

## PROJET DE FORMATION

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

GIP QUIMPER-CORNOUAILLE

2016/2019



# Table des matières

INTRODUCTION.....	3
DESCRIPTION DE L'INSTITUT .....	5
UNE IMPLANTATION DANS LE TERRITOIRE DE SANTE N° 2 .....	6
L'EMPLOI DANS LE SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL .....	7
PROFILS DES CANDIDATS ENTRANT EN FORMATION DE 2012 A 2015 .....	10
L'INSERTION PROFESSIONNELLE.....	14
LES RESSOURCES .....	14
LE DEPARTEMENT FORMATION CONTINUE .....	16
LE CADRE REGLEMENTAIRE DES FORMATIONS.....	17
LES PRINCIPES QUI ORIENTENT LES ACTIONS DE FORMATION DE L'IFPS .....	18
CONCLUSION.....	24

# 1. INTRODUCTION

Les enjeux de la future Loi de santé<sup>1</sup> visent à refonder le système de santé de notre pays dans un contexte économique contraint en tenant compte des enjeux actuels que constituent le vieillissement de la population (en 2040, 10 millions de français auront plus de 75 ans), l'augmentation des maladies chroniques (pour un français sur quatre), la mobilisation de l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité de la médecine.

La Loi de santé s'articule autour de quatre priorités :

- Prévenir, éduquer et promouvoir la santé
- Faciliter les relations des français avec leur système de santé
- Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
- Renforcer l'efficacité des politiques publiques et de la démocratie sanitaire

Ces priorités vont impacter la formation des professionnels de santé. C'est dans ce cadre qu'intervient la Grande Conférence de la Santé<sup>2</sup>.

Cette conférence, initiée par le gouvernement, propose d'adapter le modèle d'organisation hospitalière issu de la grande réforme de 1958 (réforme hospitalo-universitaire)<sup>3</sup>, dans une démarche de transformation progressive cohérente avec la transition épidémiologique, mais aussi de repenser de façon progressive l'articulation entre soin, formation et recherche afin de continuer à garantir l'excellence et de favoriser le progrès et l'innovation dans le domaine de la santé.

Elle devra s'assurer de la cohérence des réformes engagées, en matière de formation d'une part, de métier, d'exercice et de modes de rémunération d'autre part. Elle s'attachera à prendre en compte les acteurs du monde de la santé, l'évolution des métiers, des parcours professionnels et des conditions de travail et elle devra améliorer l'organisation des complémentarités des différentes professions.

Depuis plusieurs années, les formations des professionnels de santé connaissent des évolutions en lien avec l'universitarisation d'une part et d'autre part l'innovation qui participe à garantir la pérennité de notre système de santé.

Aussi, il sera nécessaire de moderniser les formations et les métiers des professionnels de demain. Ce qui impliquera d'adapter les formations aux besoins futurs en favorisant un cadre de formation pour les professionnels de santé propice à l'échange et au partage d'informations.

## Un ancrage territorial des structures de formation : enjeu d'avenir

Dans le projet de loi santé<sup>4</sup>, les articles 26 et 27 visent à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée. Ainsi, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont pour objet de permettre une prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

<sup>1</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) : La loi de santé/ discours de Marisol TOURAINE

<sup>2</sup> [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr) Grande conférence de la santé

<sup>3</sup> [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) : Historique des réformes hospitalières en France – avril 2015

<sup>4</sup> Projet de loi n°2302 relatif à la santé – Chapitre VI – ancrer l'hôpital dans son territoire

Dans ce contexte, les structures de formation doivent inscrire leurs stratégies de développement en tenant compte :

- De la transformation du système de santé qui devra répondre aux besoins de santé de la population, et permettre le développement de l'éducation et de la prévention, la mise en place de parcours de soins, des innovations techniques, des coopérations entre professionnels, des nouveaux métiers et du virage ambulatoire
- De la territorialisation de l'offre de formation des professionnels de santé en adoptant des stratégies au sein du territoire visant à développer nos structures en partenariat avec le Conseil Régional et l'Université, et en veillant au maintien des compétences au sein des territoires. Ceci implique également de développer la formation continue des professionnels de santé et ainsi contribuer au développement professionnel continu (DPC)

#### Pour une application territoriale de ces réformes

L'Union Hospitalière de Cornouaille : une offre de soins répartie sur 5 bassins de vies et collectivités du territoire, forte de 2088 lits et 5900 agents.

L'UHC a été créée en novembre 2009 par un accord-cadre entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et 5 établissements de santé publics et privés participants au service public du Sud Finistère : l'EPSM Etienne GOURMELEN de QUIMPER, le Centre Hospitalier Intercommunal de QUIMPER (CHIC), l'Hotel Dieu de PONT L'ABBE, le Centre Soins de Suite et de Réadaptation de ST YVY, et le Centre Hospitalier Michel MAZEAS de DOUARNENEZ

La construction du territoire et notamment l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) entre dans le cadre de ces réformes. Il en est né un projet d'orientations médicales commun (POMC) et la définition des projets médicaux de chaque établissement dans le but de développer une offre de soins territoriale.

Aussi dans le cadre de la mise en place de l'UHC<sup>5</sup>, un projet de gestion prévisionnelle des métiers et compétences est développé. Les objectifs de ce projet sont :

- D'adapter et maintenir l'emploi dans les cinq bassins de vie
- D'adapter les compétences aux évolutions des métiers de santé
- Développer une gestion prévisionnelle des emplois en lien avec les structures (pyramide des âges, modifications de l'offre de soins)
- D'ouvrir des perspectives de carrière sur le territoire
- Détecter des potentiels et des compétences pour la promotion de parcours professionnels sur le territoire

En ce qui concerne l'Institut de Formation des Professionnels de Santé du GIP QUIMPER CORNOUAILLE, il est membre à part entière de tous les partenariats mis en place au niveau régional. Il est membre du GCS IFSI de Bretagne. Un partenariat avec l'Université a abouti à la signature d'une convention quadripartite entre les Universités de Bretagne (UBO/UBS/Rennes 1/Rennes 2), le Conseil Régional de Bretagne, l'ARS et le GCS IFSI Bretagne.

---

<sup>5</sup> Commission d'installation de l'Union Hospitalière de Cornouaille -- vendredi 13 mai 2011

## 2. DESCRIPTION DE L'INSTITUT

C'est le 1er octobre 1947, qu'a eu lieu l'ouverture de l'école d'infirmière du Centre Hospitalier Laënnec, rue Etienne GOURMELEN. La première directrice était Melle LANE, assistante sociale à la mairie de QUIMPER. Il est à noter qu'à cette époque la formation des infirmières et des assistantes sociales étaient communes. 12 élèves composaient la 1ère promotion.

En 1969, ouverture de la nouvelle école sur le site d'ERGUE ARMEL avenue Yves THEPOT. Melle GUEZINGAR Jeannine en assurait la direction. L'hôpital Laënnec était toujours situé en centre ville. A cette époque, les promotions comptaient environ 60 élèves.

En 1986, suite à une baisse des quotas, le nombre d'élèves formés était de 35 par promotion.

1989, la fermeture de l'école de CONCARNEAU entraîne une augmentation des effectifs sur QUIMPER à hauteur de 47 élèves.

1992, la fermeture des écoles spécialisées en psychiatrie, ainsi que la mise en place d'un nouveau programme de formation, marque un changement important, les écoles deviennent alors Institut de Formation en Soins Infirmiers, les élèves deviennent alors des étudiants. De plus pour QUIMPER, on assiste à la fusion du centre de formation psychiatrique de GOURMELEN et de l'école d'infirmière en soins généraux du centre hospitalier Laënnec de QUIMPER. Les quotas sont alors de 50 étudiants par promotion. Mr CHANE est le directeur, assisté de Mme LE SOUDIER, jusqu'en 1993. A cette époque, les locaux sont situés avenue Yves THEPOT. Les locaux de l'école de GOURMELEN servaient occasionnellement.

1993 voit la création du GIP (groupement d'intérêt public). L'institut devient institut de formation en soins infirmiers de Cornouaille.

1995, intégration de l'école d'aides-soignantes, qui était jusqu'à ce jour assurée par le service de formation du Centre Hospitalier Laënnec. Les promotions accueillait 32 élèves aides-soignantes.

