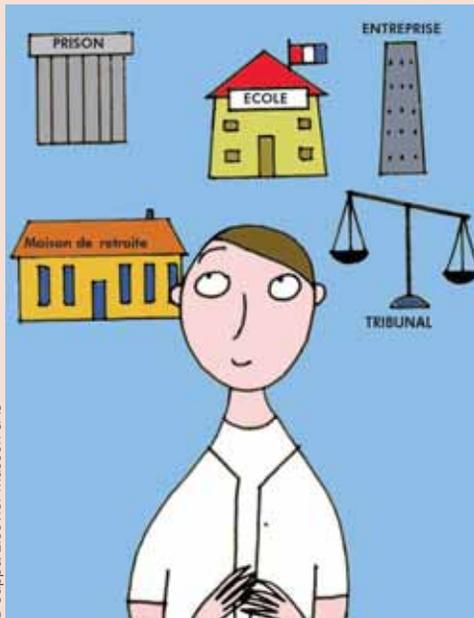
Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



APPRENDRE À IDENTIFIER ET À CONNAÎTRE LES PARTENAIRES PROFESSIONNELS

■ Des situations clés

concernant des interventions multidisciplinaires dans des projets de soins, des parcours patients et des charges en soins sont proposées à l'analyse des étudiants. Les outils de traçabilité des soins sont étudiés (dossier de soins, dossier patient, grilles de recueil de données, diagramme de soins, etc.). En stage, les étudiants doivent identifier les acteurs partenaires et leurs rôles selon les secteurs de soins, y compris ceux plus spécifiques (entreprise, prison, établissement scolaire, collectivité territoriale, secteur humanitaire, etc.). Au fur et à



© Suppa/Elsevier Masson SAS

mesure des stages, ils étendent leur périmètre pour reconnaître les partenariats avec d'autres professionnels du domaine de la santé (médicaux, paramédicaux et psychologues) puis avec ceux du domaine social (assistants sociaux, éducateurs, etc.) pour l'élargir aux acteurs des infrastructures (direction, logistique, maintenance), aux partenaires du monde éducatif (proveurs, professeurs), associatif ou juridique (juges pour enfant).

■ **Les étudiants apprennent à formaliser des projets de soins ou de vie,** à décliner les activités, à les coordonner pour construire des parcours de soins, à contrôler le cheminement des examens et des résultats et à assurer l'enregistrement des données. Pour ce faire, ils mobilisent les ressources acquises pour développer d'autres compétences comme l'évaluation de situations cliniques, la conception et la conduite de projets de soins ou le traitement des données professionnelles.

■ **Des liens avec les unités d'enseignement en santé publique (filières de soins, réseaux de soins),** en législation, en éthique et en déontologie (confidentialité, secret professionnel, transmission d'information, réponse à des tiers...) doivent être faits.

■ **Enfin, les étudiants sont amenés à développer des connaissances, tant théoriques que cliniques, concernant les réseaux de soins** institutionnalisés

par la loi Kouchner du 4 mars 2002⁴, dont les missions sont fixées par l'article L.6321-1 du Code de la santé publique et dont les organisations et les finalités sont précisées dans un rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (Anaes, actuellement HAS)⁵.

■ **Les stages,** plus fréquents en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ou d'hospitalisation à domicile (HAD), sont distingués des réseaux de soins. Ceux-ci sont identifiés en fonction de leurs missions selon qu'ils sont centrés sur la prise en charge d'une pathologie nécessitant

une coordination étroite entre différentes catégories de professionnels (oncologie, sida...) ou sur celle d'une population spécifique (personnes âgées, démunies, etc.). Même si les structures hospitalières tiennent une place centrale dans la formation infirmière, sa dimension à dominante curative conduit les étudiants à travailler sur l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation et à étudier, en particulier, les trajectoires des patients (suivi, retour à domicile, insertion sociale...).

■ **Les étudiants apprennent à organiser leurs interventions** en tenant compte à la fois des limites de leur champ professionnel et de leurs responsabilités, mais aussi « du bien-fondé de [leur] expertise au-delà de son groupe d'appartenance »⁶. Ils intègrent la nécessité de mettre en place un système d'accompagnement individualisé dans le cadre d'une production collective de soins, dans un respect mutuel des différents acteurs, en créant un espace de confiance.

■ **La validation de la compétence** est établie à partir de la pertinence dans l'identification, la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs et des informations transmises, ainsi que dans la cohérence de la continuité des soins. La validation de la compétence complète a lieu en semestre 5.

CONCLUSION

Selon Pierre Cauvin, « une équipe, ça se construit; l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté »⁷. Organiser et coordonner les interventions soignantes nécessitent d'abord de témoigner d'une volonté de coopérer en développant une culture de partenariat. C'est, au-delà de "travailler ensemble", potentialiser des

ressources pour développer une offre de soins répondant aux besoins de la population. Plus qu'une pluridisciplinarité, c'est-à-dire la rencontre de partenaires distincts autour d'une personne soignée, un travail en interdisciplinarité suppose des mises en synergie des compétences de chacun au service d'une finalité commune: la qualité des soins.

