

Projet Pédagogique 2026

Être étudiant(e) aujourd'hui...
et infirmier(ère) demain !



Table des matières

PREAMBULE	4
INTRODUCTION	5
PREMIER CHAPITRE - Le projet pédagogique commun du groupement des 7 IFSI de l'Hémi région ouest (HRO) – Nantes Université	8
1. Contexte	8
2. Principes généraux	9
3. Les principes de l'alternance intégrative	10
4. L'ingénierie de formation du groupement 7 IFSI HRO – Nantes Université.....	11
5. L'ingénierie pédagogique du groupement 7 IFSI HRO – Nantes Université.....	13
5.1 Focus sur l'Intégration de la simulation en santé.....	16
5.2 Focus sur la structuration du parcours de stage	18
5.2.1 Principes directeurs du parcours de stage.....	18
5.2.2 Répartition des stages sur les 3 années de formation.....	19
5.2.3 Typologies de stage et diversification des expériences	20
5.2.4 Affectation des stages et construction du parcours clinique.....	21
5.2.5 Les modalités de stage	22
5.2.6 Focus sur le Dispositif d'aide à la réussite	22
5.2.7 La réussite académique et la réussite éducative	24
5.2.8 La réussite étudiante	26
DEUXIEME CHAPITRE : La conception de la formation initiale en sciences infirmières de l'IFSI du CHU de NANTES	29
1. Finalités de la formation.....	29
2. La posture de l'apprenant en sciences infirmières : l'autonomie, la responsabilité et la réflexivité.....	30
3. La pratique clinique infirmière selon une approche philosophique contemporaine - Strengths-Based Nursing and Healthcare (SBNH) ou Approche de soins fondées sur les forces (ASFF) 32	
4. Les concepts fondamentaux en sciences infirmières	35
4.1 L'être humain.....	36
4.2 La santé	36
4.3 Le soin	36
4.4 L'environnement.....	36

5.	Des valeurs qui s'appuient sur l'approche de soins fondée sur les forces ou SBNH.....	36
TROISIEME CHAPITRE : Choix pédagogiques et didactiques : les fondements théoriques de notre ingénierie de formation.....		40
1.	La théorie socioconstructiviste.....	40
2.	La pédagogie différenciée et l'éducation inclusive	42
3.	Le levier de l'hybridation des parcours d'apprentissage.....	43
4.	L'intelligence artificielle générative comme outil de compensation et de personnalisation.....	43
5.	L'apprentissage par l'étude de situations de soins pour développer les compétences professionnelles infirmières	44
5.1.	L'approche compétence	44
5.2.	Des principes didactiques au service de développement de compétences	47
QUATRIEME CHAPITRE : Le référentiel d'évaluation		52
1.	Le cadre réglementaire.....	52
2.	La conception de l'évaluation	52
2.1.	L'évaluation formative	53
2.2.	L'évaluation normative	54
3.	La mise en œuvre du projet d'évaluation	55
4.	La posture de l'évaluateur et les pratiques d'évaluation	55
CONCLUSION.....		58
BIBLIOGRAPHIE		59

PREAMBULE

Chères étudiantes et chers étudiants¹,

Bienvenue au sein de notre institut. En intégrant notre IFSI, vous rejoignez une nouvelle dynamique de formation, portée par le groupement académique et professionnel des 7 IFSI de l'hémi-région Ouest, en partenariat étroit avec Nantes Université.

Le document que vous ouvrez aujourd'hui, le « Projet pédagogique », est bien plus qu'une simple référence réglementaire. Il est votre feuille de route. Conçu en cohérence avec les orientations de l'arrêté du 20 février 2026, il incarne l'ambition de notre groupement : faire de vous des professionnels infirmiers réflexifs, ancrés dans les sciences infirmières et pleinement acteurs de la transformation du système de santé.

Ce projet est le fruit d'une expertise pédagogique collective, nourrie par les avancées de la recherche et les évolutions de nos pratiques de terrain. À travers ces pages, nous vous invitons à explorer le modèle de formation que nous avons bâti pour vous : un parcours qui conjugue exigence universitaire, immersion clinique et approche humaniste du *care*.

Apprendre à apprendre, développer votre posture de soignant, cultiver votre esprit critique et contribuer à l'innovation en soins : tels sont les défis que nous relèverons ensemble. Ce projet pédagogique n'est pas un texte figé ; c'est une interface vivante entre vos aspirations, les attentes de la société et les réalités du métier d'infirmier.

Nous sommes très heureux de vous accompagner dans cette trajectoire. Ce projet vous appartient désormais : il est le socle sur lequel vous allez construire votre future identité professionnelle.

Excellente lecture et bienvenue dans votre formation !

Madame Alglave, Directrice des soins et l'ensemble de l'équipe de l'IFSI du CHU de Nantes

¹ Le présent document respecte les règles grammaticales traditionnelles de l'Académie française et n'emploie pas l'écriture inclusive (point médian, double flexion, etc.). Le masculin est utilisé dans son sens générique lorsque le contexte l'exige.

INTRODUCTION

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il nous semble indispensable de circonscrire ce que l'on entend au prime abord par projet pédagogique.

Boutinet (2012) définit le projet comme une « anticipation opératoire partiellement déterminée » (p. 64). Le projet est en effet une anticipation puisqu'il cherche à concevoir l'avenir et opératoire parce qu'il fait référence à un futur qu'il « va chercher à faire advenir » (*Ibid.*, p. 66). Enfin le projet est partiellement déterminé car « il n'est jamais totalement réalisé, toujours à reprendre, cherchant indéfiniment à polariser l'action vers ce qu'elle n'est pas » (p. 67).

Dans notre société contemporaine, on peut définir plus globalement le projet comme ce qui permet d'aider les individus et les groupes à donner une orientation appropriée à leurs aspirations, une orientation susceptible de comporter un sens pour eux (Boutinet, 2012).

Dans cette perspective, le projet pédagogique de l'IFSI du CHU de Nantes a pour fonction d'identifier l'ingénierie pédagogique mise en œuvre par l'ensemble des acteurs gravitant autour des étudiants en soins infirmiers.

La finalité est de développer chez les apprenants des compétences professionnelles infirmières. Dans ce cadre, la pédagogie est entendue comme l'ensemble des méthodes et des pratiques de formation mises au service de l'apprenant pour l'accompagner à devenir un professionnel infirmier capable de s'adapter à diverses situations de soins.

Dans cette dynamique, l'apprenant est loin d'être passif. L'apprenant est acteur de son apprentissage et co-construit avec l'aide de l'environnement de formation son identité professionnelle.

Le projet pédagogique est donc un moyen de fédérer l'équipe de l'IFSI du CHU de Nantes (équipe de direction, formateurs permanents de l'IFSI, équipe administrative – Cf. Annexe A), les formateurs vacataires, et les professionnels de santé accueillant les étudiants en soins infirmiers en stage pour permettre à ces derniers d'asseoir leur projet professionnel au cours des trois ans de formation.

Cependant comme évoqué plus haut, un projet ne peut être jamais abouti. Au fur et à mesure des années : l'offre de soins évolue, de nouvelles pistes scientifiques émergent dans le champ des sciences de l'éducation, de nouvelles promotions d'étudiants différents arrivent chaque année en formation et l'équipe de l'IFSI se renouvelle. De fait, le projet pédagogique ne peut rester en l'état. Il s'enrichit et se modifie sans remettre en cause les concepts qui fondent les soins infirmiers : la santé, la maladie, l'être humain et l'environnement.

Le projet pédagogique de l'IFSI du CHU de Nantes a été remanié en profondeur suite la publication du référentiel de formation infirmier 2026 – Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Dans cette perspective, on ne peut que remercier les équipes en place qui ont bâti la nouvelle ingénierie de formation sur les 3 ans de formations.

Le projet pédagogique de l'IFSI du CHU de Nantes fait partie d'un dimensionnement vaste. En effet, ce dernier fait partie du projet de gouvernance du Département des Instituts de Formation (DIF) du CHU de Nantes 2023-2028, volet du projet d'établissement du CHU de Nantes 2024-2028. L'objet de ce projet, bâti sur un plan quinquennal consiste à formaliser l'ingénierie de formation infirmière dans ses différents axes stratégiques afin de répondre entre autres : aux évolutions de l'offre de soins, aux composantes de l'intégration universitaire de la formation infirmière définies par l'enseignement supérieur sans occulter le caractère professionnel de ladite formation et la future intégration de l'IFSI au sein du futur campus Franceline Ribard prévu en 2031.

En effet, le projet de gouvernance du DIF s'inscrit dans la politique du CHU de Nantes dans le domaine des soins, de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement. Dans ce cadre, les enjeux conjoncturels tels que le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et des pluri pathologies, la pénurie médicale, le développement de la chirurgie ambulatoire, la volonté d'accroître les services d'aide à la personne et les budgets contraints sont autant d'éléments à prendre en compte.

Le contexte environnemental de l'organisation sanitaire et des instituts de formation paramédicaux est en pleine évolution. Santé et formation s'imbriquent au sein d'un environnement complexifié par l'interaction d'éléments politiques, économiques et sociaux. L'IFSI du CHU de Nantes se situe à l'interface des enjeux de cohésion sociale, de santé et de solidarité (organisation d'une offre de service de qualité), d'emploi (hausse des besoins en personnel qualifié dans un contexte démographique de population favorable en région des Pays de la Loire), et d'aménagement du territoire (politique de régulation et de lutte contre les disparités territoriales).

Le projet de gouvernance du DIF vise à constituer un cadre d'organisation structurée afin de rendre visible l'activité de l'ensemble des onze filières de formation du DIF dont l'IFSI et ce, dans une dynamique qualité, à l'ensemble de ses partenaires : le Conseil régional de la région des Pays de la Loire (financeur), Nantes Université (université de rattachement), le CHU de Nantes (établissement gestionnaire), l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). À ce titre, l'IFSI prend appui sur un dimensionnement d'amélioration continue de la qualité interne de son appareil de formation et est certifié QUALIOPI.

Concernant l'IFSI, les grands principes guidés par la démarche qualité vu *supra* sont :

- maintenir la spécificité du corps de métier infirmier en prenant en compte les évolutions en lien avec l'intégration universitaire ;

- développer un dispositif de formation qui puisse permettre à chaque acteur de pouvoir se situer dans ses missions ;
- développer une approche pédagogique qui tient compte du profil des apprenants, dans une dynamique de posture réflexive, voire de réflexions scientifiques sur les situations de travail ;
- développer le champ de la recherche en sciences infirmières ;
- élargir les propositions de formation continue en regard de l'évolution des besoins sanitaires, médicosociaux, et du développement professionnel continu (DPC).

Ce projet de gouvernance bâti sur l'interrelation recherche, pratique, formation se veut innovant, dans l'anticipation des évolutions futures et prend appui notamment sur le projet pédagogique dont un des objectifs est de se centrer sur l'apprentissage du *care*.

Par définition, le terme *care* provient de la langue anglaise et s'avère particulièrement difficile à traduire en français.

Selon Tronto (1993) cité par Maury (2009), le *care* désigne « [...] à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin. Il comprend donc à la fois l'attention préoccupée à autrui qui suppose une disposition, une attitude ou un sentiment et les pratiques de soin qui font du « care » une affaire d'activité et de travail » (p.143).

Il s'agit donc de se soucier de la personne et concomitamment de produire un travail qui dans le cadre des soins participe au maintien de sa santé. Avec cette perspective, nous nous situons dans une tonalité soignante par essence humaniste.

Dans cette perspective, la pensée humaniste préside au choix de nos valeurs, à notre conception des soins et de la pédagogie.

Le projet pédagogique de l'IFSI du CHU de Nantes est donc formalisé avec en filigrane cette approche du *care* afin que les futurs professionnels infirmiers puissent être en capacité de répondre aux besoins de santé des populations mais en dispensant des soins adaptés à la singularité de chaque être humain et ce, dans une dynamique de pluriprofessionnalité et donc d'efficacité et d'efficience.

Parallèlement à ces enjeux internes, notre institut intègre, conformément à l'arrêté du 20 février 2026, le groupement des 7 IFSI de l'hémi-région Ouest en partenariat avec Nantes Université. Cette structuration académique et professionnelle constitue désormais le cadre de référence dans lequel se déploie notre offre de formation, garantissant une harmonisation des pratiques tout en permettant à l'IFSI du CHU de Nantes de porter ses spécificités pédagogiques. C'est ce qui va être décliné au sein de ce premier chapitre.

PREMIER CHAPITRE - Le projet pédagogique commun du groupement des 7 IFSI de l'Hémi région ouest (HRO) – Nantes Université

1. Contexte

Le groupement de l'hémi région ouest se compose du pôle santé de Nantes Université et des 7 Instituts de Formation en Soins Infirmiers qui y sont rattachés (départements du 44 et du 85). Les entités sont déclinées ci-après :

Sept Instituts de formation en soins infirmiers composant le groupement hémi région ouest de la Région des Pays de la Loire (PDL)

- IFSI Publics
 - IFSI CHU de Nantes
 - IFSI CH Châteaubriant-Nozay-Pouancé
 - IFSI CH St Nazaire
 - IFSI CH de la Roche sur Yon
- IFSI Croix Rouge Française (CRF)
 - IFSI CRF Rezé
 - IFSI CR de Saint Jean de Monts
- IFSI Privé – Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) de Val de Loire-Océan
 - IFSI des Sables d'Olonne



La formalisation du projet pédagogique commun aux sept instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'hémi région ouest repose sur une interdépendance structurante entre le schéma régional des formations sanitaires et sociales des Pays de la Loire, le Projet régional de santé (PRS) porté par l'Agence régionale de santé, et la lettre d'orientation stratégique 2022-2026 de Nantes Université. À ce titre, il s'inscrit à l'interface de ces trois cadres de référence complémentaires : le schéma régional fixe les orientations en matière de formation et d'adéquation aux besoins en professionnels, le PRS définit les priorités de santé publique et d'organisation de l'offre de soins, tandis que la stratégie universitaire soutient ces dynamiques en promouvant une formation innovante, professionnalisante et adossée à la recherche, attentive aux évolutions des compétences et aux transformations du système de santé. Cette

interdépendance constitue ainsi le socle du projet pédagogique, garantissant à la fois sa cohérence avec les politiques régionales et sa pertinence au regard des besoins du territoire.

Dans cette perspective, le projet pédagogique commun aux sept IFSI de l'hémi région ouest a pour objet principal de synthétiser et d'opérationnaliser les éléments essentiels du référentiel de formation défini par l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'infirmier, en analysant les articulations pour une mise en œuvre harmonisée et efficiente au sein du groupement IFSI–université.

Il vise à former des professionnels autonomes, en capacité d'exercer conformément aux référentiels d'activités et de compétences, ainsi qu'au cadre réglementaire du code de la santé publique, tout en répondant aux évolutions récentes du système de santé.

À ce titre, il s'inscrit pleinement dans le processus d'universitarisation des formations, marqué par le transfert de la certification aux universités accréditées, la co-construction des dispositifs dans le cadre de conventions tripartites entre université, IFSI et région, ainsi que par une approche par compétences progressive conduisant à un diplôme de niveau 6 conférant le grade de licence.

Ainsi conçu, ce projet pédagogique exhaustif intègre de manière analytique l'ensemble des exigences réglementaires et institutionnelles, en déclinant de façon cohérente l'ingénierie de formation, les rôles des acteurs, l'organisation des parcours, les modalités d'évaluation et les dispositifs d'accompagnement. Il vise, en définitive, à assurer une mise en œuvre opérationnelle, harmonisée et adaptée aux spécificités territoriales, au service de la qualité de la formation et de la professionnalisation des futurs infirmiers.

2. Principes généraux

La formation est structurée en 6 semestres (180 ECTS), validée par 5 domaines de compétences. Le cadre national (142 ECTS, socle commun) assure l'homogénéité, tandis que le cadre de consolidation (38 ECTS) permet une personnalisation liée aux besoins territoriaux et au projet professionnel de l'étudiant. Cette reliance favorise une progression analytique des compétences, de l'analyse clinique (domaine A) à la recherche et l'amélioration continue de la qualité des soins (domaine E).

La formation vise à former des infirmiers autonomes, capables d'exercer selon les référentiels d'activités et compétences (annexes I et II de l'arrêté), en cohérence avec les articles R.4311-1 à 7 du code de la santé publique. Elle répond aux évolutions du système de santé (loi n°2025-581) via une universitarisation pédagogique : transfert de certification aux universités accréditées, co-construction via convention tripartite (université-IFSI-région), et approche par compétences progressive (niveau 6 CNCP, grade licence).

Il s'agit dans ce cadre :

- D'assurer 4 620 heures (2 310 h théorie/pratique, 1 890 h clinique, 420 h autonomie), plus 780 h travail personnel max.