Janvier 1996, le Centre Hospitalier de DOUARNENEZ adhère au GIP pour la formation aides-soignantes, les effectifs sont alors de 52 élèves par promotion

Août 1996, déménagement provisoire vers le centre hospitalier spécialisé GOURMELEN. L'institut se déploie sur les bâtiments A et dans les locaux de l'ancien centre de formation.

Dès 1997, les locaux s'avèrent trop étroits pour accueillir l'ensemble des étudiants (50 par promotion). Les bâtiments B sont mis à disposition de l'institut de formation.

1999, arrivée de Mme BOST en tant que directrice en remplacement de Mr CHANE.

2001, deux rentrées ont lieu, une en septembre et une en février. Les promotions sont alors de 90 étudiants.

Février 2002, il y a une augmentation de la capacité d'accueil des élèves aides-soignants à 70 élèves par année.

Depuis 2001, des travaux sont réalisés en vue de la création d'un nouvel institut de formation. L'IFSI actuel a été inauguré le 7 mai 2004. Le quota était de 90 étudiants par promotion.

C'est en 2003 que le quota est passé à 105 étudiants par promotion, quota actuel avec une rentrée en septembre.

En 2011, la volonté de l'Institut de formation a été de développer, en plus des formations initiales, un département de formation continue au service du territoire et plus particulièrement au sein de l'Union Hospitalière de Cornouaille.

En avril 2013, une nouvelle convention constitutive du GIP est adoptée par le Conseil d'Administration du GIP IFSI de Quimper Cornouaille, suite à une nouvelle réglementation concernant les groupements d'intérêt public. La nouvelle dénomination du groupement devient : Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS) Quimper Cornouaille.

### 3. UNE IMPLANTATION DANS LE TERRITOIRE DE SANTE N° 2 <sup>6</sup>

L'institut de formation des professionnels de santé du GIP QUIMPER CORNOUAILLE est implanté au sein du territoire de santé n°2.

Le territoire de santé 2 « QUIMPER DOUARNENEZ PONT L'ABBE » couvre une grande partie du pays de Cornouaille à l'exception de la communauté de commune du Pays de QUIMPERLE (Territoire n°3), et il intègre une partie du centre ouest Bretagne.

Ce territoire compte une population générale de 300 345 habitants<sup>7</sup> soit 9,20 % de la population bretonne toutes tranches d'âge confondues.

La population du Territoire n°2 est la suivante :

- Les femmes représentent 52 % de la population contre 47.9 % d'hommes
- Concernant l'âge : 22 % de la population à moins de 20 ans, 21 % ont entre 65 et 74 ans, 11.86% ont plus de 75 ans. L'indice de vieillissement<sup>8</sup> est de 99.5 (78.1 pour la région Bretagne contre 70.6 pour la France métropolitaine)  
Il est à noter que les retraités représentent 28.14 % de la population.

Les caractéristiques du territoire n°2 :

- Un vieillissement marqué : 11 % de la population est âgé de 75 ans et plus, soit pour 2016 une population estimée à 36 770 personnes. Il est à noter que ce vieillissement touche aussi les professionnels de santé installés dans le territoire (démographie médicale). Selon l'observation des territoires<sup>9</sup> il est envisagé une augmentation de la tranche des 60-74 ans qui dépassera les 20 % avant les années 2020, pour plafonner ensuite sur les 20 prochaines années. Par contre, pour la tranche d'âge des 75 ans et plus, il est envisagé une stabilisation aux environs de 12 % jusque dans les années 2020 puis une augmentation nette et progressive sur les 20 ans suivants pour atteindre horizon 2040 un taux supérieur à 15 % de la population.
- Un taux de mortalité supérieur au taux de mortalité régional y compris aux âges les plus élevés. Des indicateurs de santé défavorables par rapport à la moyenne régionale et nationale :
  - Décès prématurés par : cancer du poumon, bronchites chroniques, maladies pulmonaires, cancer du colon, cirrhose du foie, psychose alcoolique, alcoolisme, chutes accidentellesIl est à noter peu de décès par cancer du sein.

<sup>6</sup> Programme territorial de santé n°2 /QUIMPER DOUARNENEZ/PONT LABBE /Années 2013/2016/ ARS BRETAGNE p7

<sup>7</sup> Observatoire du territoire- profil de territoire ARS mise à jour 01/06/2015

<sup>8</sup> L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice proche de 100 indique que les 60 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près la même proportion sur le territoire. Plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées (SOURCE INSEE)

<sup>9</sup> Observatoire du territoire- profil de territoire ARS mise à jour 01/06/2015 p 4

- Un maillage à partir d'une ville centre : QUIMPER pôle structurant du territoire et des villes périphériques autour desquelles la densité de population reste important notamment sur le littoral sud et le secteur de CHATEAULIN.

Globalement, le territoire de santé n°2 bénéficie actuellement d'un équipement en santé satisfaisant<sup>10</sup> mais avec certaines fragilités : premier recours fragilisé, l'équipement médicosocial permet une couverture de l'ensemble du territoire mais reste inférieur à la moyenne régionale (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Le taux de recours à la médecine est plus faible que sur l'ensemble de la région y compris pour les plus de 75 ans. Le taux de recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) est plus fréquent que dans l'ensemble de la région. L'hospitalisation à domicile (HAD) est peu développée sur le territoire.

Le programme territorial de santé du territoire n°2 :

Les thématiques communes aux 8 territoires de santé bretons sont les suivantes :

- Prévention et prise en charge des conduites addictives
- Prise en charge des personnes âgées dont la mise en œuvre des filières gériatriques et gérontologiques
- Mise en œuvre d'une permanence des soins articulée entre ville et hôpital
- Organisation des gardes et des astreintes en établissements de santé
- Développement des modes d'exercices collectifs et coordonnés
- Promotion des modalités d'organisation de la médecine ambulatoire :
  - Mise en œuvre d'une offre de soin territoriale en chirurgie obstétrique et imagerie médicale
  - Développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de santé (filiale AVC/réseaux /conventionnement ....)

A ceci s'ajoutent des thématiques complémentaires spécifiques au territoire 2 :

- Amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées
- Promotion de la santé mentale et prévention du suicide
- Promotion de l'éducation à la vie affective et sexuelle (information des jeunes à la contraception / IVG médicamenteuse / planning familial / accès à la contraception)
- Promotion de l'éducation thérapeutique du patient
- Promotion des dépistages organisés des cancers

#### 4. L'EMPLOI DANS LE SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL<sup>11</sup>

Le secteur sanitaire, social et médico-social est un des principaux secteurs bretons en termes d'emploi. Il compte plus de 206 000 actifs, soit 15,8 % de l'emploi régional (14,7 % au niveau national).

1<sup>er</sup> secteur de l'économie bretonne, l'activité hospitalière emploie près d'un tiers des actifs du secteur sanitaire, social et médicosocial.

<sup>10</sup> Programme territorial de santé n°2 /QUIMPER/DOUARNENEZ/PONT LABBE /Années 2013/2016/ ARS BRETAGNE

<sup>11</sup> Emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial – diagnostic général – produit dans le cadre du contrat d'objectifs sanitaire, social et médicosocial / octobre 2013 GREFF BRETAGNE

En ce qui concerne l'aide à domicile, il représente le 2<sup>ème</sup> employeur du secteur avec plus de 28 000 actifs.

Il est à noter que l'action médicosociale pour les personnes âgées représente 11 % des emplois du secteur en Bretagne (8 % au niveau national).

Le secteur médicosocial offre une grande diversité de métiers (20 métiers – 77 % des emplois actifs)<sup>12</sup> et 66 % de ces emplois portent sur les métiers médicaux, paramédicaux ou sociaux.

De plus ce secteur sanitaire, social et médicosocial est un secteur vieillissant<sup>13</sup>, qui emploie majoritairement des femmes (43 ans de moyenne d'âge) et des professionnels diplômés (40 % des actifs ont un diplôme supérieur au baccalauréat).

Il est à noter que 81 % des actifs du secteur occupent un emploi durable (CDI – titulaire de la fonction publique – libéraux) et 66 % d'entre eux l'exercent à temps partiel.

#### 4.1. L'emploi aide-soignant en Bretagne<sup>14</sup> : 22 600 aides soignants

Pour les aides-soignants, 60 % exercent leur activité professionnelle dans le secteur hospitalier, dont 69% dans le secteur public, 28 % dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou maison de retraite, 3 % dans le secteur de l'aide à domicile.

1 aide-soignant sur 5 est âgé de 30 ans ou moins.