10/10 Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)



“Informer et former des professionnels et des personnes en formation” est une compétence dite “transverse”. Les savoirs nécessaires à son développement relèvent du domaine des savoirs constitutifs des compétences infirmières (sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes).

DÉFINITION

■ La compétence 10, “Informer et former des professionnels et des personnes en formation”, correspond à des activités de « formation et d’information de nouveaux personnels et de stagiaires »¹. La capitalisation et la valorisation des expériences des différents acteurs d’une structure de soins permettent la mise en place

et le développement d’une culture d’apprentissage qui caractérise les institutions. Au-delà de l’acquisition de connaissances et de compétences, la formation est le fondement du processus de professionnalisation.

■ Elle se décline en 6 compétences détaillées².

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES ET LA FORMATION INITIALE

1. Profession infirmière, un siècle de professionnalisation (Soins ; 732 : 63-4)
2. Historique de la formation infirmière (Soins ; 733 : 55-6)
3. L’approche par compétences (Soins ; 734 : 57-8)
4. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (compétences 1 et 3) (Soins ; 735 : 57-8)
5. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique (compétences 2 et 4) (Soins ; 736 : 59-60)
6. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins (compétences 5 et 6) (Soins ; 737 : 57-8)
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle (compétence 7) (Soins ; 738 : 59-60)
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques (compétence 8) (Soins ; 739 : 59-60)
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9) (Soins ; 740 : 59-60)
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation (compétence 10)

Référentiel de compétences. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d’État d’infirmier, annexe II.

COMPRENDRE ET VERBALISER SON ACTION POUR TRANSMETTRE UN APPRENTISSAGE

■ Les connaissances requises pour informer et former des professionnels et des personnes en formation correspondent à l’unité d’enseignement d’encadrement des professionnels de soins, complétée par une unité d’intégration intitulée “Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires”. Les savoirs évalués dans cette unité d’intégration sont communs aux compétences 5 et 10. Ces unités d’enseignements ont lieu en 2^e année.

■ Former à l’encadrement des étudiants qui ne sont pas en totale capacité d’agir seuls et dont les évaluations validant les compétences requises sont en cours nécessite une prise de recul. S’exercer à expliciter ses savoir-faire, c’est-à-dire décrire et analyser ses actions pour transformer une activité en objet de savoir formalisé, relève de pratiques réflexives auxquelles les étudiants sont entraînés depuis le début de leur formation. C’est par la verbalisation de l’action que s’amorce la dynamique de transfert de connaissances : « Il y a du transfert au cours d’un apprentissage depuis l’expression des représentations des élèves jusqu’à la réutilisation dans un autre contexte d’une habileté acquise »³. Pour cela, les étudiants sont encouragés à décrire ce qu’ils font, à exposer des faits puis à raisonner sur leurs expériences, à argumenter les actions entreprises et leurs résultats au regard des objectifs fixés. Dans des situations simulées, ils apprennent à rechercher les savoirs et savoir-faire nécessaires au traitement d’une situation avant d’être en capacité de les transférer dans une



nouvelle situation, particulièrement dans le cadre de collaborations avec d’autres professionnels.

■ Pour comprendre le sens des actions, il est nécessaire qu’ils obtiennent des réponses précises à leurs interrogations. Cette précision ne signifie pas que celles-ci soient uniques et absolues. Elles sont plutôt une aide à la compréhension, étayées par des exemples et des concepts, et ne sont ni dogmatiques ni uniquement justifiées par la répétition

d’habitudes ou l’application non expliquée de protocoles conduisant à un apprentissage par mimétisme et une intégration par la seule répétition⁴, qui ne favorise pas le développement de l’autonomie ni de la responsabilité. Dans ce contexte, les étudiants peuvent être tentés de se plier aux exigences pour « ne pas mettre en péril leur évaluation », se préparant à faire différemment dès qu’ils seront confrontés à d’autres professionnels ou devenus autonomes.

■ Adopter une démarche de formation envers d’autres professionnels nécessite d’inscrire les savoirs acquis dans un processus de “conceptualisation – décontextualisation – recontextualisation”, c’est-à-dire de faire l’hypothèse qu’une réflexion sur l’expérience et une recherche sur le sens des actions développent des capacités d’adaptation à de nouvelles expériences et permettent *in fine* que d’autres puissent apprendre de ces expériences. Pour cela, le référentiel de formation⁵ structure l’étude de situations cliniques en trois paliers d’apprentissage : comprendre, agir et transférer.

NOTES

1. Référentiel d'activités.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe I.

2. Notamment organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins ;

organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants ; évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage ; superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration, etc.