Les objectifs transversaux aux trois ans sont les suivants :

- Développer un raisonnement clinique intégré (domaine A : sciences infirmières et raisonnement clinique).
- Maîtriser les soins techniques, relationnels, éthiques et collaboratifs (domaine B : pratiques cliniques infirmières, qualité et gestion des risques et domaine C : Prévention et promotion de la santé)
- Favoriser l'expertise sectorielle - développer le leadership et la recherche (domaine D : communication, travail en équipe et leadership et domaine E : démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie)

3. Les principes de l'alternance intégrative

Afin de garantir à chaque étudiant du groupement un accès à des terrains de stage de qualité, nous avons mis en place une stratégie de répartition concertée.

Cette organisation, en cohérence avec notre gouvernance partagée avec Nantes Université et les orientations régionales de santé (PRS Pays de la Loire), vise deux objectifs majeurs : assurer un accompagnement pédagogique optimal et éviter la saturation des établissements d'accueil lors des périodes de forte demande.

Pour rendre cette gestion fluide et équitable sur l'ensemble de notre territoire, nos calendriers de formation ont été harmonisés :

- Un calendrier commun est partagé par les IFSI de Nantes, Châteaubriant, Saint-Nazaire, La Roche-sur-Yon et Les Sables-d'Olonne.
- Deux calendriers spécifiques sont appliqués pour les IFSI de la Croix-Rouge (Rezé et Saint-Jean-de-Monts) afin de tenir compte de leurs spécificités organisationnelles.

Cette coordination régionale est le socle de notre engagement : offrir les meilleures conditions de découverte et d'apprentissage sur le terrain.

Au cœur de notre stratégie pédagogique, la formation repose sur un dispositif d'alternance intégrative exigeant : les temps d'apprentissage sont répartis à parité entre l'institut et le milieu professionnel. Cette immersion structurée est le moteur indispensable à l'acquisition progressive des compétences professionnelles infirmières, permettant de lier étroitement la théorie à la réalité clinique.

Pour répondre aux enjeux de votre parcours, nous déployons un modèle hybride innovant qui enrichit la relation pédagogique. Ce dispositif combine :

- Une modalité présentielle, favorisant les échanges et la dynamique de groupe ;
- Un accompagnement numérique, via la plateforme Moodle, pour une plus grande flexibilité des apprentissages ;
- Un environnement de simulation et d'apprentissage ludique, intégrant des laboratoires dédiés et des jeux sérieux (*serious games*), afin d'expérimenter les situations de soins en toute sécurité.

Cette ingénierie de formation, centrée sur l’articulation entre savoirs scientifiques et pratiques de terrain, est pensée pour offrir une expérience d’apprentissage agile et professionnalisante.

C’est précisément le principe de l’alternance intégrative entendu comme un modèle pédagogique qui vise à articuler de manière cohérente et dynamique les différents lieux et formes d’apprentissage (institut, terrain professionnel et expérience personnelle), en favorisant une démarche réflexive. Elle repose sur la mise en synergie des savoirs théoriques, pratiques et expérimentiels, afin de construire progressivement des compétences professionnelles en lien avec des situations réelles (Boudjaoui et Bluteau, 2026). La notion d’alternance intégrative sera reprise par la suite via le focus sur les stages.

4. L’ingénierie de formation du groupement 7 IFSI HRO – Nantes Université

L’arrêté du 20 février 2026 et son guide d’accompagnement, complétés par les pratiques usuelles des 7 IFSI (groupement avec Nantes Université, alternance intégrative, hybridation), inspirent ce projet pédagogique exhaustif et opérationnel commun. Conçu par le groupement IFSI-université, il articule analytiquement le cadre national (socle homogène) et de consolidation (personnalisation), en détaillant l’ingénierie, les ressources, les parcours semestriels, les évaluations multi sources et les dispositifs d’accompagnement pour une formation inclusive, professionnalisante et universitaire (180 ECTS, grade licence).

Ainsi la formation se déploie en cadre national (142 ECTS, socle homogène) et cadre de consolidation (38 ECTS, personnalisation territoriale/projet professionnel).

Cadre National (Socle Commun)

- 86 ECTS théorie/pratique : Cours magistraux (CM), travaux dirigés (TD), travaux pratiques (TP) en simulation (outils haute-fidélité pour 10% max des stages).
- 56 ECTS cliniques : 56 semaines de stages obligatoires (hospitaliers/extrahospitaliers).
- Progression par semestre :

Cadre de Consolidation (Personnalisation)

- 25 ECTS théorie/pratique : UE libres, approfondissement (ex. : gérontologie territoriale).
- 10 ECTS cliniques : 10 semaines stages adaptés (ex. : maisons de santé pluriprofessionnelles).
- 3 ECTS UE libres : Mobilité Erasmus (max. 1 sem. études, stages UE/international).

Le cadre de consolidation constitue un levier de personnalisation et d’enrichissement du parcours de formation. Il permet à l’étudiant d’explorer des lieux d’exercice spécifiques en lien avec son projet professionnel, les ressources disponibles au sein de l’établissement de formation et les

opportunités offertes par le territoire. Il concerne l'ensemble des typologies de stages à partir du semestre 4, sans imposer de contrainte de durée prédéfinie.

Ce cadre est conçu en cohérence avec le projet régional de santé et les priorités de santé publique, permettant ainsi une formation ancrée dans les réalités territoriales et répondant aux besoins de santé identifiés. Il est conçu de manière intégrée, en articulant les enseignements théoriques et les enseignements cliniques, afin de garantir une cohérence pédagogique et une complémentarité des acquis. Il vise à décliner les compétences indispensables à l'exercice infirmier dans des contextes ciblés, sans remettre en cause l'unicité du diplôme d'Etat d'infirmier.

Il prend en compte le niveau d'acquisition des connaissances et compétences de l'étudiant, et s'ancore dans une dynamique évolutive tout au long de la formation. Le cadre de consolidation est présent dans l'ensemble des domaines du référentiel.

Il intègre, dans les domaines C, D et E notamment les UE libres, qui offrent à l'étudiant l'opportunité de diversifier son parcours, de développer une réflexion autour de thématiques transversales, et d'envisager une éventuelle poursuite d'études.

Ces unités peuvent relever de l'offre existante des universités partenaires ou être coconstruites par les instituts de formation et les universités dans le cadre de la maquette de formation.

Sur le plan quantitatif, le cadre de consolidation représente :

- 28 ECTS, soit un quart des crédits affectés à l'enseignement théorique et pratique, incluant 3 ECTS d'unités d'enseignement (UE) libres (1 ECTS pour le domaine C, 1 ECTS pour le domaine D et 1 ECTS pour le domaine E) ;
- 10 ECTS attribués à l'enseignement clinique, correspondant à 10 semaines de stage, soit près de 15 % de la totalité des crédits affectés à l'enseignement clinique.

Les UE LIBRES

Elles sont au nombre de 3 à raison de 1 ECTS par UE. Les objectifs de formation communs aux formations paramédicales de niveau 6 sont les suivants:

- Diversifier et enrichir le parcours de formation ;
- Initier une réflexion et développer un esprit critique autour de thématiques transversales ;
- Acquérir des connaissances spécifiques dans une thématique complémentaire dans la perspective d'une éventuelle poursuite d'études ;
- Développer des compétences transversales ;
- Favoriser l'autonomie et l'initiative dans l'apprentissage.

Les UE libres font partie intégrante de la maquette de formation et contribuent à l'obtention du diplôme. Une UE libre peut être annuelle ou semestrielle. Selon le choix de l'étudiant et les ressources disponibles au sein du groupement instituts université, le nombre d'unités d'enseignement suivies peut être de 1 à 3 sans pouvoir dépasser l'attribution de 3 ECTS. L'UE libre s'adresse d'une manière générale à des étudiants non spécialistes de la thématique. Un minimum de 3 UE libres doit être proposé à chaque étudiant.

Dans le cadre de notre structuration en groupement, nous avons harmonisé notre offre de formation pour garantir à l'ensemble des étudiants de première année (L1) une équité d'accès aux enseignements. Conformément à la réglementation en vigueur, chaque apprenant des 7 IFSI bénéficie désormais d'un choix de deux thèmes optionnels, déployés via un parcours d'e-learning mutualisé sur une plateforme partagée. Cette organisation commune permet non seulement de diversifier les expertises proposées, mais aussi de renforcer la cohésion pédagogique entre tous les instituts de notre territoire.

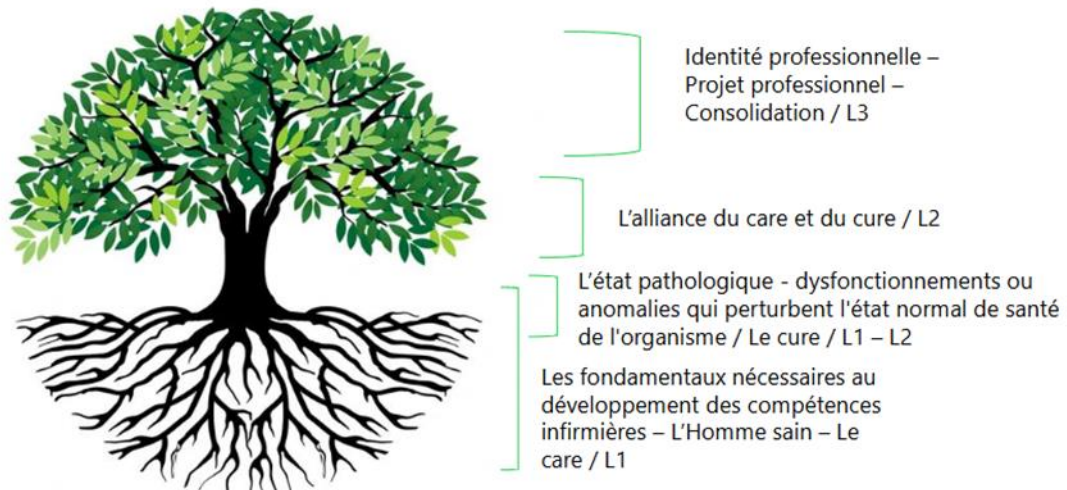
5. L'ingénierie pédagogique du groupement 7 IFSI HRO – Nantes Université

Pour que la formation dispensée réponde aux critères relatifs aux savoirs, aux savoir-faire et aux niveaux de responsabilité et d'autonomie associés au niveau 6 de qualification du cadre national des certifications professionnelles, il est essentiel de développer chez l'étudiant la capacité à innover, à prendre des responsabilités, à gérer des projets complexes et à faire preuve d'esprit critique dans un environnement en constante évolution.

Pour cela, il est nécessaire de :

- transmettre des connaissances actualisées, fondées sur les données probantes et le consensus scientifique, en lien avec l'évolution des sciences de la santé et de la pratique infirmière
- favoriser le travail en petits groupes interprofessionnels, pour développer la coopération, l'analyse partagée des situations cliniques et le raisonnement interdisciplinaire ;
- encourager l'autonomie et l'initiative dans l'apprentissage;
- recourir à des méthodes de pédagogie active, telles que l'analyse de situations, les jeux de rôle, la simulation ou les débats argumentés, afin de renforcer l'esprit critique, l'engagement et les compétences réflexives ;
- intégrer des ressources numériques (plateformes interactives, capsules vidéo, outils de veille scientifique) et des séances de simulation, pour soutenir l'apprentissage expérientiel ;
- assurer l'articulation pédagogique entre les enseignements des UE des cinq domaines afin de favoriser une approche intégrée des savoirs et des pratiques.

Dans le cadre de notre groupement, nous avons fait le choix d'asseoir notre ingénierie pédagogique sur les fondamentaux nécessaires pour pratiquer le raisonnement clinique infirmier en L1 et monter progressivement en compétence en L2 et L3. Ceci est illustré via la figure explicitée ci-après.



La métaphore de l'arbre – ici choisie- illustre un processus de construction solide et évolutif des compétences infirmières.

- Les racines renvoient aux fondamentaux de la formation en L1 : connaissances sur l'homme sain, les besoins fondamentaux, les bases du care et les premiers éléments du raisonnement clinique. Elles symbolisent l'ancrage indispensable des savoirs théoriques et des premières postures professionnelles.

Par exemple, en L1, un étudiant pourra explorer le potentiel d'une personne et identifier ses besoins fondamentaux afin de repérer des signes simples d'altération.

- Le tronc correspond à la structuration progressive du raisonnement clinique autour de l'état pathologique (L1–L2). L'étudiant apprend à identifier les dysfonctionnements, à comprendre les mécanismes physiopathologiques et à articuler ces éléments avec les données cliniques recueillies. C'est ici que se consolide la logique du « cure ».

- Les branches traduisent l'intégration du care et du cure en L2. L'étudiant développe une approche globale de la personne, mobilisant à la fois des compétences techniques, relationnelles et éducatives. Le raisonnement clinique devient plus complexe, intégrant les dimensions biopsychosociales.

En L2, l'étudiant sera capable de relier ces signes à une pathologie et de proposer en collaboration avec la personne soignée des actions adaptées.

- Le feuillage représente l'aboutissement en L3 : construction de l'identité professionnelle, élaboration du projet professionnel et consolidation des compétences. Le raisonnement clinique est alors autonome, contextualisé et adapté à des situations variées.

En L3, l'étudiant analysera une situation complexe, priorisera les problèmes, coordonnera les interventions et ajustera sa démarche en autonomie.

Mais la métaphore de l'arbre ne représente pas seulement l'acquisition de compétences cliniques, mais aussi une montée en responsabilité et en capacité d'influence dans les situations de soins.

- Au niveau des racines (L1), le leadership est essentiellement personnel et réflexif. L'étudiant développe des attitudes professionnelles de base : responsabilité, rigueur, posture éthique, capacité à observer et à questionner. Il s'agit d'un leadership centré sur soi, indispensable pour poser les bases du raisonnement clinique.

- Au niveau du tronc (L1–L2), le leadership devient clinique. L'étudiant commence à structurer sa pensée, à argumenter ses observations, et à proposer des actions. Il apprend à prendre part aux décisions de soins, à communiquer avec l'équipe, et à justifier ses choix. C'est un leadership encore encadré, mais déjà engagé dans l'action.

- Au niveau des branches (L2), le leadership s'inscrit dans la coordination et la collaboration. En articulant care et cure, l'étudiant adopte une vision globale de la personne et interagit davantage avec les différents acteurs du parcours de soins dont la personne soignée considérée comme un partenaire de soins. Il développe des compétences d'influence, de communication interprofessionnelle et de coordination.

- Au niveau du feuillage (L3), le leadership devient affirmé et autonome. L'étudiant est capable de prioriser, d'anticiper, d'adapter ses décisions et de contribuer activement à la qualité et à la sécurité des soins. Il participe à la dynamique d'équipe, peut être force de proposition et s'inscrit dans une logique de projet professionnel.

Ainsi, ce schéma peut être lu comme un double continuum soit le développement du raisonnement clinique et l'émergence progressive d'un leadership infirmier, tous deux indissociables dans la professionnalisation.

L'activation de ce schéma repose sur une ingénierie pédagogique multimodale associant apports théoriques, études de cas, analyse réflexive, travail collaboratif et simulation en santé, afin de permettre une montée en compétence progressive du raisonnement clinique, du *care/cure* et du leadership infirmier.

5.1 Focus sur l'Intégration de la simulation en santé

Le référentiel de formation 2026 préconise le recours à la simulation en santé dans l'ensemble des domaines d'enseignement, en cohérence avec l'un de ses sept principes fondateurs, à savoir la participation active de l'étudiant à ses apprentissages. Il souligne également la nécessité d'offrir un environnement d'apprentissage favorable à l'étudiant, afin de soutenir et sécuriser le développement de ses compétences.

Le référentiel de formation introduit également la simulation en santé dans le parcours de stage à l'image du modèle canadien, sous la supervision de l'équipe encadrante ou pédagogique. Une modulation différente a été retenue (10 % sur l'ensemble des stages, soit 6 semaines) du fait de l'état d'avancement hétérogène de la simulation en santé dans les groupements au niveau national.

En effet, dans le cadre l'*Evidence-Based-Medicine* (EBM) – *Evidence-Based-Practice* (EBP) – *Evidence-Based-Information* (EBI) - les recommandations par les sociétés savantes impactent les activités des professionnels de santé. Le numérique et tout particulièrement la simulation numérique en santé devient un outil incontournable de la dissémination des connaissances et des bonnes pratiques. Elle permet une diffusion des savoirs adaptée aux contraintes de la formation d'aujourd'hui : à distance, à plusieurs et pouvant se répéter. Elle se manifeste notamment via les jeux sérieux ou jeux pédagogiques (Learning Games). En effet, la documentation scientifique est foisonnante sur le glissement de l'analogie à l'identité des rapports entretenus entre « travail et jeu » (Gagnon-Mountzouris, Lemieux et Pouliot, 2016) et dans ce cadre, la simulation en santé constitue un levier pédagogique particulièrement pertinent pour répondre aux attentes d'une génération appelée les « enfants du numérique » (Lausson, 2015) , dans la mesure où elle s'inscrit dans des modalités d'apprentissage actives, interactives, immersives et immédiatement transférables au terrain professionnel.