Cependant, les plus de 50 ans représentent 21 % des effectifs aides-soignants contre 29 % dans l'ensemble du secteur sanitaire et social et 25 % pour l'ensemble des actifs bretons.

Près de 5 % des aides-soignants (soit 1000 personnes) ont 57 ans ou plus.

Il est à noter que la structure d'âge des aides-soignants bretons est similaire à celle observée au niveau national.

Au sein du secteur hospitalier, 23 % des aides-soignants ont plus de 50 ans et 27 % dans l'aide à domicile.

Les aides-soignants sont en moyenne plus jeunes dans le secteur des personnes âgées et du handicap.

9 aides-soignants sur 10 sont des femmes, les hommes exercent plus souvent dans le secteur hospitalier que les femmes. La part des hommes est la même qu'en 1999 et reste stable chez les jeunes (environ 10 % des effectifs).

85 % des aides-soignants sont en CDI (contre 87 % pour l'ensemble des actifs bretons). 70 % travaillent à temps complet (contre 85 % pour l'ensemble des actifs bretons). Une pratique du temps partiel est plus répandue en Bretagne qu'au niveau national.

La majorité des offres d'emploi sont émises par le secteur de la personne âgée. Le nombre de demandeurs d'emploi aides-soignants augmente depuis 2008.

---

<sup>12</sup> Emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial – diagnostic général – produit dans le cadre du contrat d'objectifs sanitaire, social et médicosocial / octobre 2013 GREFF BRETAGNE p. 14

<sup>13</sup> Emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial – diagnostic général – produit dans le cadre du contrat d'objectifs sanitaire, social et médicosocial / octobre 2013 GREFF BRETAGNE p. 15

<sup>14</sup> Emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial – Les aides-soignants en Bretagne – produit dans le cadre du contrat d'objectifs sanitaire, social et médicosocial / mai 2014 GREFF BRETAGNE

En ce qui concerne la formation le nombre de diplômés augmente chaque année depuis 2007, 38 % de ces diplômés ont plus de 30 ans. 63 % des élèves avaient un niveau baccalauréat avant la formation, et 72 % des élèves étaient en emploi avant d'entrer en formation.

95 % des diplômés sont en emploi 3 ans après la formation. 55 % des jeunes diplômés exercent dans le secteur hospitalier.

## 4.2. L'emploi infirmier en Bretagne : près de 30 000 infirmiers en Bretagne

Selon l'étude emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial publiée en septembre 2015 concernant les infirmiers<sup>15</sup>, on dénombre 29 200 infirmiers (24 500 infirmiers salariés et 4 700 infirmiers libéraux).

Pour le territoire n°2, le nombre d'infirmiers est de 2 720 (2 000 salariés et 720 libéraux) soit 9.31 % des effectifs régionaux.

87 % des infirmiers salariés sont des femmes (84 % pour les libéraux).

19 % des salariés ont moins de 30 ans (5 % pour l'activité libérale). 32 % ont entre 30 et 39 ans (29 % pour les libéraux). 25 % ont entre 40/49 ans (35 % pour les libéraux). 24 % ont 50 et plus (31% pour les libéraux).

Les professionnels de 50 ans ou plus représentent 24 % des infirmiers salariés contre 29 % de l'ensemble des effectifs du secteur sanitaire et social et 25 % des actifs bretons.

La structure d'âge des infirmiers salariés bretons est comparable à celle observée au niveau national. Par contre, la part des infirmiers libéraux seniors est moins importante en Bretagne (31 % pour 35 % en national).

La majorité des infirmiers salariés travaillent dans le secteur hospitalier. Plus de 7 infirmiers sur 10 exercent dans le secteur public.

Pour les infirmiers salariés, 85 % sont en CDI et 68 % travaillent à temps complet (85 % pour les infirmiers libéraux). Il est à noter que 72 % des infirmiers salariés travaillant dans le secteur hospitalier sont à temps complet contre 55 % de ceux travaillant dans le secteur de l'action médico-sociale pour les personnes âgées.

Concernant le marché du travail, le nombre d'offres d'emploi déposées à pôle emploi diminue depuis 2011. 77 % des offres sont des CDD.

Au 31 décembre 2014, 1371 infirmiers étaient en recherche d'emploi. Il est à noter que ce nombre de demandeurs d'emploi augmente depuis 2010, en 4 ans il est passé de 666 demandeurs d'emploi à plus de 1300.

Pour le territoire de santé n°2 il est recensé 114 demandeurs d'emploi fin 2014.

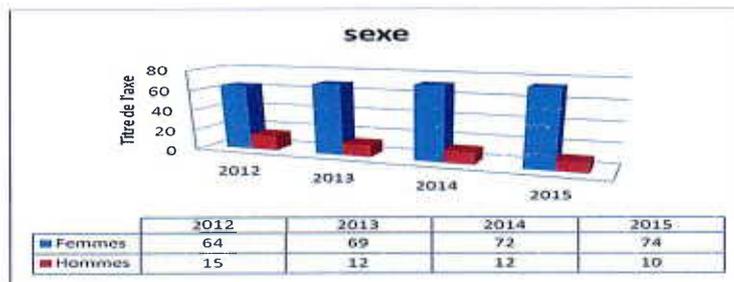
---

<sup>15</sup> Emploi formation dans le secteur sanitaire, social et médicosocial – Les infirmiers en Bretagne – produit dans le cadre du contrat d'objectifs sanitaire, social et médicosocial / septembre 2015 GREF BRETAGNE

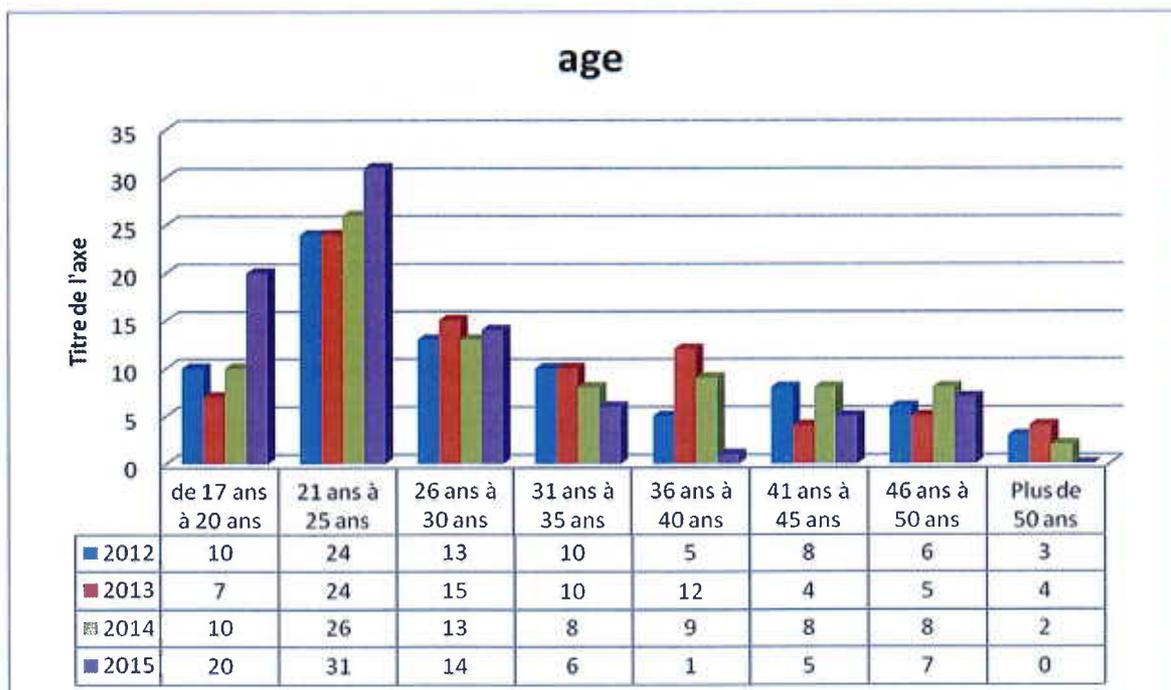
## 5. PROFILS DES CANDIDATS ENTRANT EN FORMATION DE 2012 A 2015