3. Develay M. "Didactique et transfert". In: Meirieu Ph, Develay M, Durand C, Mariani Y. Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue. CRDP, 1996.

4. Ce que Pierre Bourdieu appelle la « soumission à l'ordre établi ».

In: Bourdieu P, Passeron JC. La reproduction, éléments du système d'enseignement. Édition de minuit, 1970.

5. Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe III, référentiel de formation.

6. Meirieu P. Petit dictionnaire de pédagogie (définition de "médiation") www.meirieu.com.

7. Dominicé P.

"La formation de nouvelles identités professionnelles dans le monde infirmier." Construction d'une identité professionnelle. Conférence Cefiec, Lyon, 24 mai 2002.

L'intégralité des compétences détaillées est disponible dans le référentiel de compétences, arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



LA MUTUELLE DE LA SANTÉ ET DU SOINS

ACCUEILLIR ET ENCADRER LES STAGIAIRES ET LES NOUVEAUX ARRIVANTS

■ **Les concepts** d'accompagnement, de tutorat, de stratégie d'apprentissage, de transfert, de délégation et de coopération sont étudiés. Des liens sont établis avec les unités d'enseignement liées à la compétence 5, "Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs", et les méthodes et les outils d'apprentissage développés pour animer des séances d'information au public sont mobilisés.

■ **En stage, les étudiants participent à l'accueil de stagiaires de 1^{re} année**, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des aides médico-psychologiques. Cela nécessite qu'ils connaissent les programmes respectifs de ces formations, qu'ils inventorient les outils d'accueil existants, qu'ils les mettent à jour afin de transmettre et d'expliquer les informations permettant une bonne intégration de l'arrivant. Sous la responsabilité d'un tuteur, ils participent à des projets d'encadrement,

supervisent et évaluent les actions entreprises par les stagiaires qu'ils accompagnent et leur transmettent les savoirs et savoir-faire qu'ils ont eux-mêmes déjà acquis. Pour ce faire, ils doivent connaître les niveaux de compétence des personnes qu'ils encadrent, ainsi que la réglementation en termes de collaboration, de délégation et de responsabilité.

■ **Au cours de leur formation**, les étudiants mettent progressivement en place une appartenance à un groupe professionnel, développant ainsi un processus identitaire plus particulièrement lié aux personnes qui les encadrent. Ils s'identifient à ceux qui, pour eux, représentent une sorte de "modèle professionnel". Apprendre un métier n'est pas uniquement affaire de savoirs et de savoir-faire. Au-delà de la maîtrise du geste, c'est bien dans la capacité à se reconnaître dans l'autre que se fait l'identification. C'est de la pluralité des personnes et des expertises rencontrées qu'ils construisent leurs propres compétences et développent des intérêts pour accompagner les plus jeunes. Ils acquièrent une prise de conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans une transmission professionnelle tournée vers l'avenir. Ils agissent en fonction des représentations qu'ils ont de ceux qu'ils encadrent, de leur désir d'apprendre et de leurs modes d'apprentissage.



© Suppar/Elsevier Masson SAS

■ **Ils rencontrent les limites de la formation liées à l'envie d'apprendre** de celui à qui ils voudraient transmettre tout ce qu'ils savent déjà. En effet, « on ne doit pas chercher désespérément à agir sur la volonté de l'autre, même si l'on est profondément et légitimement convaincu d'œuvrer pour son bien »⁶. Ils apprennent à mettre en place les conditions qui permettront aux autres d'apprendre et d'agir et, par là même, sont amenés à réfléchir sur leurs propres modes d'apprentissage.

■ **C'est par la pertinence de leur projet concernant la personne à encadrer**, par leur capacité à organiser un travail en collaboration avec un étudiant débutant, un aide-soignant, etc., par la qualité du contenu et des informations transmises, par leurs capacités d'adaptation au public en fonction de la situation, par l'analyse de la situation pédagogique et par la qualité des éventuels réajustements à l'issue de cette analyse qu'ils témoigneront des compétences acquises.

■ **La validation de la compétence** est établie à partir des résultats d'une étude portant sur une situation d'encadrement et par l'acquisition des compétences en situation validées dans le portfolio. Elle peut avoir lieu dès la fin du 4^e semestre.

CONCLUSION

Selon Pierre Dominicé, « la formation ne se limite pas aux dimensions formelles des diplômes obtenus. [...] Tout professionnel doit être en mesure, grâce aux ressources que la formation lui fournit, d'affirmer avec d'autres ce qu'il entend réaliser »⁷. Mettre

en place cette réforme représente une opportunité pour se tourner vers l'avenir et affirmer ce que la profession souhaite réaliser pour développer des connaissances, construire des savoirs et évoluer.

L'AUTEUR

Marie-Thérèse Weber, directrice d'Ifsi et d'Ifas aux Hospices civils de Lyon (69) jusqu'en 2008 marie.therese.weber@wanadoo.fr