Les travaux sur les caractéristiques de cette génération soulignent en effet une préférence pour des situations concrètes, visuelles, collaboratives et fortement contextualisées, favorisant l'engagement, l'autonomie et le sens donné aux apprentissages. La simulation, dans ses différentes formes — mannequin haute-fidélité, patient standardisé, simulation procédurale, simulation immersive ou dispositifs numériques — permet précisément de mobiliser l'étudiant dans une logique d'apprentissage expérientiel, de sécuriser la répétition des gestes et des raisonnements, et de développer la capacité à agir, communiquer et décider en situation complexe. Le débriefing, en particulier, renforce la réflexivité et la consolidation des savoirs, tout en soutenant la confiance et la progression des étudiants. Ainsi, la simulation en santé répond non seulement aux exigences de professionnalisation des formations, mais

aussi aux modalités d'appropriation des savoirs propres à la génération Z ² , en articulant utilité, engagement et montée en compétence progressive.

Par ailleurs et dans ce cadre, la mutualisation des moyens constitue un levier essentiel pour déployer une offre de simulation en santé cohérente, efficace et équitable à l'échelle du groupement des 7 IFSI. Elle repose à la fois sur le partage de formateurs spécifiquement formés à l'animation et au débriefing des séances, et sur la mise en commun des laboratoires de simulation, des équipements et du matériel pédagogique disponibles dans chaque structure. Cette organisation permet d'optimiser les ressources humaines et techniques, d'harmoniser les pratiques entre les instituts, et de garantir aux étudiants l'accès à des situations simulées diversifiées et de qualité. Elle est particulièrement pertinente pour renforcer l'apprentissage de techniques ciblées, notamment dans des domaines nécessitant un matériel spécifique ou une répétition sécurisée des gestes, comme les soins en pédiatrie (voir *infra*) . En favorisant la complémentarité des expertises et la disponibilité des plateformes de simulation, cette mutualisation soutient une progression pédagogique sécurisée, réaliste adaptée et aux besoins de professionnalisation des étudiants.

Ainsi sur notre groupement – nous avons décidé de mutualiser la formation aux gestes et soins d'urgence qui constitue un axe indispensable de professionnalisation, car elle prépare les étudiants à reconnaître une situation critique et à adopter immédiatement les conduites adaptées. Dans le cadre d'un dispositif mutualisé, cette formation peut s'appuyer sur des compétences de formateurs, des outils de simulation et des plateaux techniques partagés, afin d'assurer une cohérence des enseignements entre les différents instituts et de favoriser la répétition des gestes en situation simulé.

De plus, dans le contexte du DIF CHUN réunissant une école de puériculture et un Institut de formation d'auxiliaires de puériculture - la mutualisation des ressources humaines formées à la simulation et des plateaux techniques spécialisés permet de construire des scénarios communs, d'harmoniser les pratiques et de favoriser les échanges interprofessionnels. Cette organisation renforce la qualité de la formation en rendant possible l'entraînement à des gestes ciblés, comme la surveillance de l'enfant, les soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement des familles ou encore la prise en charge de situations d'urgence pédiatrique. Ainsi, la simulation devient un outil structurant pour préparer les étudiants à la complexité et à la spécificité de la prise en soins de l'enfant.

Enfin pour répondre à la commande réglementaire des ateliers de simulation au sein de l'UE B3 – nous avons collectivement déterminé où situer les simulations normatives préconisées – voir *infra*.

- Calcul de dose / mise en œuvre d'une prescription

² Génération Z entendue comme : Cohorte démographique née entre 1997 et 2012, marquée par une immersion native dans le numérique, une forte sensibilité aux enjeux sociaux et environnementaux, et une recherche de sens et de flexibilité dans l'éducation et le travail / Dimock, M. (2019). *Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins*. Pew Research Center.

- Intégration dans : Appareil endocrino-infectieux
- Semestre : S2
- Transfusion sanguine
- Intégration dans : Appareil cardio-pneumologie
- Semestre : S4
- Consultation infirmière avec prescription
- Réalisation : Semestre 5
- Sur période stage/simulation
- Injection sur dispositifs d'accès veineux central (DAVC)
- Intégration dans : Appareil cancer-hémopathie
- Semestre : S5

5.2 Focus sur la structuration du parcours de stage

La formation en soins infirmiers est construite autour d'une alternance intégrative comme vu *supra*, qui articule des temps d'enseignements en institut, et des temps d'apprentissage en milieu professionnel (stage). Le stage est le temps de la rencontre avec le patient ; les professionnels de santé, le temps de la confrontation des représentations de l'étudiant avec la réalité du métier.

La formation en milieu professionnel constitue un espace de développement des compétences cliniques, relationnelles, éthiques, scientifiques et réflexives, nécessaires à l'exercice autonome et responsable de la profession infirmière. Elle participe ainsi à l'acquisition des 13 compétences, relevant des 5 domaines identifiés au sein du référentiel de formation. Elle engage l'étudiant dans un processus de professionnalisation, d'intégration des savoirs et de construction d'une identité professionnelle infirmière.

Le référentiel de formation en soins infirmiers encadré par l'arrêté du 20 février 2026 renforce la place de la formation en milieu professionnel, qui représente 66 semaines sur les 3 années de formation.

5.2.1 Principes directeurs du parcours de stage

Le parcours de stage est organisé selon des principes de progressivité, de diversification des expériences et de sécurisation des parcours. Il permet à l'étudiant :

- d'intégrer les valeurs professionnelles ;

- d'expérimenter différents champs d'exercice infirmier ;
- de développer son raisonnement clinique ;
- d'acquérir une posture réflexive ;
- de construire progressivement son autonomie professionnelle.

La construction du parcours de stage relève d'une démarche pédagogique concertée, portée par les coordinateurs pédagogiques, coordinateurs de stage, en articulation avec l'équipe pédagogique, les référents de stage et les partenaires de terrain. Elle s'inscrit dans une logique d'individualisation des parcours de formation visant à accompagner chaque étudiant dans le développement progressif de ses compétences, au regard de son niveau de formation, de ses acquis antérieurs, de ses besoins d'apprentissage, de son rythme de progression et de son projet professionnel.

5.2.2 Répartition des stages sur les 3 années de formation

La formation en milieu professionnel comprend 66 semaines de stages, soit 66 ECTS répartis sur les 3 ans de formation de la manière suivante :

- 12 semaines en 1ère année ;
- 26 semaines en 2ème année ;
- 28 semaines en 3ème année.

Sur ces 66 semaines, 56 relèvent du cadre national et 10 du cadre de consolidation à partir du semestre 4, permettant une personnalisation du parcours en lien avec le projet professionnel de l'étudiant.

La première année comprend 12 semaines de stage, réparties dans au moins 2 lieux différents. Il s'agit pour l'étudiant de découvrir le milieu professionnel et l'environnement du soin, de confronter ses représentations du métier à la réalité et de conforter le choix d'orientation. Au cours de la 1ère année, la formation en milieu professionnel devra permettre à l'étudiant de développer les compétences sociales indispensables à l'accompagnement de personnes en situation de soins simples ou stabilisées.

La 2ème année comprend 26 semaines de stages, qui permettront à l'étudiant de conforter ses acquis de première année, de développer son autonomie, sa posture professionnelle.

Ce renforcement de la formation en milieu professionnel permettra également à l'étudiant de développer son affirmation, son intégration dans l'équipe, son engagement, d'approfondir ses savoirs et savoirs-faire, sa compréhension des parcours de soins des personnes soignées, et son sens des responsabilités

Au semestre 4 les semaines d'enseignement clinique intègrent une période consacrée au service sanitaire de 2 semaines.

Le service sanitaire vise l'acquisition de la compétence 5 « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation à la santé, en santé communautaire et populationnelle, afin de répondre aux besoins de santé publique ». Pour ce service sanitaire, les établissements d'accueil sont des crèches, des écoles, collèges, lycées, des services de médecine de santé au travail, des résidences autonomie, ou encore des associations œuvrant dans le domaine de la prévention, des personnes en situation de handicap ou des populations précaires.

En 3ème année, le parcours comprend 28 semaines de stages.

Au semestre 5, le stage de 10 semaines est défini en fonction du parcours de stages et réalisé par l'étudiant au décours des 2 années précédentes, des apprentissages réalisés et de son projet professionnel. Une attention particulière est portée sur la typologie du stage afin de s'assurer de la concordance entre le parcours clinique de l'étudiant et les exigences du référentiel, notamment dans le respect des 4 typologies.

Le semestre 6 comprend deux stages, de 7 et 8 semaines. Ils visent à permettre à l'étudiant de renforcer son d'autonomie, son leadership, sa confiance et son positionnement professionnel pour se préparer à entrer dans la vie professionnelle.

5.2.3 Typologies de stage et diversification des expériences

Le parcours de stage est structuré de manière à garantir pour chaque étudiant un parcours dans chacune des typologies de stage en les alternant, ainsi qu'un stage de 5 semaines minimum en psychiatrie et en santé de l'enfant. Au cours de leurs 3 années de formation, chaque étudiant doit réaliser au moins une période de stage d'au moins 5 semaines dans chacune des 4 typologies suivantes :

- Typologie 1 – Prise en soins d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie présentant une altération de l'état de santé, physique ou psychique, en phase aiguë.
- Typologie 2 – Prise en soins d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie présentant une altération de l'état de santé, physique ou psychique, stabilisée.
- Typologie 3 – Accompagnement d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie dans le maintien ou l'amélioration de leur état de santé, dans le cadre d'une équipe de soins primaires contribuant à l'offre de soins de premier recours.
- Typologie 4 – Accompagnement d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie, en situation de vulnérabilité liée à des problèmes de santé, de handicap, de dépendance, d'exclusion sociale.

Cette logique de diversification des stages participe au développement des compétences. Comme le souligne Guy Le Boterf (2010), la compétence ne se construit pas par accumulation de savoirs théoriques, mais par la mobilisation et la combinaison de ressources en situation réelle. Selon Philippe

Perrenoud (2001), la diversité des expériences vécues en stage favorise la construction de schèmes d'action efficaces et transférables, en permettant à l'étudiant de dépasser la simple reproduction de gestes techniques pour accéder à une véritable intelligence des situations de soin.

Les stages se déroulent dans des structures hospitalières et extrahospitalières variées, conformément à l'arrêté du 20 février 2026 :

- Les stages hospitaliers se déroulent dans les établissements de santé publics et privés.
- Les stages extrahospitaliers se déroulent dans les cabinets libéraux, centres et maisons de santé pluriprofessionnelles, ESSMS, SDIS, milieu pénitentiaire, santé scolaire, etc.

Les partenariats sont développés dans le cadre de dispositifs tels qu'Erasmus ou d'autres programmes internationaux, afin d'ouvrir le parcours clinique à une dimension européenne et internationale.

5.2.4 Affectation des stages et construction du parcours clinique

Les parcours de stages sont construits avec l'étudiant, le coordinateur de stage, le référent pédagogique et les coordinateurs de promotion. L'étudiant est pleinement acteur de la construction de son parcours de stage. Il participe à l'élaboration de son parcours clinique, en lien avec l'équipe pédagogique, les coordinateurs de stage et les professionnels de terrain.

En référence à la charte de Maela Paul (2004) – (Cf. Annexe B) l'étudiant est reconnu sujet de son expérience, capable de pensée, de discernement et de transformation. À ce titre, il a la possibilité de réaliser par lui-même ses recherches de stage, sous couvert d'une validation par l'équipe pédagogique, en argumentant ses demandes en lien avec son parcours antérieur, ses besoins d'apprentissage, ses expériences déjà réalisées, ses difficultés éventuelles ainsi que l'évolution de son projet professionnel.

Les temps d'accompagnement avec le référent pédagogique, les bilans de stage, les entretiens de suivi et l'exploitation du portfolio permettent à l'étudiant d'identifier ses acquis, ses axes de progression et les compétences restant à consolider. Le référent pédagogique veille à l'adéquation entre les recherches de stage effectuées et/ou les affectations proposées, et les compétences à acquérir au regard du référentiel de formation.

Les coordinateurs de promotion et le coordinateur de stage réalisent l'affectation des étudiants en stage et sont garants de la qualité et de la diversité du parcours clinique proposé. Ensemble, ils construisent des parcours de stage progressifs et diversifiés permettant à l'étudiant de rencontrer différents publics, des situations de soins variées, d'expérimenter différents modes d'exercice et de développer ses compétences, son autonomie et son identité professionnelle.

Le recours à la simulation en santé durant la période de stage peut être utilisé à hauteur de 10 % du volume total des enseignements cliniques, soit 6 semaines.

Les coordinateurs de stage et de promotions, en lien avec le référent pédagogique et l'étudiant, s'assurent de l'adéquation entre le parcours clinique et les exigences du référentiel de formation, qui précise que ce parcours doit comporter :

- Au moins 5 semaines en psychiatrie, de préférence auprès d'adultes, pouvant également être réalisées auprès d'enfants ou d'adolescents ;
- Au moins 5 semaines en santé de l'enfant.

5.2.5 Les modalités de stage

La durée de présence en stage est fixée à trente-cinq heures hebdomadaires en moyenne. Ce temps comprend cinq heures consacrées à l'appropriation des connaissances et à la démarche réflexive en lien avec les situations rencontrées en stage.

La durée quotidienne de présence en stage est déterminée par le maître de stage du service d'accueil, dans le respect de la réglementation applicable.

Des recommandations spécifiques s'appliquent pour les étudiants en 1^{ère} année afin de garantir un rythme adapté à l'apprentissage initial.

Ainsi, la durée quotidienne en stage est fixée à 7h, sans travail de nuit ni de Week-end.

Les étudiants bénéficient, pour chaque période de stage, d'un accompagnement pédagogique assuré par un tuteur de stage ainsi que par un référent pédagogique de l'institut.

5.2.6 Focus sur le Dispositif d'aide à la réussite

La littérature scientifique sur les actions de soutien en enseignement supérieur, destinées aux étudiants est particulièrement abondante, ces dispositifs sont souvent regroupés sous le terme d'aide à la réussite.

Nous rejoignons ici les auteurs De Clercq et Bournaud, (2023) pour lui préférer celui d'accompagnement à la réussite – « [...] la notion d'accompagnement renvoie davantage à une notion de collaboration ou de co-construction d'un parcours ou projet de formation », p. 2.

Avec cette acception, l'accompagnement à la réussite étudiante désigne un ensemble d'actions et de dispositifs pédagogiques visant à soutenir l'étudiant dans le développement de ses ressources propres, à favoriser son autonomie et son pouvoir d'agir, et à promouvoir une réussite plurielle (académique, ajustement, orientation, bien-être) (Verzat et al., 2021 ; De Clercq et Bournaud, 2023) .

Contrairement à une aide ponctuelle corrective, cet accompagnement repose sur une logique de co-construction collaborative du parcours, intégrée aux référentiels de formation, et s'appuie sur des

pratiques comme le tutorat, les ateliers méthodologiques ou les espaces d'entraide numérique ou autres.... Cette approche, issue des recherches en sciences de l'éducation s'inscrit par ailleurs dans les politiques nationales de réussite étudiante.

Dans ce cadre, nous prenons appui sur De Clercq et Bournaud (2023) pour assumer le choix terminologique permettant de concevoir l'accompagnement pédagogique et l'accompagnement à la réussite comme deux dimensions complémentaires de l'accompagnement étudiant : le premier, orienté vers la maîtrise des compétences et connaissances disciplinaires ; le second, visant une réussite élargie englobant performance, bien-être, ajustement académique et orientation professionnelle. Si les frontières entre ces deux formes restent poreuses, leurs recoupements justifient pleinement de les envisager de manière intégrée.

Enfin, nous nous référons à la charte de la relation d'accompagnement rédigée par Paul (2004) qui permet d'établir des repères éthiques et professionnels pour soutenir une personne ou un collectif sans se substituer à eux. Cette charte constitue un engagement éthique fondamental pour les tuteurs de stage et formateurs permanents. Elle s'articule parfaitement avec l'approche par compétences de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier, en garantissant une posture non-directive qui favorise l'autonomie des étudiants infirmiers. Cette dernière a déjà été déclinée *supra*.

Elle repose sur les principes fondamentaux :

- Le respect de la dignité humaine.
- La non-substitution à l'accompagné.
- La reconnaissance de l'expérience vécue comme point de départ de toute démarche.
- La visée d'autonomie et de socialisation de l'accompagné.

Dans cette perspective, notre structure d'accompagnement mobilise ses actions dans une approche multidimensionnelle de la réussite, qui associe, selon De Clercq, Perret et Constans (2025) : la réussite académique, la réussite éducative, la réussite étudiante. Nous retenons que la conception tridimensionnelle de la réussite dans l'enseignement supérieur – s'organise autour de trois registres complémentaires.