### 5.1. En formation aide-soignante

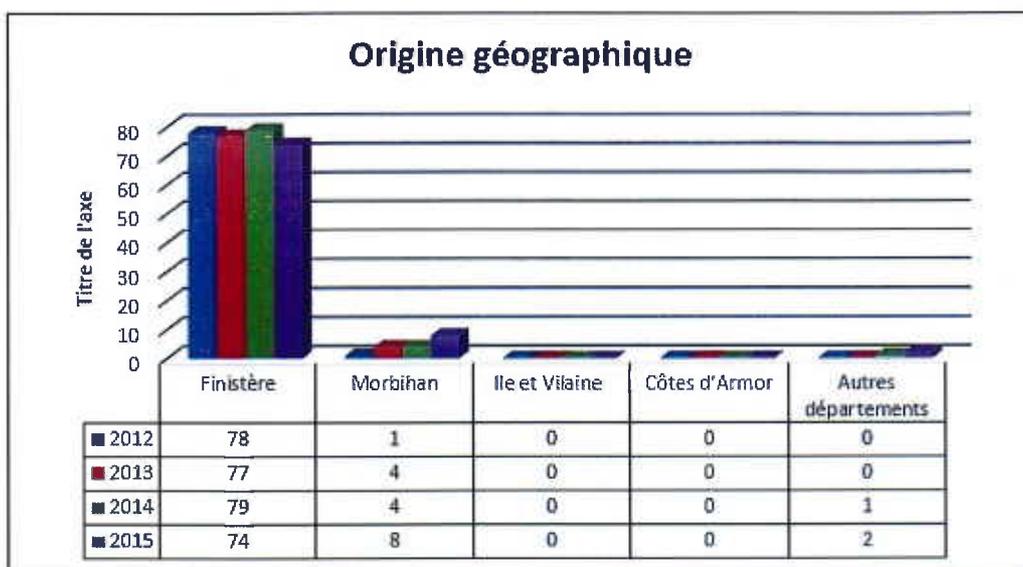
83 % des candidats entrant en formation sont des femmes contre 17 % d'hommes.



La moyenne d'âge est d'environ 29,5 ans. Il est à noter en 2015 une moyenne proche de 27 ans à mettre en corrélation avec une augmentation des personnes titulaires d'un bac professionnel (ASSP ou SAPAT).



91 % des candidats sont originaires du Finistère.

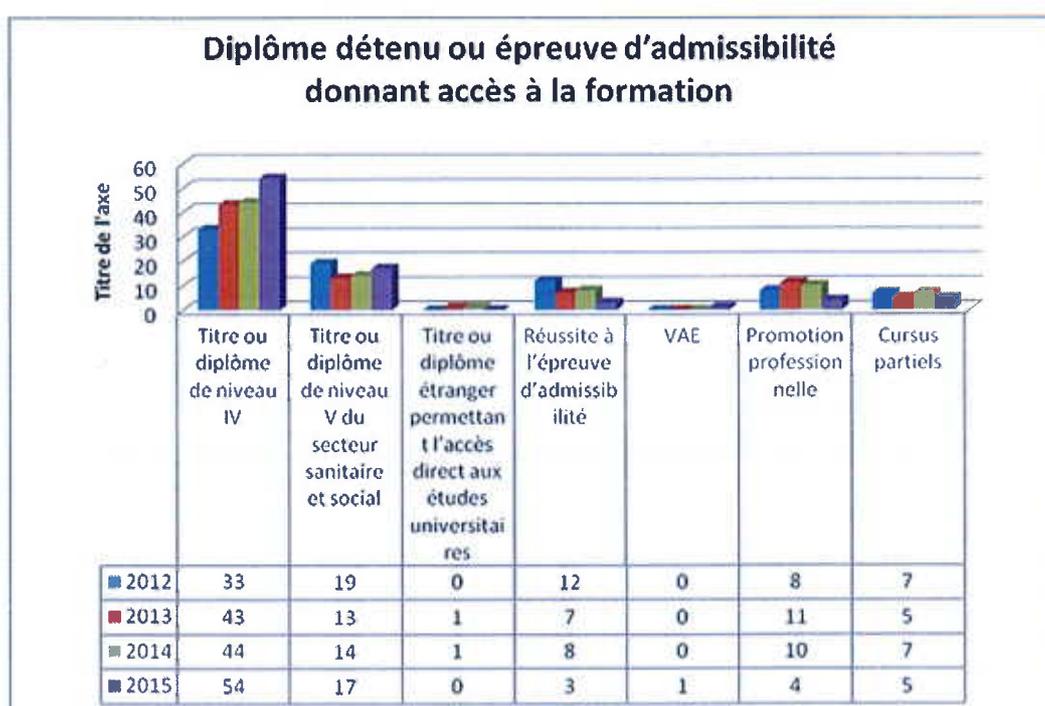


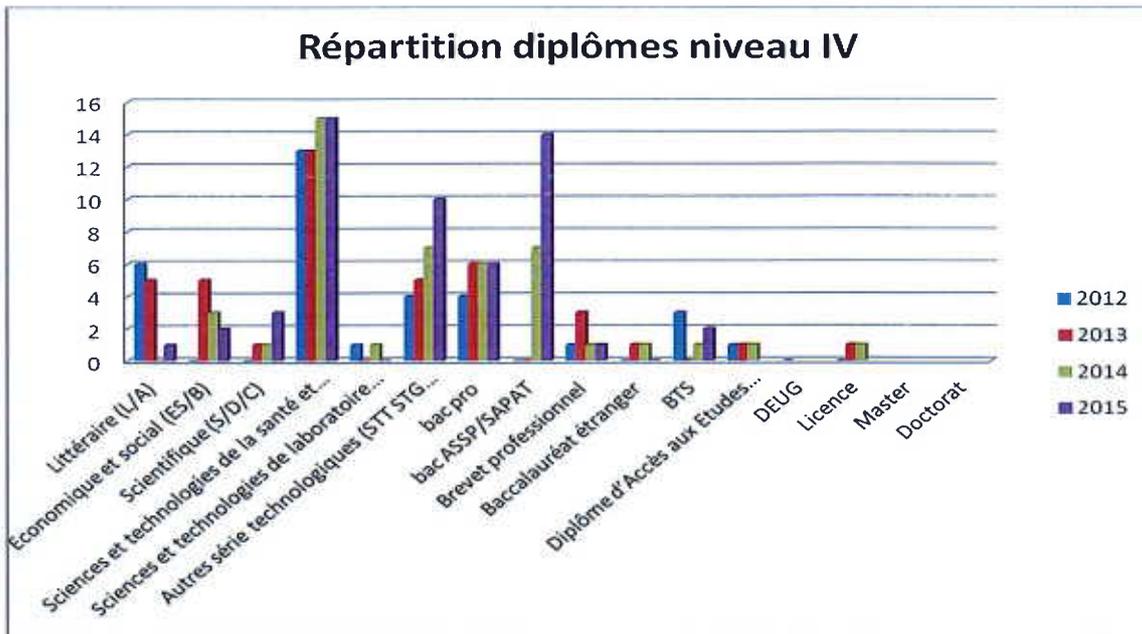
Quant au niveau de formation, nous pouvons constater une augmentation au cours de ces dernières années du nombre de candidats titulaires d'un diplôme ou titre de niveau IV (baccalauréat, équivalent et plus) soit 51,5 % des candidats entrant en formation.

Nous pouvons constater stabilité du nombre de candidats titulaires d'un diplôme de niveau V du secteur sanitaire et social (18,5 %).

Cependant, nous ne pouvons que constater au fil des années un nombre décroissant de candidats issus de l'épreuve d'admissibilité, qui en 2015 ne représente plus que 0.88 % des candidats entrant en formation.

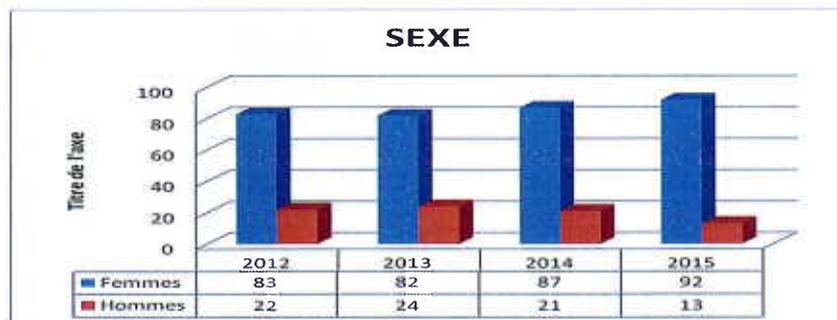
Les baccalauréats sciences et technologies de la santé et du social (ST2S/SMS/SMR...) restent majoritaires. Répartition qui sera certainement remise en cause avec l'apparition des bacs professionnels services à la personne (SAPAT et ASSP).



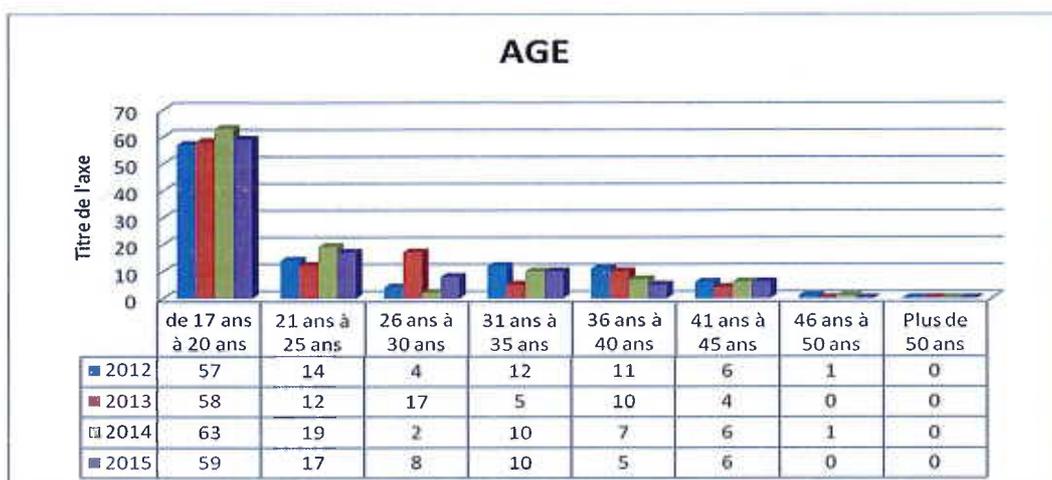


## 5.2. En formation infirmière

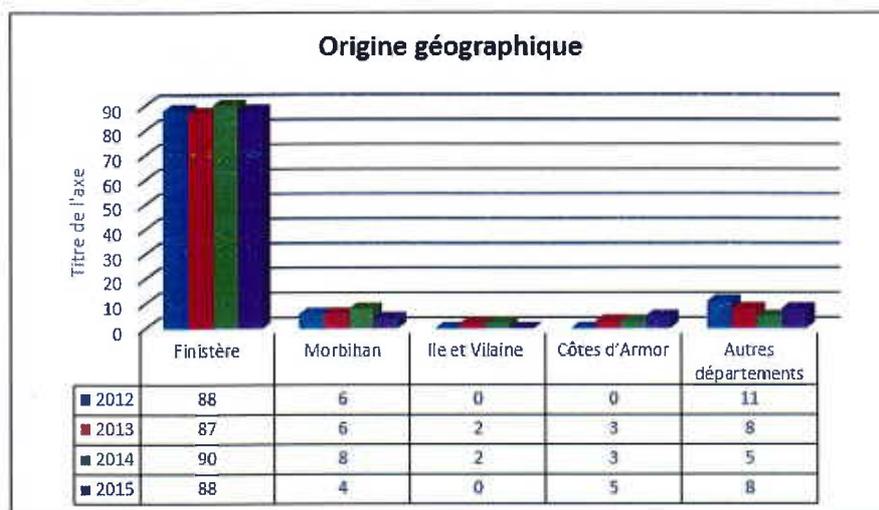
81 % des candidats entrant en formation sont des femmes contre 19 % d'hommes.



La moyenne d'âge est de 24 ans. Ce chiffre est constant au fil des années. 74.5 % des candidats entrants en formation ont moins de 26 ans.



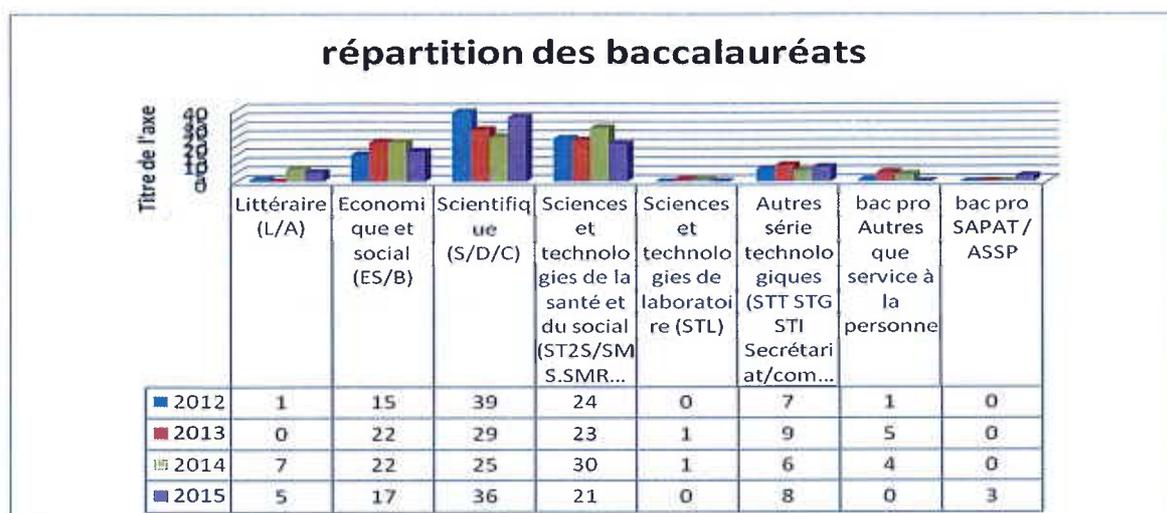
83.25% des candidats sont originaires du Finistère. 93 % sont originaires de la région Bretagne.



Quant au niveau de formation, compte tenu des obligations réglementaires (baccalauréat ou diplôme de niveau IV obligatoire), 30.4 % sont titulaires d'un bac Scientifique, 23.3 % d'un bac Sciences et Technologies de la Santé et du Social, et 18 % d'un bac Economique et Social.

Il est à noter que les professionnels titulaires d'un diplôme d'aide soignant ou d'auxiliaire de puériculture représentent 12.5 % des effectifs d'une promotion entrante. Ce chiffre est constant d'une année sur l'autre.

	2012	2013	2014	2015
Baccalauréat	87	89	95	90
Titre ou diplôme de niveau homologué niveau IV	1	0	1	1
Titre ou diplôme accès aux études universitaires	1	2	1	0
Non bachelier justifiant d'une activité professionnelle	2	0	0	1
Candidat PACES	0	0	0	1
Titulaire DE AS ou DE AP	14	15	11	12



## 6. L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Le taux de réussite aux diplômes infirmier et aide-soignant est proche de 95 à 99 % en 1<sup>ère</sup> session, et de 98 à 100 % en 2<sup>ème</sup> session. Ce taux est constant d'année en année.

Concernant l'insertion professionnelle, les chiffres portent sur l'étude réalisée lors de la remise des diplômes, fin septembre ou octobre de chaque année, de 2012 à 2015.

### Pour les aides-soignant(e)s :

84 % des diplômés trouvent un emploi en fin de formation.

L'insertion professionnelle est de 99.7 % en région Bretagne dont 92.65 % dans le département du Finistère.

Ces emplois sont pour 53.5 % en établissement de santé (public ou privé) et 45.5 % en structure médicosociale.

Le statut d'embauche est de 56.8 % en CDD.

### Pour les infirmier(e)s :

87.5 % obtiennent un emploi à la sortie de formation.

L'insertion professionnelle est de 80.5 % en région Bretagne dont 77.5 % dans le département du Finistère.

58.5 % des postes concernent les établissements de santé (public ou privé) et 25 % en structure médicosociale.

Le statut d'embauche est de 70 % en CDD.

Il est à noter qu'une enquête réalisée en juillet 2014 (1 an après l'obtention du Diplôme/ taux de réponse 55 %) sur la promotion 2010/2013 fait apparaître des chiffres similaires.

## En conclusion

Du recrutement à l'obtention des diplômes, l'IFPS Quimper Cornouaille répond à un besoin de territoire et plus largement départemental en matière de formation des professionnels de santé aides-soignants et infirmiers.