- La réussite académique renvoie au respect des critères institutionnels minimaux de maîtrise des connaissances et des compétences ; elle se traduit par des décisions administratives et des certifications, tout en influençant les choix ultérieurs de l'étudiant quant à la poursuite, la réorientation ou l'abandon de ses études.
- La réussite éducative correspond à l'évolution des connaissances et des compétences de l'étudiant au cours de son parcours, tant du point de vue de la nature des apprentissages que du niveau de maîtrise atteint. Enfin, la réussite étudiante qui désigne l'atteinte des objectifs

personnels poursuivis par l'étudiant dans l'enseignement supérieur, dimension par essence multifactorielle et contextuelle.

5.2.7 La réussite académique et la réussite éducative

Afin d'articuler la réussite académique et la réussite éducative, nous retenons des modalités pédagogiques et évaluatives conçues conjointement pour soutenir la progression des apprentissages tout en permettant d'attester le niveau de maîtrise atteint.

Dans cette perspective, nos dispositifs pédagogiques vont favoriser des apprentissages actifs, progressifs et contextualisés, tandis que les modalités d'évaluation vont combiner des fonctions formatives, destinées à réguler l'activité d'apprentissage, et des fonction normatives dont certaines sommatives, destinées à certifier les acquis.

Au sein de notre groupement et conformément à l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, nous privilégions une approche par compétences, combinant apports théoriques (cours magistraux, travaux dirigés), méthodes actives (études de cas, apprentissage par problèmes, ateliers de pratiques simulées) et pédagogies expérientielles (simulation avec débriefing structuré, analyse de pratique, stages cliniques tutorés). Cette diversification garantit l'acquisition des 13 compétences obligatoires, le développement du raisonnement et du jugement clinique et la préparation à l'exercice professionnel responsable dans une logique de formation tout au long de la vie.

Les méthodes pédagogiques les plus mobilisées au regard de la réussite académique et éducative sont détaillées ci-après :

Méthode pédagogique	Objectif d'apprentissage
Cours magistral	Décrire et expliquer les fondements scientifiques et réglementaires des soins infirmiers.
Travaux dirigés	Analyser des situations cliniques pour prioriser les soins et justifier les choix thérapeutiques.
Étude de cas clinique	Identifier les données cliniques pertinentes et élaborer une conduite à tenir adaptée au patient.
Ateliers pratiques	Réaliser des soins techniques en respectant les protocoles, l'asepsie et la bientraitance.
Simulation vidéoscopée avec Débriefing post-simulation	Prendre en charge une urgence ou une situation complexe en équipe, en mobilisant raisonnement clinique et communication interprofessionnelle.

	Analyser ses pratiques pour identifier les axes d'amélioration et les facteurs contributifs aux erreurs
Apprentissage par problèmes (APP)	Construire un diagnostic infirmier à partir de données incomplètes et proposer un projet de soins individualisé.
Analyse de pratique professionnelle	Évaluer l'impact des soins sur la qualité de vie du patient et ajuster les pratiques en équipe pluridisciplinaire.
Portfolio professionnel	Documenter ses acquis et réflexivité pour démontrer la progression dans les compétences du référentiel.
Stages cliniques tutorés	Mobiliser l'ensemble des compétences en contexte réel, sous supervision, pour une insertion professionnelle sécurisée.
Evaluations formatives	Appréhender les attendus académiques pour se préparer aux épreuves certificatives dans un cadre sécurisant.

Par ailleurs, toujours selon l'approche tridimensionnelle de De Clercq et al. (2025), la réussite académique se mesure par l'acquisition des connaissances et compétences attendues, validée par la réussite aux évaluations formelles du parcours. L'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier propose un dispositif d'évaluation certificative qui en incarne ainsi parfaitement les exigences. Nous en recensons quelques illustrations possibles.

Évaluation certificative	Illustrations possibles
Épreuves écrites UE (QCM, cas cliniques)	L'étudiant démontre la maîtrise des savoirs théoriques (pharmacologie, éthique, sciences infirmières...) en répondant correctement aux items validant les acquis des semestres.
Épreuves orales individuelles	L'étudiant argumente une conduite à tenir clinique complexe, prouvant sa capacité à intégrer connaissances et raisonnement clinique sous contrainte temporelle.
Mises en situation	L'étudiant élabore et met en œuvre un projet de soins auprès de patients simulés, validant compétences techniques, jugement clinique et communication interprofessionnelle.
Portfolio certifié	L'étudiant compile preuves d'acquisition (rapports de stage, projets) démontrant progression continue vers l'autonomie professionnelle.

Ces évaluations certificatives matérialisent la dimension académique en :

- Sanctionnant quantitativement la maîtrise des contenus (notes, ECTS).
- Qualifiant la progression vers les compétences attendues du diplôme d'État.
- Garantissant l'équité via des situations standardisées et évaluées sur critères identifiés

Par ailleurs, comme évoqué supra, De Clerc et al. (2025) souligne l'importance de la réussite éducative, entendue comme un processus global qui dépasse la seule validation académique pour inclure le développement de l'autonomie, le développement de compétences nécessaires à l'atteinte des objectifs personnels et professionnels, la réflexivité... En effet, la notion de réussite étudiante - entendue selon ces auteurs - vise à appréhender la réussite depuis la perspective de l'étudiant, en mobilisant principalement une approche psychologique. Elle peut être définie comme le processus par lequel l'étudiant parvient à atteindre ses objectifs personnels, en cohérence avec sa temporalité propre et le contexte spécifique dans lequel s'inscrit son parcours d'apprentissage.

Au regard de cette conception élargie de la réussite étudiante telle que proposée par De Clercq et al. (2025), les modalités d'apprentissage doivent évoluer vers une logique d'individualisation et de personnalisation des parcours, prenant en compte la diversité des profils, des temporalités et des contextes personnels des apprenants. Il s'agit en effet de considérer la réussite comme un processus global d'autonomisation et de réflexivité, au-delà du seul accomplissement académique.

5.2.8 La réussite étudiante

Dans le parcours de formation – nous allons pouvoir opérer plusieurs actions adaptées à la singularité de chaque étudiant et en cohérence avec les aspects réglementaire de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat Infirmier.

- Les dispenses d'enseignement ou d'évaluation qui constituent un premier levier de cette approche, en reconnaissant les acquis antérieurs et les expériences formatives déjà validées. Elles permettent à l'étudiant de poursuivre un parcours en cohérence avec son capital de compétences, garantissant ainsi une continuité éducative adaptée à ses objectifs professionnels et personnels.
- Les dispenses d'assiduité et les aménagements de formation qui offrent également une souplesse nécessaire à la prise en compte des contraintes individuelles liées à des activités professionnelles, sportives ou à des situations particulières de santé. Ces dispositifs manifestent une reconnaissance institutionnelle des réalités sociales et personnelles qui influencent la disponibilité et l'engagement de l'étudiant dans son apprentissage.
- La césure qui constitue une modalité complémentaire permettant à l'étudiant de suspendre temporairement sa formation afin de consacrer une période à la réalisation d'un projet personnel ou professionnel. Cette expérience, souvent formatrice sur le plan identitaire et réflexif, favorise

l'acquisition de nouvelles compétences transférables et renforce la cohérence du parcours avec les aspirations de l'étudiant.

Par ailleurs, les aménagements du parcours en situation de handicap, tels que définis par la loi du 11 février 2005, poursuivent un objectif d'égalité réelle d'accès à la formation. Ils garantissent la conformité du cadre législatif tout en assurant une adaptation individualisée des conditions d'apprentissage et d'évaluation. Cette démarche inclusive soutient la réussite éducative en valorisant la participation pleine et entière de chaque étudiant.

Le suivi pédagogique individualisé constitue un pilier fondamental de cette approche. Il permet un accompagnement sur mesure de l'étudiant dans la construction de sa posture professionnelle, en développant sa capacité d'autoévaluation et de régulation de son apprentissage. Ce suivi réalisé par des formateurs permanents en sciences infirmières favorise l'ancrage d'une dynamique réflexive, essentielle dans la formation infirmière, où la compréhension de soi comme futur professionnel fait partie intégrante du processus de réussite.

Enfin, les dispositifs d'apprentissage entre pairs, tels que le tutorat ou le parrainage entre étudiants de différentes promotions, consolident la dimension collective de la réussite. Ils participent au développement de compétences sociales, soutiennent l'intégration et la solidarité au sein de la communauté estudiantine, et renforcent le sentiment d'appartenance nécessaire à la persévérance.

Ces différentes modalités au service de la réussite étudiante reposent également sur la mise en place d'un environnement de formation favorable aux apprentissages et à l'épanouissement des apprenants.

Cet environnement matériel et numérique participe directement aux conditions de réussite. Il s'agit, d'une part, d'offrir des équipements et locaux adaptés, favorisant le confort et la sécurité des apprentissages, et d'autre part, d'assurer un accès facilité aux ressources documentaires et aux outils numériques : plateforme Moodle, réseau Wi-Fi, bibliothèque universitaire, espaces de travail collaboratif.

L'espace de recherche documentaire, conçu comme un lieu de formation et de détente, met à disposition un large choix d'ouvrages, de bandes dessinées, de romans ou de témoignages en lien avec les thématiques de santé, permettant d'articuler culture, réflexion et ouverture sur la société. À l'extérieur, des espaces de détente et de convivialité — bancs, tables de pique-nique, autres - sont aménagés pour encourager la pause, le ressourcement et, au besoin, la pratique d'une activité physique, dans une logique de promotion de la santé globale.

Parallèlement, des temps de cohésion sont organisés au fil de l'année afin de renforcer l'appartenance institutionnelle et de nourrir la dynamique collective. Des sorties ou activités pédagogiques de fin d'année et la cérémonie de remise des diplômes favorisent les rencontres inter-

promotionnelles, la fédération des groupes et la construction d'une identité professionnelle commune. Ces moments participent non seulement au bien-être des étudiants, mais également à la consolidation du collectif apprenant, dimension essentielle de la réussite étudiante telle que l'entend De Clercq et al. (2025).

Dans une perspective plus globale de qualité de vie en formation, diverses actions de sensibilisation et de prévention sont conduites tout au long de l'année. Celles-ci visent à promouvoir des comportements favorables à la santé et à la réussite personnelle et professionnelle : activité physique, alimentation équilibrée, santé mentale, gestion du stress, prévention des addictions, sommeil, vie affective et santé sexuelle. En contribuant à l'équilibre global de l'étudiant, ces dispositifs soutiennent la réussite éducative dans sa dimension psychoaffective et sociale.

Un accent particulier est également mis sur l'inclusion et la prévention des violences sexuelles et sexistes. Les instituts s'appuient sur un référent handicap et sur des dispositifs d'accompagnement dédiés afin d'assurer une accessibilité équitable des parcours. Les apprenants sont systématiquement informés des procédures de signalement et des ressources de soutien mobilisables en cas de besoin, renforçant ainsi la sécurité psychologique des environnements formatifs.

Enfin, la réussite étudiante s'inscrit désormais dans une approche contemporaine et prospective intégrant deux dimensions transversales :

- L'hybridation des formations, qui combine les apports des enseignements en présentiel et à distance pour favoriser la flexibilité, l'autonomie et l'individualisation des apprentissages, en cohérence avec la transition numérique des établissements de santé et des formations paramédicales ;
- Les écosoins et la transition écologique, en lien avec la promotion du développement durable et de la responsabilité environnementale dans les pratiques de soins. Ces thématiques nourrissent une pédagogie réflexive et engagée, amenant l'étudiant à considérer son rôle de professionnel de santé dans le contexte des enjeux sociétaux et environnementaux actuels.

Ainsi, l'ensemble de ces initiatives participe à la construction d'un cadre formatif inclusif, bienveillant et stimulant, où la réussite étudiante se conçoit comme le résultat d'une interaction dynamique entre les dimensions académiques, personnelles, sociales et environnementales de la formation. Ces différentes modalités, en articulant flexibilité, inclusion et accompagnement personnalisé, traduisent une conception intégrée de la réussite étudiante. Elles reconnaissent l'étudiant comme acteur de son parcours et favorisent l'émergence d'une réussite éducative et professionnelle fondée sur l'autonomie, la réflexivité et l'adéquation entre le projet personnel et les exigences de la formation.

Si ce projet pédagogique commun pose le socle académique et organisationnel de notre groupement des 7 IFSI HRO - Nantes Université, il est à relever que l'appartenance à cette

dynamique régionale renforcée vient au contraire enrichir l'identité propre de notre IFSI du CHU de Nantes.

Au-delà des orientations partagées, notre institut affirme sa spécificité en s'appuyant sur l'environnement du CHU de Nantes et sur son ancrage historique dans les missions de soins, de recherche et d'innovation.

En effet, notre institut affirme sa spécificité en ancrant sa réflexion dans l'Approche du Soin Fondée sur la Force (ASFF) de la Pr Laurie Gottlieb. Cette approche philosophique s'articule naturellement avec celle du *care* : là où le *care* nous engage dans une attention préoccupée et une sollicitude envers l'autre, l'ASFF nous donne les moyens de transformer cette intention en pratique clinique. En valorisant les forces, les ressources et le potentiel d'autonomie des personnes soignées, nous ne nous contentons pas de pallier une vulnérabilité ; nous co-construisons avec le patient un partenariat thérapeutique dynamique.

C'est cette alliance entre l'humanisme du *care* et l'ASFF qui forge l'identité pédagogique de l'IFSI du CHU de Nantes, résolument tournée vers l'excellence clinique, la recherche en sciences infirmières et la valorisation du potentiel de chaque personne.

C'est ce que nous nous proposons d'expliquer via le deuxième chapitre.

DEUXIEME CHAPITRE : La conception de la formation initiale en sciences infirmières de l'IFSI du CHU de NANTES

1. Finalités de la formation

La finalité de la formation est de permettre à l'étudiant de devenir un professionnel infirmier qui, quel que soit le contexte, ne perde pas de vue la signification du soin, analyse les situations et reste centré sur la singularité de la personne soignée. Un professionnel curieux, motivé, ayant réfléchi à ses représentations et qui s'inscrit dans une démarche de compréhension et d'évolution professionnelle.

Ainsi seul et/ou en pluri professionnalité, il élabore des projets de soins individualisés le plus en adéquation possible avec le projet de vie de la personne soignée tout en prenant en compte la complexité des situations.

Si l'ingénierie pédagogique est mise en œuvre par l'équipe pédagogique et travaillée en collaboration avec notamment les professionnels des structures d'accueil en stage ; le processus d'apprentissage appartient à l'étudiant. C'est à ce dernier de s'engager dans son parcours de formation, de s'inscrire dans une recherche de compréhension, de responsabilité, de rigueur, d'autonomie, de créativité. En effet, il s'agit pour l'apprenant d'apprendre progressivement à se positionner en argumentant ses choix.

Cet engagement de l'étudiant est en lien avec sa motivation intrinsèque. Si les facteurs intrinsèques de la motivation appartiennent à l'étudiant, c'est-à-dire le choix de la formation et du projet professionnel, les facteurs extrinsèques quant à eux, peuvent venir renforcer cette motivation et appartiennent aux équipes pédagogiques et aux professionnels partenaires de stage. Il s'agit de la valorisation des ressources et des réussites de l'étudiant, de favoriser la confiance dans les progrès possibles, de formaliser conjointement avec l'apprenant des objectifs d'apprentissages atteignables et d'identifier des postures de professionnels en activité qui donnent envie à l'étudiant de devenir infirmier. Avec cette dernière perspective, les différents acteurs de la formation incarnent les valeurs, les finalités de la formation et les principes pédagogiques mis en œuvre afin que l'étudiant puisse développer au cours des trois de formation son identité professionnelle.

Dans ce cadre, nous considérons que l'étudiant s'inscrit dans un processus de formation pour devenir un praticien autonome, responsable et réflexif.

2. La posture de l'apprenant en sciences infirmières : l'autonomie, la responsabilité et la réflexivité

Selon la documentation scientifique, le terme d'autonomie est un terme polysémique peu aisé à définir tant il est utilisé dans des domaines vastes et différents. C'est pourquoi, nous nous sommes appuyés sur les données probantes pour nous en saisir et l'appliquer à notre profession d'infirmier.

En effet, l'autonomie pour un professionnel infirmier, c'est être capable, dans un cadre institutionnel, réglementaire et d'éthique professionnelle, de faire des choix éclairés. Un professionnel infirmier autonome mobilise ses connaissances et les ressources nécessaires (les siennes et celles de l'environnement dans lequel il se trouve) pour analyser la situation dans laquelle il se trouve et réfléchir aux enjeux et impacts de l'acte qu'il doit poser.