## 7. LES RESSOURCES

### 7.1. Le personnel de l'institut

A ce jour, une équipe composée de 35 personnes accompagnent élèves, étudiants et stagiaires de la formation continue dans leurs parcours de formation.

Elle est composée de 5 pôles :

- Un pôle administratif et gestion : 5 secrétaires (4.8 ETP) et 3 personnes chargées de la gestion financière du GIP (2.5 ETP)

- Un pôle ressources multimédias :
  - 1 documentaliste et 1 aide-documentaliste (0.50 ETP)
  - 1 informaticien technicien multimédia
- Un pôle logistique : 3 agents d'entretien (2.5 ETP)
- Un pôle pédagogique : 20 formateurs
- Un pôle de direction : 1 directrice, 1 cadre supérieur directrice adjointe et 1 cadre supérieur chargé de la coordination des stages et de la formation continue.

## 7.2. Les locaux : sur une superficie de 3500 m<sup>2</sup> sur 3 niveaux

L'institut de formation est un établissement recevant du public de 3<sup>ème</sup> catégorie. Il est accessible à tout type de handicap (accès aux salles de formation, sanitaires adaptés, stationnement réservé...). A ce titre, il est conforme aux règles applicables en matière de sécurité et d'accessibilité. (Avis favorable commission de sécurité en date du 20 mars 2014).

L'institut est doté de :

- Salles de formations :
  - 16 salles de formation Les salles sont équipées d'ordinateurs et de vidéoprojecteurs
  - Un amphithéâtre de 245 places
  - 4 salles de travaux pratiques équipées et adaptées à l'apprentissage par simulation (glace sans tain – équipement fixe d'enregistrement audio et vidéo – logiciel STUDIOCODE (logiciel d'aide à l'analyse et débriefing des séances de simulation) ;
  - 1 salle d'ergonomie
  - 22 bureaux individuels
- Centre de ressources comprenant :
  - 1 centre de documentation
  - 1 salle informatique

Une trentaine d'ordinateur, deux imprimantes laser et un photocopieur scanneur sont mis à disposition des apprenants en accès libre. Ils sont tous équipés de logiciels bureautique avec accès à internet. Les locaux sont équipés WIFI.

Les étudiants infirmiers et les élèves aides-soignants disposent d'un espace numérique de travail (ENT), accessible via le site internet de l'institut.

## 7.3. Le Centre de Documentation et d'Information

Le Centre de Documentation et d'information a pour mission de mettre à disposition des ressources documentaires actualisées, pertinentes et adaptées, dans le domaine des soins infirmiers et des sciences humaines. De développer l'autonomie des usagers et de favoriser l'ouverture vers d'autres sources d'information. De proposer des services et des produits documentaires aux étudiants, à l'ensemble de l'équipe pédagogique et à nos partenaires hospitaliers.

Les étudiants infirmiers, les élèves aides-soignants et les formateurs sont les principaux utilisateurs du CDI, néanmoins nous répondons aux demandes de l'ensemble des personnels hospitaliers du GIP.

Le centre de documentation a été doté d'un outil de gestion documentaire (logiciel PMB) en juin 2011. Grâce à ce projet d'informatisation, les ressources sont devenues plus accessibles et mieux exploitées par l'ensemble des usagers. Un catalogue est à présent disponible en ligne et consultable à distance (<http://ifsi-quimper.centredoc.fr>).

Une documentaliste et une aide-documentaliste accueillent les usagers 42 heures par semaine, sans interruption le midi.

Le CDI est devenu un lieu incontournable dans le déroulement des parcours de formation. L'ensemble des outils et ressources dont bénéficient étudiants et élèves leur permet de réussir au mieux leurs apprentissages.

#### 7.4. Vie étudiante

Concernant les prestations offertes à la vie étudiante, un espace de pause est disponible. Cet espace est équipé de tables, chaises, micro-ondes, de deux distributeurs de boissons chaudes, d'une fontaine à eau, d'un distributeur de boissons froides et collation.

Les étudiants en soins infirmiers bénéficient également d'un accès aux services universitaires en matière de médecine préventive (SUMPPS) et d'accès au sport (SUAPPS) sur inscription individuelle.

#### 7.5. Ouverture vers l'international

L'IFPS favorise les échanges internationaux tant en formation aide-soignante qu'en formation infirmière. Depuis plusieurs années, plusieurs actions ont été menées (Angleterre – Echange Franco-Allemand et Serbe – Bruxelles).

L'adhésion à la CHARTE ERAMUS + est en cours d'élaboration.

## 8. LE DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE

Depuis quelques années, nous développons un département de formation continue qui propose aux professionnels de santé, publics et privés, des actions de formation continue s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels reconnus et sur notre expérience en ingénierie de formation. La formation « tout au long de la vie » est un enjeu majeur du développement des compétences individuelles et collectives.

L'IFPS Quimper Cornouaille développe sa mission de formation continue et propose des actions de formation auprès des professionnels du champ sanitaire et social, pouvant s'inscrire dans le cadre du Développement Professionnel Continu. L'IFPS est agréé OGDG depuis 2014.

Dans un monde professionnel où les techniques évoluent, il s'avère indispensable de faire évoluer les compétences professionnelles dans une démarche continue d'amélioration des pratiques, d'approfondissement et de perfectionnement des connaissances.

La formation est donc un enjeu capital dans la recherche d'efficacité et d'efficience des professionnels, au quotidien, pour des soins de qualité.

## 9. LE CADRE REGLEMENTAIRE DES FORMATIONS

Dispositions législatives applicables aux instituts de formations paramédicaux :

### 9.1. Formation infirmière

#### 9.1.1. Organisation de la formation

- Compétences respectives de l'Etat et de la Région :
  - Articles L 4383 - 1 à L4383 - 6 du code de la santé publique.
  - Article R4383-2 à R4383-5 du code de la santé publique
- Organisation des études : Articles D4311-16 à D4311-23 du code de la santé publique
- Fonctionnement des instituts de formation : Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux modifié par l'arrêté du 3 mai 2010 modifié par l'arrêté du 2 août 2011
- Autorisation des instituts de formation : Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.
- Frais de transport et indemnité de stage : Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme professionnel d'Etat d'infirmier et d'infirmière
- Délivrance du grade licence : Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique

#### 9.1.2. La formation

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié par l'arrêté du 3 mai 2010 modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014
  - Annexe 1 : référentiel d'activités
  - Annexe 2 : référentiel de compétences
  - Annexe 3 : référentiel de formation
  - Annexe 4 : maquette du contenu de formation
  - Annexe 5 : unités d'enseignement
  - Annexe 6 : portfolio

## 9.2. La formation aide-soignante

### 9.2.1. La base réglementaire de la profession d'aide-soignant

- La formation : Article D.4391-1 du code de la santé publique
- Exercice de la profession : article R.4311-4 du code de la santé publique

### 9.2.2. La formation

- Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant modifié par :
  - Arrêté du 15 mars 2010
  - Arrêté du 28 septembre 2011
  - Arrêté du 21 mai 2014
- Annexe I : référentiel de formation
- Annexe II : fiche d'évaluation des compétences en stage
- Annexe II : règlement intérieur type des instituts de formation des aides-soignants

## 10. LES PRINCIPES QUI ORIENTENT LES ACTIONS DE FORMATION DE L'IFPS

### 10.1. Finalité de la formation

« Accompagner les apprenants dans un dispositif de formation qui leur permettra d'acquérir des compétences nécessaires à leur exercice professionnel, afin de devenir un professionnel réflexif, capable de s'adapter aux évolutions du contexte dans lequel ils seront amenés à exercer »

#### L'apprenant :

Nous avons choisi le terme « apprenant » au terme « élève ou étudiant » car, selon l'activité de formation engagée nous pouvons être confrontés à différents publics que cela soit de jeunes adultes sortants du système scolaire, mais également des adultes plus ou moins jeunes en promotion professionnelle ou en réorientation professionnelle.

Mais tous ont un point commun : ce sont des « individus singuliers » ayant leurs propres acquis, projets de vie et de développement, stratégies d'apprentissages et leurs contraintes.

Ainsi, ceci implique la mise en place dans le dispositif de formation des concepts basés sur le concept de la différenciation pédagogique selon Philippe MERIEU<sup>16</sup> qui cherche à dynamiser l'acte pédagogique et le système éducatif en se centrant sur les apprenants et en les impliquant davantage dans leur apprentissage.

L'individualisation permet le développement de la formation de l'autonomie et de la responsabilité des apprenants.

#### Le formateur :

Le formateur accompagne les apprenants dans un dispositif de formation. « *La fonction d'accompagnement souligne une préoccupation fondamentale : celle de la transformation d'un individu vers une plus grande autonomie à partir de son potentiel d'expériences* »<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Apprendre oui mais comment ? – Philippe MERIEU – ESF Editions 1997

<sup>17</sup> G. PINEAU « accompagnements et histoire de vie ». PARIS l'Hartman. 1998 p.12

*« Ainsi, Le formateur aide l'apprenant à relier : des connaissances expérientielles, des savoirs théoriques, méthodologiques, des actions professionnelles, des relations spécifiques d'où les notions d'écoute, de partage de savoir et de confiance ».*<sup>18</sup>

Le formateur propose et mobilise différentes approches pédagogiques facilitant l'articulation des logiques de construction de compétences avec la réalité clinique des situations professionnelles. Il s'inscrit dans une démarche réflexive et la développe auprès des apprenants.

## 10.2. Les concepts retenus

### 10.2.1. L'autonomie

L'autonomie est une valeur partagée et portée dans un projet de formation, respectueuse des règles définies en références aux principes institutionnels, déontologiques, juridiques et éthiques

L'autonomie amène à une démarche progressive de responsabilisation et d'autoévaluation de l'apprenant. Ainsi, il optimise sa capacité à faire des choix éclairés et raisonnés.

Ces choix, tant pour l'apprenant que pour les formateurs seront faits en connaissance des risques, des conséquences et leurs implications sur les actes.

Ainsi les dispositifs pédagogiques déployés doivent permettre à l'apprenant de progresser dans un environnement en interaction et propice aux apprentissages. C'est, en quelque sorte, un contrat entre le formateur et l'apprenant dans un cadre institutionnel. Cet environnement instaure un contexte favorisant la confiance et la sécurité. Les notions de coopération et de coresponsabilité sont alors partagées entre les différents acteurs : apprenant, formateur et institution

L'autonomie prend en compte l'individualité de l'apprenant, son « estime de soi », le respect de ses choix, sa liberté d'action.

Le cheminement vers l'autonomie nécessite un accompagnement de la part des formateurs. Cet accompagnement ne peut s'entendre qu'au travers d'un partage et d'une adhésion collective au projet pédagogique.

### 10.2.2. L'alternance

Les stages en milieu professionnel confrontent les apprenants<sup>19</sup> à la réalité de leurs futurs métiers. L'immersion en stage est un axe fort du processus de professionnalisation.

L'ingénierie de l'alternance propose une pédagogie au cours de laquelle une cohérence est recherchée entre les deux rapports aux savoirs.<sup>20</sup> Théorie et pratique sont deux entités à la fois opposées et complémentaires. La théorie permet l'accès à la compréhension de la complexité de l'exercice professionnel dans les divers secteurs d'activités. La pratique permet d'ancrer la théorie et de lui donner du sens.

Les temps de stage sont des situations expérientielles. Leurs analyses, par un travail réflexif, contribuent à la construction des compétences et transforment l'expérience en connaissance.

---

<sup>18</sup> J CLENET « L'ingénierie des formations en alternance » L'Hartman, 2002 pp. 245-251

<sup>19</sup> Les apprenants sont les étudiants en soins infirmiers et les élèves aides-soignants

<sup>20</sup> ELLUL, F (avril 2000) « la lettre du CEDIP » n°13

Comme nous le précise Jacques ARDOINO, dans l'alternance, il y a « *alter* » qui signifie « *autre* ». Les secteurs d'activités et l'institut ne sont pas seulement différents, ils sont « *autres* ». <sup>21</sup> Ce rapport d'altérité est porteur d'étonnements et de questionnements pour l'apprenant. « *C'est bien parce qu'elle instaure des ruptures et crée des écarts (...) que l'alternance peut constituer une situation potentielle d'apprentissage et de développement* » <sup>22</sup>.

Pour mettre en œuvre la cohérence nécessaire à l'apprentissage, cette alternance nécessite la construction et la formalisation d'un véritable partenariat où les rôles complémentaires des acteurs sont définis, ainsi que la clarification de leurs attentes et l'utilisation des outils de suivi de stage.

L'encadrement et l'accompagnement des apprenants dans un parcours individualisé supposent de reconnaître leur part d'autonomie dans une dynamique de progression en tenant compte de leurs potentialités et difficultés.

L'apprenant construit sa propre identité professionnelle par un questionnement en stage et à l'institut, lieux d'expérimentations et d'apprentissages des savoirs théoriques et pratiques. L'identité professionnelle se construit aussi à partir de la confrontation entre ses représentations et la réalité du travail.

L'observation, la pratique des soins, la participation à la prise en charge des personnes et aux réflexions menées en équipe permettent la professionnalisation de l'étudiant.

### 10.2.3. De la compétence à l'apprentissage

« *La compétence, ce n'est pas savoir appliquer un ensemble de connaissances à une situation, mais c'est savoir organiser son activité pour s'adapter à la situation quitte à la transformer* » <sup>23</sup>.

L'expérience et le développement de la compétence vont souvent de pairs.

La compétence possède deux dimensions, une dimension productive et une dimension constructive. La dimension productive transforme le réel. Elle est visible, c'est la tâche réalisée.

Pour Pierre Parage, « *Les compétences professionnelles sont des ensembles stabilisés de conduites-types et de modes de raisonnement permettant de faire face à la diversité des situations en terme de compréhension, d'anticipation et d'adaptation.* »

La simulation permet de développer la capacité à construire des liens en situation professionnelle. Elle est indissociable du développement du raisonnement clinique infirmier et contribue au développement des compétences.

En situation, les apprenants mobilisent des capacités cognitives, relationnelles, affectives, gestuelles et intellectuelles leur permettant de faire face aux situations inédites : ils réalisent de nombreux gestes au fur et à mesure de l'expérience. Il s'agit de savoirs incorporés : « *le savoir caché dans l'agir professionnel* » <sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> CLORENEC, JY (2009) « Au cœur de l'alternance, analyse et enjeux dans la construction des compétences professionnelles » Fonction Cadre de Santé- Editions Lamarre p. 99

<sup>22</sup> MAYEN, P (1999) « des situations potentielles de développement » Education Permanente p. 23

<sup>23</sup> Rabardel P. : « *Recherches en didactique professionnelle* » Octarès, p. 8 2004-2010

<sup>24</sup> SCHON Donald *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* Montréal, Éditions Logiques, 1993

Penser l'apprentissage, c'est, s'interroger sur comment aider les apprenants à construire des liens entre les différents savoirs rencontrés sur les terrains d'expériences (IFSI et stages).

L'apprentissage est effectif lorsque l'apprenant est confronté à un problème. En effet, il est alors obligé de trouver de nouvelles ressources. Le noyau central de l'apprentissage est constitué d'une activité de conceptualisation qui se fait dans l'action. L'étudiant/élève apprend par l'analyse de son action.

#### 10.2.4. L'analyse réflexive

Les formations infirmière et aide-soignante visent l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité.

Dans une approche socioconstructiviste, la démarche réflexive reste une méthode pédagogique privilégiée.

La démarche réflexive est selon SCHON<sup>25</sup> « *une distance critique portée sur son action en vue d'en interroger le sens et l'origine* »

Elle implique pour l'apprenant d'être en capacité de verbaliser sa pratique. Elle permet une conscientiation, c'est-à-dire ancrer sa réflexion et améliorer sa pratique.

La démarche réflexive se retrouve dans plusieurs temps pédagogiques :

- Lors des entretiens duels : analyse de situation (le pourquoi) ou explicitation (le comment)
- En stage : analyse de situation
- Dans les unités d'intégration et lors de travaux dirigés
- Au cours du suivi pédagogique individuel ou collectif
- Lors des exploitations de stage, dans les analyses de pratiques

La démarche réflexive est au cœur du dispositif de formation. Elle demande au formateur une posture d'accompagnateur, de guide. Elle nécessite lors des entretiens une relation duelle entre apprenants et formateurs et ne peut se faire sans l'acceptation des apprenants.

Il existe deux approches :

- L'analyse de situation : c'est l'analyse de la pratique sur le modèle d'analyse de SCHON. Il permet de prendre de la distance en regard de sa pratique, il guide l'apprenant dans sa réflexion. Fondamental dans la démarche réflexive, ce modèle s'applique à l'analyse des situations d'apprentissage.
- L'analyse d'activité : l'entretien d'explicitation selon VERMERSCH.<sup>26</sup> Il porte sur l'évocation. Il permet de décrire et se souvenir de ce qui s'est passé pendant l'action.