Un étudiant engagé dans un processus de formation et de construction identitaire acquiert progressivement de l'autonomie à travers l'acquisition de savoirs, l'appropriation de valeurs professionnelles, l'intégration de principes éthiques, la compréhension du cadre de formation dans lequel il se situe et les contraintes de ce dernier.

L'autonomie de l'apprenant ou capacité de se conduire soi-même (Mérieu, 2013) se construit donc dans la rencontre avec l'ensemble des acteurs de la formation. En effet, l'environnement de formation pour qu'il soit propice au développement de l'autonomie met en jeu trois dimensions au service de l'apprenant et mis en action par le formateur : l'appréciation métacognitive de ce dernier, le niveau de compétences à faire acquérir et les valeurs à promouvoir (Ibid.). Le processus d'autonomisation demande une adaptation constante de l'apprenant « grâce à une réflexivité des échanges dans les relations entretenues avec son environnement » (Noel-Hureaux, 2004, p. 61). La réflexivité sur soi et des situations rencontrées dans l'environnement d'apprentissage semble concourir au développement

du processus d'autonomisation. Ceci fait précisément référence à la notion des praticiens réflexifs évoquée plus haut. C'est ce que nous nous proposons de définir ci-après.

Selon les travaux de Schön (1994), la pratique réflexive consiste à apprendre par et dans l'action, c'est-à-dire de compléter une formation académique par une formation par la pratique mais aussi de se former par l'analyse de sa propre pratique, pendant ou après celle-ci. Cette démarche conduit à adopter une posture réflexive, de manière régulière et intentionnelle, dans le but de prendre conscience de sa manière d'agir, ou de réagir, dans les situations professionnelles ou formatives.

Cette pratique réflexive, méthode d'apprentissage par l'action et par la réflexion sur l'action, impulsée par les formateurs et/ou les tuteurs de stage doit permettre à l'étudiant d'acquérir, de mobiliser et de fixer ses savoirs, de les rendre disponibles et transférables, c'est-à-dire de développer des compétences infirmières.

Cette perspective fait le lien avec la notion de responsabilité vue plus haut que nous allons évoquer ci-après.

En effet, Zarifian (1999) définit la compétence comme :

La prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté [...] La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances, [...] la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité (p.70).

Dans cette perspective, le professionnel exerce son activité professionnelle dans un champ de responsabilité qui lui est propre mais qu'il peut partager avec d'autres sur le plan de la réflexivité. Cependant, il reste autonome dans les actes qu'il produit.

Dans le cadre des soins, l'ensemble des actes mis en œuvre par un infirmier est orienté vers une **personne** ce qui majore l'importance de sa responsabilité. Décider et faire des choix librement, fait appel à des capacités de jugement et de discernement, nécessite de savoir se positionner, c'est-à-dire de partager son point de vue et l'argumenter.



Avoir le sens des responsabilités relève d'une compétence fondamentale qui sous-tend toutes les autres compétences infirmières.



Ainsi, la pratique infirmière ne se décrète pas et fait l'objet d'un long processus d'apprentissage. En effet, la profession infirmière s'intègre dans une approche spécifique : celle des sciences infirmières. La pratique infirmière repose sur différentes approches théoriques de la discipline. Ces approches peuvent avoir des fondements philosophiques différents. Néanmoins, ce qui fait consensus concerne la pensée humaniste. C'est que nous vous proposons d'aborder par la suite.

3. La pratique clinique infirmière selon une approche philosophique contemporaine - Strengths-Based Nursing and Healthcare (SBNH) ou Approche de soins fondées sur les forces (ASFF)

Il existe une pluralité de théories ou modèles en sciences infirmières. Ces derniers s'ancrent tous au sein d'une réalité sociohistorique et culturelle. Cependant les recherches en sciences infirmières se poursuivent et se développent dans le prolongement des modèles théoriques existants.

Sur l'IFSI du CHU de Nantes – nous avons fait le choix de nous orienter vers l'approche Strengths-Based Nursing and Healthcare (SBNH) en français l'Approche de soins fondées sur les forces (ASFF) de la Pr Laurie Gottlieb. La professeure Laurie Gottlieb est une figure centrale des sciences infirmières contemporaines, principalement reconnue pour avoir théorisé et conceptualisé les soins infirmiers fondés sur les forces (SBNH). Professeure émérite à l'Université McGill, elle a consacré sa carrière à transformer la pratique clinique en substituant au modèle traditionnel du "déficit" une approche axée sur la mobilisation des ressources et des capacités des patients et de leurs familles. Son influence s'étend également à la recherche, notamment à travers sa longue direction du Canadian Journal of Nursing Research, faisant d'elle une théoricienne déterminante qui a su allier une rigueur académique exigeante à une vision profondément humaniste et relationnelle du soin.

L'approche de soins fondée sur les forces développée par Gottlieb (2014) constitue un cadre particulièrement pertinent pour les sciences infirmières, dans la mesure où elle propose un déplacement

du regard du déficit vers les ressources, les capacités d'adaptation et les potentialités de la personne, de la famille et de son environnement. Contrairement à des modèles plus centrés sur la maladie ou la correction des dysfonctionnements, cette approche inscrit le soin dans une logique relationnelle, globale et partenariale, en cohérence avec une conception du care fondée sur l'écoute, la reconnaissance de l'autre et le respect de sa singularité. Elle permet à l'infirmière de mobiliser des dimensions essentielles du raisonnement clinique tout en soutenant l'autonomie, l'*empowerment* et la participation active de la personne soignée. Par ailleurs, son intérêt pédagogique est majeur, car elle offre un cadre mobilisateur pour former des professionnels capables d'articuler compétences techniques, réflexion éthique et qualité de la relation de soin. Ainsi, l'ASFF apparaît comme une approche à la fois humaniste et opératoire, particulièrement adaptée aux contextes de soins complexes où la prise en compte des ressources constitue un levier de santé et de guérison.

Selon Gottlieb (2014), l'ASFF repose sur quatre piliers ou chaque être humain est un être unique qui a la capacité de se développer, se transformer et de s'auto soigner :

- Approche centrée sur la personne : la personne est un être unique placée au cœur de décisions cliniques qui la concerne.
- Pouvoir d'agir-Mouvement d'autonomisation : la personne en fonction de ses caractéristiques, de ses particularités, du contexte et de la situation va prendre les meilleures décisions pour elle.
- Relationnel : la relation est entendue sous la forme d'un partenariat de collaboration entre la personne et l'infirmier. Cette dynamique de concertation reconnaît et respecte les expériences et l'expertise des 2 partenaires.
- Capacité innées : la personne possède un ensemble des capacités pour se mobiliser et faire ses choix.

Les valeurs qui sous-tendent les soins infirmiers fondées sur les forces sont au nombre de huit et se centrent sur la santé, la personne, l'environnement et les soins infirmiers. Ces valeurs sont étroitement inter reliées et agissent de concert (Gottlieb, 2014, p.68).

La santé et la guérison

Il existe des perspectives théoriques différentes d'envisager la santé et la guérison. Ici, la santé est identifiée comme présente tout le temps, même lorsque le corps est vaincu par une maladie, un accident ou une infirmité car la santé émerge du développement et en est le reflet (Gottlieb, 2014) ;

L'unicité de la personne

Le système de soins est conçu pour traiter les personnes de façon standardisée, directive, rigide et définie. Le principe de soins dominant se fonde sur la prémisse « valable pour tous ». Or, en découvrant les forces de la personne et de la famille et en travaillant avec elles, on révèle leurs caractéristiques et attributs uniques afin de promouvoir leur santé et leur guérison (Gottlieb, 2014) ;

Holisme et indivisibilité

L'holisme est entendu comme un tout unifié et indivisible. L'indivisibilité, quant à elle, signifie que le corps et l'esprit ne font qu'un et agissent en harmonie comme un ensemble interrelié et intégré. En partant de ce constat, l'holisme et l'indivisibilité deviennent des valeurs fondamentales pour les soins infirmiers. La profession d'infirmière souscrit au postulat qu'il faut connaître la personne dans son intégralité (Gottlieb, 2014) ;

Création de sens selon l'interprétation des données objectives et subjectives

Les informations objectives (marqueurs biologiques ...) et subjectives émanant de la personne elle-même (croyances, expériences, compréhension de la situation, perception) permettent de comprendre la personne dans sa globalité (Gottlieb, 2014) ;

L'autodétermination

L'autodétermination fait référence à une valeur selon laquelle toute personne a le droit de choisir et d'agir conformément à ses propres pensées, besoins et sentiments (Taylor, 1991, cité par Gottlieb, 2014). Toute personne est entendue comme avoir le droit de décider du cours de sa vie et de prendre des décisions éclairées relative à sa santé, ses soins et ce, sans coercition (Gottlieb, 2014) ;

Intégrité-Personne-Environnement

La personne est indissociable de l'environnement dans lequel elle évolue. L'environnement englobe le milieu interne, externe, social et culturel de la personne. Ainsi une personne vit dans de multiples environnements souvent en même temps. Chacun influence l'autre et en subit l'influence. Il s'agit pour l'infirmier d'accompagner la personne à découvrir et optimiser ses forces et les ressources offertes par l'environnement afin de l'aider à composer avec la maladie et/ou d'autres atteintes physiques (Gottlieb, 2014) ;

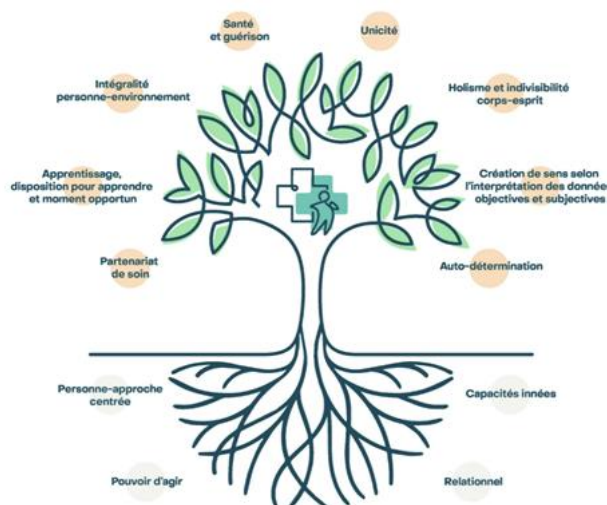
Apprentissage, dispositions pour apprendre et moment opportun

Le moment opportun, correspond au moment idéal et désigne l'instant où le changement est le plus susceptible de se produire. Les personnes sont plus prêtes à changer et plus ouvertes aux apprentissages au cours de périodes de transition, d'événements de vie critiques et d'expériences stressantes car le changement devient nécessaire pour s'adapter à de nouvelles réalités engendrées par de nouvelles circonstances ou pour composer avec elles (Gottlieb, 2014) ;

Le partenariat de collaboration

Le partenariat de collaboration est « la poursuite de buts centrés sur la personne par un processus dynamique qui demande la participation active et l'accord de tous les partenaires » (Gottlieb, Feeley et Dalton, 2007, p.8, cité par Gottlieb, 2014, p. 115). Le partenariat de collaboration sous-entend l'idée d'être là avec la personne et non celle d'agir à la place de la personne (Gottlieb, 2014).

Le schéma ci-après est le reflet des 4 piliers fondateurs et des 8 valeurs émergentes de l'ASFF comme explicitées *supra*.



Gottlieb, L. N. (2023). *SBNH Tree* [Illustration]. Ingram School of Nursing, Université McGill.

L'approche de soins fondée sur les forces de Laurie Gottlieb (Gottlieb, 2014) s'inscrit dans le courant de la psychologie positive et dans une dynamique holistique, en mettant l'accent sur le potentiel, les capacités et les ressources des personnes. En adoptant cette approche, les l'infirmières-iers peuvent créer des environnements de soins plus positifs, constructifs et centrés sur la personne, favorisant ainsi une dynamique collaborative entre l'infirmière-ier et la personne soignée au service de son projet de santé.

4. Les concepts fondamentaux en sciences infirmières

Si la discipline infirmière s'est construite sur une pluralité de modèles théoriques, ces dernières se rejoignent toutes autour d'un socle commun : le métaparadigme infirmier. Que ce soit à travers le prisme des besoins ou des théories plus contemporaines, le savoir infirmier demeure intrinsèquement lié aux quatre concepts fondamentaux — la santé, la personne, le soin et l'environnement — qui constituent le consensus scientifique de notre discipline (Gagnon, 2015).

C'est précisément au sein de cette matrice commune que s'inscrit l'ASFF. Loin de s'opposer aux théories classiques, l'ASFF en prolonge la réflexion en réinterprétant ces invariants : la "personne" n'y est plus pensée comme une entité isolée, mais comme un élément indissociable de son système familial ; l'"environnement" devient la dynamique relationnelle propre à ce système ; et le "soin" se transforme en un levier pour harmoniser l'équilibre global de la famille. Ainsi, l'ASFF ne se contente pas d'utiliser les fondements classiques ; elle leur donne une dimension systémique, démontrant que la santé humaine, au-delà des besoins individuels, est le résultat d'un équilibre complexe au sein d'un écosystème relationnel. »

4.1 L'être humain

Dans l'approche SBNH / ASFF, l'être humain est une personne unique, résiliente et digne, dont la nature profonde dépasse largement le diagnostic médical. Le rôle de l'infirmière est de reconnaître, de valoriser et de mobiliser ces forces pour favoriser la santé, le rétablissement et la qualité de vie.

4.2 La santé

Dans l'approche SBNH / ASFF, la santé est un processus dynamique de développement personnel et relationnel. Elle consiste à maximiser les capacités d'adaptation et le bien-être de la personne tout au long de sa trajectoire de vie, en s'appuyant sur ce qui lui donne de la force plutôt qu'en se focalisant sur ce qui limite ses capacités.

4.3 Le soin

Dans l'approche SBNH / ASFF, le soin est un acte éthique et relationnel qui consiste à "soigner avec" plutôt qu'à "soigner pour". C'est un processus dynamique où l'infirmière accompagne la personne dans son cheminement vers la santé en faisant appel à la totalité de ses ressources et de son potentiel.

4.4 L'environnement

L'environnement est le milieu dans lequel une personne évolue. Selon Gottlieb, Dalton et et Feeley (2007) : « L'environnement englobe les milieux interne, externe, social et culturel dans lesquels la personne évolue. Une personne vit dans de multiples environnements, souvent en même temps » (p. 97).

Selon Bronfenbrenner (1979, dans Gottlieb et *al.*, 2007), la personne et l'environnement ne font qu'un. Une forme de boucle de rétroaction constante s'établit. Les expériences découlent des échanges (ou transactions) entre la personne et l'environnement (Gottlieb et *al.*, 2007, p. 97). C'est pourquoi dans le cadre des soins infirmiers, nous nous situons dans une approche holistique de la personne qui présente des problèmes de santé. C'est-à-dire une approche bio-psycho-socio-culturelle et environnementale. Les déterminants liés à son environnement familial, à son entourage, à son environnement éducatif, social et professionnel sont à prendre en compte pour être au plus près de la réalité de la personne soignée.

Dans l'approche SBNH / ASFF, l'environnement est l'écosystème de vie de la personne. Il est indissociable de sa santé : le rôle de l'infirmière est d'aider la personne à naviguer dans son environnement et à mobiliser les ressources qui s'y trouvent pour renforcer son pouvoir d'agir.

5. Des valeurs qui s'appuient sur l'approche de soins fondée sur les forces ou SBNH

Les valeurs énoncées dans le projet pédagogique de l'IFSI sous-tendent les principes pédagogiques qui président à la mise en œuvre du projet de formation et d'évaluation. Selon Vial (2005) :

Une valeur est, pour une personne, ce qui lui importe fondamentalement, ce qui donne un sens à son existence... Sur le plan éducatif deux préoccupations dominent : encourager le développement de valeurs positives et tenir compte de celles qui existent [...] Les valeurs sont des règles que l'on se donne pour guider l'action. Ainsi les valeurs ne sont pas des réponses, elles permettent au contraire de développer un questionnement éthique... C'est mettre en question et communiquer la dimension éthique, politique mais aussi imaginaire et esthétique du projet : les visées qui orientent le projet social (p.33).

Avec cette perspective, les valeurs s'inscrivent dans un système de références, elles président aux conduites et favorisent une appartenance à un groupe professionnel.

Déclinées dans le projet pédagogique, elles constituent le cadre de référence de l'équipe pédagogique, des étudiants et de l'ensemble des partenaires associés à la formation des étudiants en soins infirmiers. Dans leur exercice professionnel, les soignants s'appuient aussi sur des valeurs énoncées dans les projets de soins. Cependant, les pratiques soignantes, comme les pratiques pédagogiques ne permettent pas toujours aux étudiants de les repérer. L'explicitation des logiques pédagogiques et soignantes favorisent la compréhension des savoirs-faire et savoirs-être professionnels pour les étudiants.