L'entretien d'explicitation permet :

- o De conscientiser et ancrer les réussites ;
- o D'identifier et spécifier les problèmes et difficultés. Il permet de « conscientiser l'agir ».

<sup>25</sup> SCHON Donald *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* Montréal, Éditions Logiques, 1993

<sup>26</sup> VERMERSCH Pierre *L'entretien d'explicitation – 5<sup>ème</sup> édition – 2006 ESF éditeurs*

### 10.2.5. Le raisonnement clinique

Les soins infirmiers représentent une réalité complexe. Ils sont au point de convergence entre les sciences médicales, des sciences humaines et des sciences de l'éducation. Le patient tient une place centrale comme personne unique, évoluant dans un contexte environnemental, socio familial. Il est capable de penser, de vivre des émotions, de faire des choix et d'agir. La pertinence d'un projet de soins adapté à chaque personne pose la question de la formalisation d'un raisonnement clinique. Celui-ci part du patient et amène l'infirmier(e) à mobiliser les connaissances acquises dans des champs variés tels que les sciences humaines, la sociologie, l'ethnologie, l'éthique, la déontologie.

Dans un contexte de flexibilité et de mobilité des personnels, la continuité des soins est une préoccupation majeure. Il est nécessaire de fédérer les équipes pluridisciplinaires autour d'un langage commun afin de formaliser les problèmes de santé des personnes et d'y répondre de façon pertinente et efficiente.

La démarche d'apprentissage du raisonnement clinique a pour objectifs d'accompagner les apprenants à :

- Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient
- Analyser une situation de santé et de soins et à poser des hypothèses interprétatives
- Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions nécessaires<sup>27</sup>
- Développer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée, et dans une dimension éthique et déontologique
- Développer sa capacité d'analyse critique des modes d'interventions en soins<sup>28</sup>

### 10.2.6. L'apprentissage par pratique simulée

La pratique simulée fait partie des méthodes d'apprentissage. Elle est énoncée comme un principe pédagogique dans le référentiel de formation. A ce jour, elle connaît un fort développement sur le plan national dans le cadre des métiers de la santé en formation initiale et continue. C'est une démarche qui fait l'objet d'un rapport HAS<sup>29</sup> précisant ce que peut comporter la simulation, les attendus, les limites, les applications.

*«Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (mannequin ou simulateur procédurale), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels»<sup>30</sup>.*

Elle est basée sur l'utilisation de scénarios, plus ou moins complexes, mobilisant une technique de simulation qui permet :

- L'entraînement à des gestes techniques (usuels ou exceptionnels)
- La mise en œuvre de procédures (individuelles ou en équipe)

<sup>27</sup> Objectifs déterminés par l'équipe pédagogique. Année 2012 réajusté chaque année

<sup>28</sup> Référentiel de formation – annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

<sup>29</sup> HAS lire pour la suite Haute Autorité de Santé.

Rapport de mission : Granry JC, Moll MC. « Etat de l'art en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du DPC et de la prévention des risques associés aux soins. » Saint-Denis La Plaine. 2012

<sup>30</sup> Rapport HAS janvier 2012

- L'entraînement au raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique
- La gestion des comportements (mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication)
- La gestion des risques (reproduction d'évènement indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc...) <sup>31</sup>

La simulation c'est faire «comme si», c'est le sujet «je» en situation qui mobilise des savoirs d'expériences (savoirs savants et savoirs pratiques) pour faire face au problème.

- L'apprentissage par pratique simulée doit permettre aux apprenants :
  - de conceptualiser les situations
  - d'identifier ce qu'il faut faire
  - d'apprendre à faire ou d'apprendre à améliorer sa pratique et s'entraîner

L'écart entre le travail prescrit et le travail réel montre que les actes réalisés en situation ne se réduisent pas à ce qui est seulement vu. Cependant pour accéder à la dimension invisible des savoirs, celle qui possède les organisateurs ou les invariants de l'activité, il est nécessaire d'observer l'activité et de l'analyser avec eux <sup>32</sup>.

#### 10.2.7. L'initiation à la recherche en soins infirmiers

La recherche en soins infirmiers ou recherche clinique infirmière s'inscrit dans la recherche scientifique, fondée sur une approche systématique et rigoureuse, dans le but d'améliorer les connaissances. Elle vise à améliorer les pratiques de soins <sup>33</sup>.

La recherche contribue à l'amélioration des conditions de travail des professionnels infirmiers, à la construction de l'identité de la profession par l'élaboration de savoir propres.

La recherche en sciences infirmières constitue un véritable socle dans le développement des connaissances théoriques, méthodologiques, empiriques. Elle permet de faire évoluer les pratiques du terrain, basées sur des données probantes.

Le ministère chargé de la santé souhaite accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers. Depuis 2010, un programme hospitalier de recherche infirmière est mis en place par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. L'objectif de ce programme est d'impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins infirmiers <sup>34</sup>.

Le champ de la recherche hospitalière infirmière doit s'attacher à tous les aspects de la recherche dans ce domaine, incluant la qualité et la sécurité des activités et services de soins, l'organisation et la gestion de ces services, l'évaluation des organisations, l'impact des politiques de santé et des outils de régulation et de formation sur la qualité et l'efficacité des pratiques et organisations des soins infirmiers.

<sup>31</sup> « Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé » HAS, décembre 2012

<sup>32</sup> Réflexion du groupe pilote IFSI Quimper, septembre 2013

<sup>33</sup> Sources : Monique ROTHAN TONDEUR responsable du département des sciences infirmières et paramédicales EHESP – [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr)

<sup>34</sup> Circulaire DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2012

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité<sup>35</sup>.

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

Le référentiel de formation intègre la notion d'initiation à la recherche. Cet enseignement vise à situer toute démarche de recherche dans le contexte précis de la recherche dans le monde aujourd'hui. L'étudiant doit comprendre les buts de la recherche, les démarches utilisées et doit être capable de lire et d'utiliser des résultats de recherche. Cet apprentissage lui servira, notamment, à concevoir une démarche plus structurée lors de la construction de son travail de mémoire centré sur l'étude d'une question professionnelle.

L'initiation à la recherche dans la formation en soins infirmiers a pour finalité de :

- Elaborer une réflexion afin de donner du sens à sa pratique
- Permettre la distanciation, la mise en sens pour mieux comprendre la réalité professionnelle
- Affirmer un positionnement professionnel dans l'exercice infirmier
- Participer à l'évolution des pratiques infirmières

## 11. CONCLUSION

Ce projet de formation constitue un écrit de référence partagé et un guide qui vise à rendre lisible nos dispositifs de formation pour l'ensemble de nos partenaires.

Il donne du sens à l'action pédagogique, dans le respect du cadre réglementaire de nos formations.

Il s'inscrit dans une philosophie et une conception humaniste des soins.

Dans ce contexte, la finalité de ce projet vise un positionnement de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé Quimper Cornouaille permettant :

- De former des professionnels responsables, autonomes, capables de répondre aux nouveaux défis du système de santé
- De développer la pluri-professionnalité et l'interdisciplinarité afin d'enrichir les pratiques professionnelles, l'acquisition de compétences communes et la création d'un exercice en pratiques avancées pour les professions de santé paramédicales
- De renforcer les liens avec les professionnels du terrain afin de développer la coordination des prises en charge autour du patient (coopération entre professionnels de santé, soins de premiers recours, prise en charge en secteur ambulatoire, en maisons de santé pluri professionnelles)
- De créer une dynamique dans la recherche en soins

---

<sup>35</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier – annexe III le référentiel de formation

Ce projet repose sur les principes fondateurs suivants :

- **Professionalisme** : c'est à dire l'aptitude à se doter de ressources, à les mettre en œuvre en adéquation avec les prestations, capitaliser et formaliser les retours d'expériences. C'est viser le développement de compétences individuelles et collectives
- **Réactivité** : réagir rapidement pour s'adapter aisément aux demandes suppose de modifier les procédures de fonctionnement et de revoir les modes d'organisation
- **Adaptabilité** : assurer les fonctions de formation dans un environnement en mouvance, nécessite dynamisme mais aussi capacité à se remettre en question, et le développement de nouvelles compétences