Ce projet pédagogique a donc pour ambition de faire vivre de manière optimum les valeurs déclinées ci-après et ce, dans une réflexion éthique perpétuellement renouvelée. « Les valeurs professionnelles [...] exigent sans cesse que l'on en fasse preuve » (Vial, 2005, p. 36).

Ces valeurs sont valables tant dans le domaine de la relation pédagogique que dans la relation de soin. Pour l'IFSI du CHU de Nantes, ces dernières représentent la clé de voûte de l'ingénierie pédagogique et de l'approche clinique infirmière du CHU de Nantes.

Le suivi pédagogique des étudiants est intrinsèquement fondé sur les valeurs de l'approche de soins fondés sur les forces (SBNH), plaçant l'apprenant au cœur d'une dynamique de développement continu. Plutôt que de se limiter à une évaluation corrective des lacunes, ce cadre d'accompagnement vise à identifier et à valoriser les forces innées et acquises de chaque étudiant, favorisant ainsi une posture de confiance et une auto-efficacité accrue. En instaurant un partenariat collaboratif entre l'étudiant et le formateur, le suivi devient un processus de co-construction où le savoir expérientiel de l'apprenant est reconnu comme une ressource essentielle à sa progression clinique. Cet environnement pédagogique "facilitant" encourage l'étudiant à explorer sa propre identité professionnelle, à donner du sens à ses expériences de stage et à mobiliser ses capacités d'adaptation face à la complexité des situations de soin. En somme, cette approche transforme l'accompagnement pédagogique en une démarche humaniste et systémique, où l'étudiant, soutenu dans sa globalité, est outillé pour devenir un praticien capable de déployer à son tour une philosophie de soin centrée sur les forces et le potentiel de développement de la personne.

Nous allons nous en expliquer avec la partie qui suit.

5.1. Du respect à la tolérance

Le suivi pédagogique, imprégné des valeurs de l'approche de soins fondés sur les forces, place **le respect et la tolérance** au fondement même de la relation apprenant-formateur. Le **respect** se manifeste ici par une reconnaissance de la dignité de l'étudiant et de son savoir expérientiel, validant sa perspective unique et ses aspirations professionnelles comme des moteurs légitimes de son apprentissage. Cette posture dépasse la simple civilité pour devenir un levier d'*empowerment*, où l'étudiant se sent en sécurité pour explorer ses vulnérabilités sans crainte de jugement.

Parallèlement, **la tolérance** s'exprime comme une ouverture véritable à la diversité des trajectoires et des modes de développement ; elle implique d'accepter que chaque apprenant chemine à son propre rythme, avec ses propres forces et ses défis singuliers. En cultivant cet espace de bienveillance, le suivi pédagogique favorise un environnement où les différences sont perçues non comme des obstacles, mais comme des ressources enrichissant la pratique infirmière, préparant ainsi l'étudiant à offrir, demain, des soins empreints de la même tolérance et du même respect envers chaque personne soignée

5.2. Entre équité et égalité

Le suivi pédagogique, ancré dans les valeurs des soins infirmiers fondés sur les forces, se déploie à travers une dialectique exigeante entre égalité et équité. Si l'égalité garantit à chaque étudiant un cadre d'accompagnement universel, fondé sur des exigences de formation communes et une reconnaissance égale de sa dignité d'apprenant, elle ne saurait suffire à elle seule pour favoriser la réussite. C'est pourquoi cet accompagnement s'incarne prioritairement dans une démarche d'équité : en reconnaissant que chaque étudiant possède des ressources et des besoins singuliers, le formateur ajuste ses interventions pour offrir des soutiens différenciés, permettant ainsi à chacun de maximiser son potentiel. En somme, l'équité devient le levier opérationnel de l'égalité, assurant que la diversité des profils ne constitue pas un obstacle, mais une opportunité de développement personnel et professionnel, préparant ainsi l'étudiant à offrir, à son tour, des soins justes qui honorent la singularité de chaque personne soignée.

5.3. De la solidarité à la réciprocité

Le suivi pédagogique, ancré dans l'approche des soins fondés sur les forces, se structure autour d'une dynamique de solidarité et de réciprocité au sein de la relation apprenant-formateur. La solidarité se manifeste par un engagement mutuel à soutenir la progression de l'étudiant, créant un environnement où les défis sont partagés et les réussites célébrées collectivement, garantissant ainsi que nul ne soit laissé pour compte dans son apprentissage. Cette solidarité est indissociable de la réciprocité, qui reconnaît que l'échange entre le formateur et l'étudiant est bidirectionnel : si le formateur offre son expertise clinique et pédagogique, l'étudiant, par son savoir expérientiel, sa fraîcheur de regard et sa capacité

d'étonnement, enrichit en retour la pratique du formateur. En transformant la supervision en une alliance solidaire et réciproque, le suivi pédagogique devient un espace d'apprentissage vivant où chacun contribue à la croissance de l'autre, préparant ainsi l'étudiant à instaurer cette même dynamique de co-construction et d'entraide dans ses futurs soins auprès des patients et de leurs familles.

L'accompagnement pédagogique, fondé sur les valeurs des soins infirmiers fondés sur les forces, crée un espace d'apprentissage où la solidarité, la réciprocité, l'équité et l'égalité servent de leviers à la construction d'une identité professionnelle solide. Si ce cadre privilégie la valorisation du potentiel de l'étudiant et la co-construction de son parcours, il ne saurait être confondu avec une absence de limites. En tant que futur professionnel, l'étudiant s'inscrit dans un système normé où le respect de l'autre et de ses pairs s'accompagne d'une adhésion stricte aux règles socioprofessionnelles et déontologiques qui régissent la profession infirmière. Son statut d'apprenant, bien que protégé par une posture de bienveillance, implique des responsabilités et des devoirs : l'apprentissage des compétences professionnelles exige de l'étudiant qu'il intègre le cadre institutionnel, la hiérarchie et les protocoles de sécurité, conditions sine qua non à la dispensation de soins sécuritaires et de qualité. Ainsi, l'approche SBNH ne dispense pas l'étudiant de se plier aux exigences rigoureuses du métier ; elle lui donne, au contraire, les outils pour exercer ses compétences avec intégrité, responsabilité et conscience professionnelle, dans le strict respect des limites qu'impose l'exercice de la santé.

Dans le cadre de ce deuxième chapitre, nous avons abordé la conception générale de la formation en sciences infirmières de l'IFSI du CHU de Nantes. Pour faire vivre ce qui a été décliné en termes de philosophie humaniste, conception infirmière en lien avec les valeurs intrinsèques du suivi pédagogique, nous allons par la suite développer sa mise en œuvre via nos choix théoriques pédagogiques issus des sciences de l'éducation et formation.

TROISIEME CHAPITRE : Choix pédagogiques et didactiques : les fondements théoriques de notre ingénierie de formation

Le référentiel de formation souligne l'importance de rendre l'étudiant acteur de ses apprentissages. À l'IFSI du CHU de Nantes, ce principe s'ancre dans trois axes majeurs : le socioconstructivisme, la pédagogie différenciée au service d'une éducation inclusive, et l'analyse de situations cliniques authentiques, véritables moteurs du développement du raisonnement et du jugement clinique infirmier. C'est la mise en œuvre de ces fondements que nous détaillons ci-après.

1. La théorie socioconstructiviste

Dans une perspective socioconstructiviste : « le sujet apprenant est davantage susceptible de résoudre une tâche d'apprentissage lorsqu'il a la possibilité d'interagir avec autrui que lorsqu'il est seul face à la tâche » (Carré et Jaspar, 2004, p. 35).

En lien avec la construction des savoirs, l'apprentissage se définit comme un processus relevant de l'activité de l'apprenant via ses capacités d'adaptation et de changements (Donnadieu, 1998).

Les situations d'apprentissage peuvent être représentées par un triangle pédagogique (Houssaye, 1994) composé de trois éléments : le savoir, le formateur et l'étudiant. Dans le cadre de notre formation, le formateur peut être soit le formateur permanent, soit le référent de stage, soit le tuteur et ou le professionnel de proximité.

La formation s'articule autour de trois axes :

- L'axe formateur-savoir : enseigner

Enseigner consiste à organiser des situations d'apprentissage centrées sur les contenus cumulés, les programmes, les cours magistraux.

- L'axe formateur-étudiant : former

Former, c'est transmettre des connaissances avec le souci d'articuler théorie et pratique. Il ne s'agit pas d'enseigner dans une approche descendante le savoir mais d'induire une réciprocité des échanges dans une dynamique de co-construction. Dans cette forme de réciprocité, ceci induit de part et d'autres des changements de comportements, de méthodes, de représentations, et d'attitudes (Fabre, 1994).

- L'axe étudiant-savoir : apprendre

Apprendre, c'est aussi développer des compétences dont les savoirs sont ressources aux compétences. Ceci permet d'être en capacité d'affronter des situations nouvelles en formation mais surtout d'être en capacité de transférer des manières de faire lors de situations professionnelles (Donnadieu, 1998).

Selon les moments de l'apprentissage et en fonction du niveau de formation et de l'autonomie dans les apprentissages, certains axes sont privilégiés. Ainsi en début de formation, l'axe formateur-

étudiant : former sera prépondérant tout en l'invitant à investir l'axe étudiant- savoir : apprendre. Dans cette perspective, nous privilégions la construction des savoirs par l'étudiant, c'est donc bien l'axe étudiant-savoir : apprendre et l'axe formateur-savoir : enseigner qui sont priorités tout au long de la formation.

L'approche pédagogique proposée par les formateurs de l'IFSI est pensée pour favoriser les apprentissages de l'étudiant et pour situer les savoirs dans une temporalité avec ses caractéristiques socioculturelles : par exemple lors de temps de réflexion sur les représentations de la santé de la maladie, de la santé mentale en fonction des cultures et/ou du milieu social.

La professionnalisation de l'étudiant s'opère au regard d'un rapport aux savoirs et aux apprentissages qui nécessite des transformations du rapport au savoir.

Selon Vial (2001) :

L'apprentissage ne se réduit pas à l'acquisition restituable, mémorisée de savoirs dits encyclopédiques, rencontrant le savoir, j'élargis mes champs de significations (Genthon 1990), tout objet appris -prend du sens- ou -fait sens- dans la personne. Le savoir est construit par la personne en même temps que la personne se construit avec ce savoir (...) la formation n'est pas imprégnation du savoir sur la personne passive. L'apprentissage n'est pas l'empreinte, le moulage. On a affaire à un processus en boucle récursive qui lie le savoir à l'apprenant et qui lie aussi celui qui apporte le savoir à celui qui le comprend, les deux sont actifs. Le savoir *n'est pas* intégré mais approprié et il altère, il fait changer, on n'apprend pas sans être changé (p. 31).

L'étudiant construit des savoirs infirmiers et les mobilise en situation de travail au sens large. Ces savoirs s'appuient sur des savoirs disciplinaires pluriels (sciences médicales, sciences humaines...). Le dispositif de formation vise à accorder une place majoritaire à ces savoirs et à leur donner du sens. Il propose des méthodes pédagogiques basées sur le questionnement professionnel en lien avec la pratique réflexive. A ce sujet, la praxéologie souligne la pertinence de cette « position épistémologique qui articule théorie (logos) et pratique (praxis) » (Raynal et Rieunier, 1997, p. 292).

Les temps d'analyse de l'activité et ou de situations de soins et les analyses de pratique placent explicitement les étudiants dans une démarche de compréhension. Les séquences pédagogiques en lien avec les soins infirmiers : l'apprentissage du raisonnement clinique, l'analyse de situations recueillies par les étudiants en stage et proposées pour travailler les questions d'éthique, de douleur, d'hygiène, de santé publique sont pensées pour faire appel à cette même démarche.

La formation en alternance cours-stages, repose sur deux postulats prioritaires : d'une part, former les étudiants au questionnement que ce soit à l'IFSI ou en stage, d'autre part, concevoir et mettre en œuvre les travaux dirigés et les travaux pratiques de manière à privilégier la construction de connaissances entre étudiants.

La modalité pédagogique prioritairement proposée par l'équipe pédagogique est le travail de groupe entre étudiants associé à la médiation pédagogique du formateur et ou du tuteur que ce soit à l'IFSI ou en stage.

Les méthodes pédagogiques et les moyens choisis permettent de mettre en œuvre les principes et valeurs déclinés ci-dessus : lors des retours de stage par exemple, des temps d'analyse de pratique à partir de situations professionnelles vécues par les étudiants font l'objet d'échanges en petits groupes. La participation de chacun est sollicitée, le formateur anime le débat, le groupe questionne, apporte ses réflexions, des liens sont faits avec les connaissances acquises par les étudiants soit par eux-mêmes, soit par le formateur.

Cependant chaque étudiant est différent dans son apprentissage. C'est pourquoi, nous évoquons les principes de la pédagogie différenciée ci-après.

2. La pédagogie différenciée et l'éducation inclusive

On entend par pédagogie différenciée : la mise en œuvre de plusieurs méthodes pédagogiques destinées à répondre à la diversité des apprenants (Mérieu, 1989). En effet, la pédagogie différenciée met l'accent sur le fait que chaque étudiant est unique et apprend de façon différente. Pour atteindre des objectifs d'apprentissages identiques, les méthodes et moyens peuvent différer. Dans une pédagogie différenciée, le dispositif de formation peut proposer une approche individuelle et personnalisée de la formation. Cependant ces approches sont largement tributaires du cadre prescriptif du référentiel et du nombre d'étudiants.

Ceci a un lien évident avec la notion d'éducation inclusive entendue comme la responsabilité de s'adapter à la diversité de tous les élèves et qui incombe en premier lieu aux systèmes éducatifs et aux établissements scolaires qui doivent agir pour réduire les obstacles à l'apprentissage et à la participation (Bélangier et Duchesne, 2010; UNESCO, 2000).

L'éducation inclusive dans notre IFSI repose sur la volonté de garantir à chaque étudiant, quelle que soit sa situation de santé ou de handicap, un accès équitable à la formation, aux évaluations et aux stages, dans le respect de ses besoins spécifiques et des exigences du référentiel. Cette dynamique s'appuie sur l'engagement de deux référentes handicap, qui jouent un rôle essentiel d'accueil, d'écoute, de coordination et de facilitation des aménagements nécessaires tout au long du parcours de formation. Elles sont également en relation directe avec les formateurs référents pédagogiques des étudiants, afin de rester au plus près de leurs besoins et d'ajuster au mieux les accompagnements proposés. Cette organisation permet de construire, en lien avec l'équipe pédagogique, les étudiants et les partenaires extérieurs, des réponses individualisées favorisant l'accessibilité, la sécurisation des apprentissages et la réussite de chacun. Elle contribue ainsi à diffuser une culture de l'inclusion, de l'égalité des chances et du respect des diversités au sein de l'institut.

3. Le levier de l'hybridation des parcours d'apprentissage

L'intégration croissante de la pédagogie hybride (*blended learning*) constitue un prolongement naturel de cette démarche inclusive. En combinant des temps de formation en présence et à distance (via des plateformes numériques structurées / sur l'IFSI du CHU de Nantes – il s'agit de Moodle), l'institut offre de la souplesse dans les rythmes d'apprentissage.

En effet, l'hybridation permet de répondre aux besoins spécifiques des étudiants en situation de handicap (fatigabilité, troubles moteurs, troubles neurodéveloppementaux ou contraintes de santé) en modulant les temps de travail.

Conformément aux standards de conception universelle des apprentissages (CUA) (CAST, 2024), les ressources numériques sont mises à disposition en respectant les exigences d'accessibilité (adaptation des contrastes, sous-titrage des vidéos, compatibilité avec les technologies d'assistance).

En s'appuyant sur les travaux en sciences de l'éducation et de la formation, notamment ceux relatifs aux dispositifs hybrides et à la « présence à distance » (Jézégou, 2012) ainsi qu'aux principes de la Conception Universelle des Apprentissages (CAST, 2024), la diversification des formats pédagogiques numériques favorise l'agentivité et l'autonomie des apprenants (Perraudeau, 2006). Elle permet de lever durablement les barrières organisationnelles et d'offrir une accessibilité renforcée aux parcours de formation.

4. L'intelligence artificielle générative comme outil de compensation et de personnalisation

Dans le prolongement de l'hybridation, l'intégration raisonnée de l'intelligence artificielle générative (IAG) ouvre des perspectives inédites pour l'éducation inclusive, agissant comme un possible assistant cognitif et méthodologique.

En effet, l'IA permet de générer instantanément des résumés de cours adaptés, de reformuler des concepts complexes pour les étudiants présentant des troubles dys, ou de proposer des transcriptions textuelles et vocales interactives.

Des recherches récentes soulignent que l'usage encadré de l'IA (comme les modèles conversationnels) offre des opportunités d'entraînement personnalisées et adaptées au rythme de chaque étudiant, renforçant l'analyse critique sans se substituer à l'expertise humaine.

Cependant, notre environnement de formation sera très vigilant quant à l'utilisation de l'IA – les étudiants seront accompagnés par un cadre rigoureux en les formant notamment à identifier les biais algorithmiques et à respecter la stricte confidentialité des données de santé.

Au-delà de cette attention portée à la diversité des profils et aux parcours singuliers des étudiants en lien avec le numérique au sens large, notre démarche pédagogique s'appuie également sur l'analyse réflexive des situations de soin, véritable levier pour l'acquisition et la maîtrise des compétences professionnelles infirmières.

5. L'apprentissage par l'étude de situations de soins pour développer les compétences professionnelles infirmières

En ancrant les apprentissages dans l'analyse de situations de soins authentiques et complexes, notre démarche pédagogique donne tout son sens à l'approche par compétences, permettant à l'étudiant de mobiliser, d'articuler et de transférer ses ressources théoriques pour construire progressivement son jugement professionnel. C'est ce que nous déclinons ci-après.

5.1.L'approche compétence

La formation vise l'acquisition des 13 compétences infirmières inscrites dans les 5 domaines : ces dernières sont déclinées ci-après :

Domaine A : Sciences infirmières et raisonnement clinique

Compétence 1 : Élaborer le diagnostic infirmier pour une personne ou un groupe de personnes afin d'identifier les interventions adaptées à mettre en œuvre.

Compétence 2 : Définir les interventions à mener dans le respect de la déontologie et de l'éthique professionnelle, et dans le cadre d'une co-construction, afin de répondre aux problématiques identifiées.

Domaine B : Pratiques cliniques infirmières, qualité et gestion des risques

Compétence 3 : Réaliser des soins à visée de dépistage, préventive, diagnostique, thérapeutique, palliative pour une personne ou un groupe de personnes dans le cadre en particulier d'une consultation infirmière et dans le respect des règles QHSSE (7), des procédures et des protocoles et en utilisant des données probantes afin d'assurer un projet de soin adapté à la situation identifiée

Compétence 4 : Prescrire des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et des examens complémentaires afin d'assurer un traitement et un suivi adapté à la situation clinique d'une personne dans le domaine des soins infirmiers.

Domaine C : Prévention et promotion de la santé

Compétence 5 : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation à la santé, en santé communautaire et populationnelle afin de répondre aux besoins de santé publique

Compétence 6 : Concevoir, conduire et co-construire une démarche d'éducation thérapeutique, de prévention, de dépistage et de repérage auprès d'une personne notamment dans le cadre d'une consultation infirmière

Compétence 7 : Concevoir et conduire une démarche et des actions de communication et d'éducation des communautés et des organisations sur les enjeux environnementaux, les pratiques et gestes durables et éco- responsables afin de répondre aux problématiques de développement durable et de gestion des ressources naturelles

Domaine D : Communication, travail en équipe et leadership

Compétence 8 : Gérer ou organiser une structure d'exercice individuel ou collectif en optimisant les ressources

Compétence 9 : Organiser les activités de soins en transmettant et en recevant des informations et données en lien avec la personne en utilisant les outils numériques, aux membres d'une équipe pluri professionnelle dans un but de collaboration et de continuité de soins

Compétence 10 : Accompagner les pairs, les apprenants et les autres professionnels afin de permettre leur accueil, leur formation et le développement de leurs compétences, dans le respect des personnes en tenant compte de leurs éventuels besoins spécifiques

Domaine E : Démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie

Compétence 11 : Mettre en œuvre le processus d'amélioration continue des soins et de sa pratique professionnelle dans le cadre de ses activités

Compétence 12 : Analyser des données scientifiques et professionnelles afin d'optimiser sa pratique et son expertise professionnelle, la qualité et la sécurité des activités réalisées

Compétence 13 : Formaliser des documents professionnels dans le cadre d'une démarche scientifique d'amélioration continue des pratiques professionnelles

Ces compétences décrivent ce qui fait le cœur de l'exercice professionnel infirmier : le processus de raisonnement clinique, l'élaboration du projet de soin de la personne dans le cadre d'un exercice en pluri-professionalité. Elles placent l'infirmier débutant dans une perspective d'évaluation des pratiques professionnelles, de veille, de formation tout au long de la vie et dans ses missions de professionnel de proximité et de tuteur. La finalité ultime est que chaque professionnel infirmier, en s'inscrivant dans une démarche de recherche clinique, contribue au développement d'une science infirmière.

Le programme de formation s'appuie sur le concept de compétence. Ce dernier fait l'objet de multiples définitions. Parmi les différentes définitions du construit de compétence, nous en avons retenu deux. Ce sont les suivantes.

Selon Mérieu (2005), être compétent, c'est :

Devenir capable de résoudre précisément un problème donné dans une situation donnée. Parce qu'on a analysé la situation, on peut réagir de manière pertinente à cette situation. Et parce qu'on a été capable de cette analyse, on devient capable d'utiliser aussi cette compétence dans d'autres situations où elle s'avèrera aussi pertinente. La compétence reste toujours locale, mais elle peut être utilisée à bon escient dans d'autres lieux. C'est son niveau d'expertise qui en garantit la transférabilité. Plus je suis expert dans une compétence spécifique :

- c'est-à-dire plus je comprends ce que je fais en construisant cette compétence
- plus je deviens compétent... Et, donc, plus je deviens capable de construire de nouvelles compétences. C'est cet "effet boule de neige" qui donne le sentiment que des acquisitions dans un domaine peuvent se répercuter dans un autre... (p.12).

Cette définition met en évidence que la compétence ne peut être seulement située. La réflexivité à l'issue de l'action menée par la personne est nécessaire pour que celle-ci puisse mobiliser la compétence acquise dans d'autres situations. Il existe une complémentarité effective entre les compétences dites situées et celles dites réflexives.

Selon Leclercq (2014), la compétence est :

La capacité d'agir efficacement dans des familles de situations complexes [...] en mobilisant des ressources internes (savoirs, savoirs faire, attitudes) et externes (ici les systèmes de soin, l'entourage, les systèmes légaux, la technologie, etc.), " avec une attitude réflexive et un souci de développement continu "(p.2).

Comme nous pouvons le constater au travers de ces deux définitions, le sujet doit être confronté à plusieurs situations pour que la compétence puisse se développer et demande un travail intrinsèque, personnel pour que le sujet prenne conscience de sa compétence. Aussi, il est ambitieux d'envisager que des infirmiers débutants soient d'emblée compétents à la fois dans l'action et dans l'analyse réflexive de l'ensemble de leurs activités. En effet, selon Benner (1995), un infirmier ne peut être considéré comme compétent qu'après deux ou trois ans dans le même service.

Le référentiel de formation a pour ambition d'exercer l'étudiant à l'analyse réflexive, au raisonnement clinique et à la réflexion critique afin de lui permettre, d'intégrer plus rapidement les nouveaux savoirs et de s'adapter à des situations variées de plus en plus complexes. Ainsi, la compétence n'est pas seulement reliée à la durée de l'expérience mais aussi reliée aux capacités cognitives et aux méthodes d'apprentissage. C'est pourquoi, différents temps pédagogiques sont proposés dans les unités d'enseignement, en stage et au retour de stage pour apprendre à raisonner cliniquement via des situations de soins et dans une dynamique progressive au fur et à mesure des 3 années de formation.

L'objectif visé est que l'étudiant repère les savoirs nécessaires, s'approprie le processus de raisonnement clinique, construise des schèmes mentaux³ (Vergnaud, 1985) qui lui permettent peu à peu de faire les liens adéquats entre les situations rencontrées et ses connaissances, de repérer dans les

³ Définition du schème selon Vergnaud (1985) = éléments cognitifs qui permettent à l'action du sujet d'être opératoire / raisonnement qui permet au sujet d'agir dans une situation donnée.

situations ce qui est transférable à d'autres situations et ce qui est en lien avec la situation singulière d'une personne donnée.

Pour analyser les situations, l'étudiant se réfère à des savoirs scientifiques issus des six grands domaines enseignés dans les unités d'enseignements et approfondis lors des stages. Les savoirs infirmiers s'appuient sur les savoirs disciplinaires et théoriques pluriels (médicales, sciences infirmières, sciences humaines etc). La formation en sciences infirmières va permettre de mobiliser ces savoirs en situations qu'elles soient cliniques et/ou professionnelles au sens large.

C'est ce que nous nous proposons de détailler ci-après.

5.2.Des principes didactiques au service de développement de compétences

L'analyse du travail à des fins d'apprentissage : le champ de la didactique professionnelle

La didactique professionnelle est un champ de spécialité qui s'est développé, depuis les années 1990, au croisement des sciences de l'éducation (formation des adultes), de la psychologie du travail (ergonomie francophone) et de la psychologie du développement (à partir des travaux de Piaget et de Vygotski notamment).

La condition pour réussir le processus de professionnalisation est la centration de la formation sur l'apprentissage professionnel. Le cadre théorique offert par la didactique professionnelle (Pastré, 2002 ; Habboub et Lenoir, 2005) constitue un cadre pertinent d'analyse et de compréhension de l'acte professionnel.

Selon Pastré (2002), la didactique professionnelle permet d'analyser l'acquisition et la transmission des compétences professionnelles dans le but ultime de les améliorer. La didactique professionnelle permet d'analyser le travail à des fins d'apprentissage via l'étude des processus mis en œuvre l'œuvre dans l'activité de travail (Ibid.).

Analyser les compétences et les processus de leur construction revient à analyser l'action et les conditions dans lesquelles l'action est amenée à se réaliser, c'est-à-dire la situation.

Ainsi selon Mayen (2008, dans Y. Lenoir et P. Pastré, 2008) :

La didactique professionnelle se définit comme l'analyse du travail en vue de la formation, dans le but d'identifier, premièrement, le contenu concret des compétences dont la construction est requise pour maîtriser des situations, mais aussi, deuxièmement, les conditions dans lesquelles les compétences entendues comme pouvoir d'agir (Rabardel, 2005), s'expriment se forment et se développent (p.110).

La visée pédagogiques est que l'étudiant repère les savoirs nécessaires, s'approprie le processus de raisonnement clinique et puisse construire des schèmes mentaux qui lui permettent peu à peu de faire les liens adéquats entre les situations rencontrées et ses connaissances. Il s'agit pour l'étudiant de repérer

dans les situations ce qui est transférable à d'autres situations et ce qui est en lien avec la situation singulière d'une personne donnée.

Pour analyser les situations, l'étudiant se réfère à des savoirs scientifiques issus des six grands domaines enseignés dans les unités d'enseignements et approfondis lors des stages. Les savoirs infirmiers s'appuient sur des savoirs disciplinaires et théoriques pluriels dont ceux issus des sciences infirmières.

Dans le cadre de notre dispositif de formation, l'apprentissage s'appuie sur des situations professionnelles, transformées selon les contextes en situations d'apprentissage, afin de développer chez l'étudiant le raisonnement clinique et le jugement clinique.

Cette démarche trouve un appui théorique dans le modèle de jugement clinique de Tanner (2021), qui décrit le raisonnement clinique infirmier comme un processus dynamique en quatre étapes : remarquer, interpréter, répondre et réfléchir. Ce modèle met en évidence la manière dont l'infirmier repère les indices pertinents d'une situation, leur donne du sens, agit de façon adaptée puis analyse sa pratique afin de la faire évoluer. Il constitue ainsi un cadre de référence essentiel pour apprendre à penser et agir comme un clinicien infirmier.

Dans cette perspective, l'IFSI propose plusieurs modalités pédagogiques permettant de travailler ce raisonnement clinique à partir de situations de soins, en simulation, en travaux dirigés et en stage.

➤ **L'apprentissage par les ateliers de pratiques simulées et simulation vidéoscopée**

L'apprentissage par la simulation repose sur le principe que « l'on apprend, non pas en recevant et assimilant un savoir constitué mais en résolvant des problèmes pour lesquels le savoir à apprendre constitue une ressource pour résoudre le problème posé » (Carré et Caspar, 2011). Il s'inscrit dans une logique d'apprentissage expérientiel et de pratique réflexive.

Selon Legendre (2006), l'apprentissage expérientiel préconise la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possibles des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à transformer. « La simulation en santé repose à la fois sur des notions et concepts généraux comme le droit à l'erreur, l'immersion, les théories d'apprentissage expérientiel et la réflexivité » (Dupuy-Maribas, Prissette et Jaffrelot, 2016).

Dans ce cadre, nous utilisons :

- Des ateliers de pratiques simulées : il s'agit d'une séance construite autour d'un apprentissage ciblé, souvent technique ou relationnel, avec un scénario préparé, un cadre sécurisé, puis un débriefing. Le but est de faire pratiquer, répéter, analyser et améliorer une compétence dans une logique d'entraînement.
- la simulation vidéoscopée qui constitue un support pédagogique particulièrement intéressant en formation infirmière, dans la mesure où elle permet d'analyser *a posteriori* une situation de soin

filmée afin de favoriser la réflexivité de l'étudiant, l'identification des éléments pertinents de l'action, l'autoévaluation de ses pratiques et le développement de son raisonnement clinique.

Ainsi, nous proposons plusieurs modalités d'apprentissage par la simulation en santé selon le niveau de réalisme et les objectifs pédagogiques.

- Simulation procédurale : entraînement à un geste ou une technique précise sur mannequin, simulateur basse fidélité ou support dédié.
- Simulation haute-fidélité : mise en situation plus proche du réel, avec mannequin ou dispositif reproduisant un contexte clinique complexe.
- Patient standardisé ou patient simulé : jeu de rôle sans ou avec un acteur formé pour reproduire une situation clinique ou relationnelle.
- Simulation numérique ou digitale : scénario interactif sur écran, parfois en environnement 3D ou via patient virtuel.
- Simulation in situ : simulation réalisée dans l'environnement habituel de travail ou de stage, pour travailler à la fois les compétences individuelles et l'organisation de l'équipe.
- Simulation vidéoscopée : situation filmée puis analysée en débriefing pour développer la réflexivité et le raisonnement clinique comme vu *supra*.

Ces modalités sont combinées avec le briefing, le débriefing et l'analyse réflexive, car c'est cette phase d'échange qui transforme réellement la simulation en apprentissage

Un référentiel spécifique à l'apprentissage par la simulation existe au sein du Département des Instituts de Formation (DIF) CHUN.

➤ **L'apprentissage par l'étude de situations de soins didactisées à l'IFSI**

Selon Perrenoud (2001), une situation est considérée comme emblématique car constitutive et significative du métier considéré.

Ces situations, qualifiées de situations clefs, prévalentes ou représentatives de l'activité soignante, font l'objet d'une formalisation et d'une transposition didactique par les professionnels de santé et formateurs permanents pour devenir des situations professionnelles apprenantes. Ces situations sont formalisées pour rendre visible le cheminement, le processus de raisonnement clinique du professionnel infirmier, ainsi que les capacités et savoirs mobilisés.

L'étude de situations de soins emblématiques permet à l'étudiant de s'approprier les savoirs, de les mobiliser, qu'ils aient été acquis lors de cours magistraux, de travaux dirigés ou dans le cadre de stages antérieurs, et d'avoir une vision transversale la plus complète possible d'une classe de situations donnée afin de construire des connaissances professionnelles.

Le travail de groupe, avec la médiation du formateur, aide l'étudiant à comprendre la singularité de la situation et à repérer les invariants transférables à d'autres situations, tout en conscientisant les liens qu'il opère entre les données recueillies, les savoirs mobilisés et les actions envisagées.

Ce travail d'analyse, réalisé à l'IFSI, hors du contexte professionnel, relationnel et émotionnel inhérent à toute situation réelle de travail, permet à l'étudiant de se préparer, de consolider et renforcer ses savoirs, de s'approprier les principes qui président à l'exercice infirmier avant d'être confronté à une situation réelle, et de développer sa capacité d'adaptation et de transfert.

➤ **L'apprentissage par des situations professionnelles emblématiques en stage**

Dans leur fonction pédagogique, les tuteurs et les professionnels de proximité s'appuient sur des situations de soins réelles pour rendre lisibles, pour l'étudiant, les liens entre la situation, les savoirs associés, les compétences infirmières. L'étudiant s'approprie progressivement la démarche soignante à partir de la transmission de savoirs méthodologiques et disciplinaires. Cet apprentissage s'effectue par l'expérimentation et l'analyse réflexive de ces situations vécues- accompagné par le tuteur, le professionnel de proximité et/ou le formateur référent de stage. Cette explicitation des liens avec les savoirs permet la compréhension des situations cliniques. L'étudiant repère ce qui est constant dans une situation donnée et ce qui est propre à la personne soignée afin de proposer des soins personnalisés.

Les temps pédagogiques avec le tuteur et/ou le formateur inscrivent l'étudiant dans une démarche d'autoévaluation et d'évaluation formative, afin d'envisager les axes de progression et de prendre conscience de ses ressources. À la fin du stage, le travail d'analyse des situations rencontrées témoigne du développement des compétences infirmières de l'étudiant et correspond à l'une des conditions de validation du stage.

➤ **L'apprentissage par l'analyse de pratique au retour de stage**

L'analyse de pratique au retour de stage complète ce dispositif.

Selon Gomez (2004), elle est une démarche de formation qui cherche à clarifier et élargir les pratiques d'un acteur en situation de travail. Elle permet, à partir d'une situation donnant lieu à un épisode professionnel, le repérage d'éléments pertinents, la clarification de l'agir, son interprétation, puis son enrichissement par la proposition et l'examen d'actions alternatives.

Beillerot (2015) souligne également que, lorsque les pratiques sont abordées par le discours, ce sont les discours et les sujets qui deviennent objets d'investigation. Dans cette perspective, l'analyse de pratique permet aux étudiants en soins infirmiers de prendre de la distance, de réaliser un bilan approfondi de leurs acquisitions, et de définir des axes d'amélioration à travailler dans leur temps personnel, à l'IFSI ou en stage.

Les situations exprimées à l'oral et dans les groupes de pairs sont soit directement en lien avec une personne soignée, soit en lien avec l'exercice infirmier en général : transmissions, circuits propre/sale,

violence en institution, entrée en institution d'une personne soignée, organisation de l'équipe, fonctionnement du service, actes et techniques de soins. Ces différents temps pédagogiques autour de l'étude de situations, à l'IFSI et en stage, concourent tous au même objectif : acquérir progressivement les treize compétences infirmières. Ils permettent à l'étudiant de mobiliser le modèle de Tanner (2021) pour apprendre à remarquer, interpréter, répondre et réfléchir à partir des situations de soins rencontrées, qu'elles soient simulées, didactisées ou réelles.

Ainsi, l'étude de situation place d'emblée l'étudiant dans la perspective de répondre aux besoins de santé d'une personne ou d'un groupe dans une situation donnée. Il apprend progressivement à discerner ce qui est propre à la situation, à personnaliser son recueil de données, à mobiliser les savoirs nécessaires, les valeurs énoncées dans le projet de formation, ainsi que les enseignements en lien avec les savoirs relationnels et l'éthique. En bref, il apprend à raisonner en tant que clinicien infirmier, en s'appuyant sur le modèle de Tanner (2021) comme fil conducteur du développement du jugement clinique.



QUATRIEME CHAPITRE : Le référentiel d'évaluation

La mise en œuvre du référentiel de formation selon l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat adossé aux cinq domaines de compétences est structuré pour répondre aux exigences universitaires du grade licence et repose sur un dispositif d'évaluation rigoureux conçu pour attester de la maîtrise progressive et sécuritaire des activités professionnelles infirmières.

1. Le cadre réglementaire

Le cadre réglementaire des évaluations, fixé par l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat, s'inscrit dans la dynamique de l'universitarisation de la formation infirmière et de l'approche par compétences. Il structure la validation des 180 crédits ECTS du grade licence à travers un système d'alternance intégrative combinant des contrôles continus, des mises en situation simulées, des examens théoriques adossés aux cinq domaines d'enseignement (de A à E) et l'évaluation des compétences en milieu clinique (stages). Ce dispositif garantit ainsi l'acquisition progressive des savoirs, des savoir-faire et des niveaux d'autonomie requis pour attester de la maîtrise des treize compétences professionnelles du nouveau référentiel avant la délivrance du diplôme d'Etat par l'université.

Au cœur de notre projet pédagogique, notre conception de l'évaluation se veut le reflet fidèle de ce cadre réglementaire, en privilégiant un accompagnement formateur et progressif qui valide non seulement l'acquisition des savoirs théoriques, mais aussi la capacité de l'étudiant à mobiliser en situation réelle les treize compétences professionnelles du référentiel. C'est ce que nous allons développer par la suite.

2. La conception de l'évaluation

La formation vise à développer l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice infirmier pour assurer des prestations de soins de qualité. L'évaluation au cours de la formation vise à apprécier si les étudiants ont acquis ces compétences. Nous avons choisi quelques définitions qui posent la complexité du processus d'évaluation et qui orientent nos choix et nos pratiques d'évaluation.

Selon Abernot (1996) : « L'évaluation consiste en une mesure ou une appréciation, à l'aide de critères, de l'atteinte d'objectifs ou du degré de proximité d'une production par rapport à une norme » (p. 7). La notion de norme abordée ici est à corréliser avec la notion de contrôle ce qui, à des moments de la formation, est plus particulièrement présent. Cette fonction de contrôle permet de franchir les étapes qui constitueront de véritables “ laisser-passer ” pour le passage en année supérieure. L'acquisition des 180 ECTS donc l'obtention du Diplôme d'Etat, donnera le droit d'exercer la profession.

Pour Ardoino et Berger (1989), l'évaluation et le contrôle sont deux fonctions qui s'emboîtent et donc pratiquement indissociables. Ainsi, pour Ardoino et Berger (1989) :

Le contrôle est, tout à la fois un système, un dispositif et une méthodologie, constitués par un ensemble de procédures ayant pour objet d'établir la conformité alors que l'évaluation semble se spécifier, en accord avec son étymologie, par l'interrogation sur les valeurs qu'elle suppose toujours. [...] Evaluer quelque chose ou quelqu'un c'est élaborer et proposer, à son propos, une appréciation ou une estimation. C'est, alors, un processus qui se réfère à l'ordre du vivant, temporel-historique, plus soucieux, finalement du sens et des significations, propres, particulières, que de la cohérence, de la comptabilité ou de la conformité des modèles donnés (p. 3-11).

Avec cette perspective, l'évaluation consiste à apprécier la qualité d'une prestation - processus et résultat - à un moment donné de la formation de l'étudiant. Elle fait l'objet d'une appréciation et/ou d'une notation. Tout comme il ne faut pas confondre la notion de contrôle et la notion d'évaluation, il faut également veiller à faire attention à la différenciation entre performance et compétence. En effet, comme Chomsky (1968, dans Abernot, 1972) l'a identifié : « la performance (le résultat concret) n'est qu'un effet de la compétence (le savoir potentiel) » (p. 8). Ainsi, si l'évaluation s'appuie en partie sur des performances, c'est-à-dire des prestations et des productions. Ces dernières ne sont que le reflet d'une partie de la compétence. Être performant ne signifie pas pour autant être compétent.

Pour rappel, la définition sur la compétence de Mérieu (2005) met en évidence que la compétence ne peut être seulement située. Il est nécessaire que l'apprenant soit en capacité de réfléchir sur les actions qu'il a mises en œuvre pour qu'il puisse identifier ses capacités à transférer ses schèmes mentaux dans d'autres situations. Être compétent, c'est être capable de s'adapter à des situations diverses et variées en tirant partie de ses expériences antérieures. C'est pourquoi, évaluer le développement de compétences, c'est proposer aux apprenants des évaluations diverses et variées pour asseoir le fait que l'étudiant est en capacité de transférer ses acquis dans des situations diverses d'évaluation-apprentissage.

Dans cette perspective, on peut dire qu'il existe deux grands types d'évaluation.

L'évaluation formative et l'évaluation normative. C'est ce que nous allons décliner ci-après.

2.1.L'évaluation formative

Selon Bonboir (1972, dans Abernot, 1996), il est possible de dégager trois fonctions à l'évaluation: Descriptive : « vous en êtes là », (la mesure) ; Diagnostique : « parce que vous avez telle lacune » (l'interprétation de la mesure) ; Pronostique : « vous pourrez suivre telle orientation » (décision) (p.9). On se situe là dans le cadre de l'évaluation formative.

L'évaluation formative est directement en lien avec l'équité. Pour Hadji (1989), elle cherche à guider l'étudiant pour faciliter ses progrès. Dans cette perspective, l'évaluation formative est selon Allal (1991) : « un moyen de régulation à l'intérieur d'un système de formation [...] permettant d'assurer que les moyens de formation proposés par le système soient adaptés aux caractéristiques des élèves » (p.

48). Selon l'auteure, la finalité pédagogique est « l'individualisation des modes d'action et interaction pédagogique afin d'assurer qu'un maximum d'élèves puissent atteindre la maîtrise des objectifs essentiels du programme de formation » (p. 49).

L'évaluation formative s'effectue en regard des mêmes indicateurs de réussite et de qualité qu'une évaluation normative sans les enjeux d'une notation. C'est l'analyse conjointe formateur-étudiant d'un résultat en situation de soin réelle ou d'une évaluation théorique qui permet de décrypter les processus mis en œuvre par l'étudiant. C'est une autoévaluation guidée qui, par la posture réflexive, permet à l'étudiant de comprendre ce qu'il vient d'accomplir et les logiques mises en œuvre. L'objectif à atteindre pour le formateur qui accompagne cette démarche est de sensibiliser l'étudiant à ses difficultés, d'envisager avec lui les réajustements possibles pour réussir et donc de permettre l'appropriation des savoirs transposés et la construction de compétences nouvelles.

L'évaluation formative participe à l'identification des savoirs et des capacités acquises et non acquises par l'étudiant. Elle permet au formateur référent de suivi pédagogique de faire des propositions en termes de réajustement de méthodes d'apprentissage et/ou de complément de formation.

2.2.L'évaluation normative

Selon Bonniol (1988a, dans Bonniol et Vial, 2009) : l'évaluation normative peut être considérée comme une « évaluation-bilan qui [...] s'intéresse d'abord (c'est une focalisation) aux résultats, aux produits qu'on appréhende avec un référentiel fixe, construit au préalable ; elle cherche à « répondre à la demande institutionnelle de vérification et de contrôle » (p. 309).

Cependant, il est reconnu dans la littérature scientifique que l'évaluation normative contient une part irréductible de subjectivité et ce, même si on tend, via des grilles de correction utilisant des critères et des indicateurs fiables, à vouloir réduire cette subjectivité, propre à l'activité humaine. Pour éviter ce biais, l'alternance, la variété des acteurs, les méthodes et relations pédagogiques sur l'ensemble de la formation contribuent à pondérer cette subjectivité et à la rendre plus égalitaire.

Eu égard à tout ce qui vient d'être mis en exergue, il semble nécessaire d'envisager divers types d'évaluations de type formative et normative dont l'évaluation sommative (tout en fin de séquence d'apprentissage pour vérifier l'ensemble des acquis, *Ibid.*) qui se concentrent sur les savoirs académiques utiles au savoir agir professionnel infirmier, c'est-à-dire ressources au développement de compétences mais également sur des capacités de raisonnement à type d'analyse, de synthèse et de réflexivité sur l'action en situation. La finalité étant de : développer le raisonnement clinique infirmier ; préalable indispensable à l'action infirmière se traduisant par le développement des 13 compétences professionnelles infirmières.

Qu'elle soit formative ou normative, l'évaluation contribue à la construction des apprentissages de l'étudiant. En synthèse, nous reprenons les propos d'Abernot (1996) :

- La mesure (notation) et appréciation diffèrent, et il faut de ce fait bien préciser les buts et les critères de l'évaluation ;
- L'appréciation concerne le qualitatif et la mesure le quantitatif ;
- La problématique de l'évaluation se pose en terme de nécessité de fournir à plusieurs types de destinataires une image des compétences de l'élève à partir de performances fragmentaires. Concrètement l'amélioration de l'évaluation passe par un meilleur choix des situations représentatives des compétences ;
- Les outils d'évaluation doivent correspondre aux objectifs pédagogiques. Aucune forme d'évaluation ne peut rendre compte à elle seule de la nature des acquis de l'élève ;
- Elle est intermédiaire si elle permet à l'étudiant de se situer dans la progression envisagée ; elle est terminale quand elle permet de faire un bilan des acquis d'une période pédagogique donnée ;
- Il y a deux types d'évaluations : formative et sommative. La première est un repérage, faisant partie du processus d'apprentissage ; la deuxième est une sanction qui termine une séquence pédagogique et donne lieu à une note qui certifie un acquis et participe à l'orientation de l'élève (p. 12-13).

L'évaluation est l'occasion de former les étudiants à l'autoévaluation, capacité fondamentale qui leur servira dans l'évaluation de la qualité de leurs prestations dans l'exercice infirmier.

3. La mise en œuvre du projet d'évaluation

Le projet, les formes et les modalités d'évaluation sont conçus pour certifier que l'étudiant a capitalisé l'ensemble des éléments des compétences en lien avec les semestres.

Nous avons fait le choix de privilégier une répartition des évaluations continues et terminales afin de faciliter un travail régulier, des apprentissages progressifs et la possibilité de régulation intermédiaire. Ce double positionnement évaluatif permet à l'étudiant de mesurer sa trajectoire d'acquisition au fil des semestres, de s'appuyer sur des rétroactions (feedback) constructives et d'ajuster ses stratégies d'apprentissage face aux exigences théoriques et cliniques du nouveau cursus.

Pour les stages, l'étudiant a connaissance du niveau de progression visé en lien avec son cursus de formation, sait sur quoi portera l'évaluation du stage et connaît les critères d'évaluation et indicateurs en lien avec les compétences ou en lien avec les actes et activités. Cette transparence pédagogique favorise une posture réflexive active, où le stagiaire devient acteur de son parcours professionnalisant. En s'appuyant sur des indicateurs précis et des grilles d'évaluation critériées adossées aux 13 compétences, l'encadrement en stage — sécurisé par l'obligation des terrains formateurs (notamment en psychiatrie et en santé de l'enfant) — garantit l'attestation progressive de la maîtrise des gestes, des raisonnements cliniques et des postures éthiques indispensables à l'exercice infirmier du XXI^e siècle

4. La posture de l'évaluateur et les pratiques d'évaluation

La posture d'évaluateur est déclinée en fonction des principes pédagogiques et des valeurs qui servent de référence à ce projet. Nous adhérons aux propos de Merle (2005) pour qui, l'évaluation s'inscrit dans un processus d'apprentissage. L'auteur a démontré via ses différents travaux de recherche l'importance de l'utilisation de diverses modalités d'évaluation sur la progression de l'étudiant.

Dans cette perspective, nous avons retenu certains principes qui vont servir de guide aux pratiques d'évaluation mises en œuvre sur l'IFSI du CHU de Nantes.

Ce sont les suivants :

- Opter pour la neutralité bienveillante et l'absence de jugement de valeur ;
- Privilégier l'écoute attentive et l'absence de préjugés ;
- Accompagner les étudiants dans leur progression intellectuelle et leurs apprentissages en tenant compte de leur cursus et de leurs pratiques antérieures de l'évaluation scolaire ;
- Proscrire les réactions non verbales, verbales et écrites excessives ;
- Privilégier la restitution des résultats d'évaluations théoriques par suivi pédagogique ;
- Les maîtres de stage et/ou les tuteurs de stage recevront les étudiants en entretien d'évaluation en cours et en fin de stage ;
- Adopter des pratiques d'évaluation, objectives, non “ humiliantes ”, excluant l'arbitraire et permettant à l'étudiant de progresser pour favoriser la réussite de l'évaluation. L'étudiant doit avoir compris le sens de l'évaluation et ce qui est attendu dans sa prestation. C'est pourquoi le projet d'évaluation est présenté en début d'année. Chaque évaluation d'unité d'enseignement est présentée en même temps que celle-ci que ce soit dans sa finalité, dans le contenu, et les liens avec les compétences recherchées. Par ailleurs les enseignements permettent de préparer les étudiants à ces évaluations ;
- L'évaluation, comme les activités et les situations d'apprentissage sont adaptées au niveau de formation de l'étudiant, à une formation initiale et non spécialisée, permettant de placer ainsi l'étudiant dans une dynamique de progression ;
- Le projet et les critères d'évaluation sont clairement annoncés ;
- Les temps pédagogiques sont proposés en cohérence avec les projets d'évaluation ;
- Les barèmes de correction sont décidés et réajustés par les responsables des unités d'enseignement ;
- Le système de notation est le plus précis et transparent possible afin de permettre une pondération fiable ;
- Les copies présentant une difficulté dans le choix de la note, sont revues en double correction concertée ;
- L'évaluation est centrée sur la production de l'étudiant et non sur la personne ;

- L'évaluateur doit effectuer deux lectures : une lecture analytique pour évaluer le niveau de connaissance, la précision, l'appropriation du langage professionnel et/ou les capacités d'analyse de l'étudiant puis une lecture synthétique appréciant globalement la copie ;
- L'évaluateur rédige une appréciation littérale lisible en complément de la note et évite les commentaires lapidaires. L'appréciation est argumentée et comprend : ce que l'étudiant a réussi et les pistes de progression à partir d'éléments factuels et objectivés. Il favorise ainsi la compréhension de l'étudiant ;
- Un accompagnement et des temps pédagogiques après la restitution peuvent être organisés. Ils privilégient l'explicitation de l'évaluation et la notation et permettent ainsi à l'étudiant de les comprendre ;

Nous avons finalisé les points à aborder sur l'évaluation et clôt ce dernier chapitre. Il nous reste maintenant à aborder les points de conclusion.

CONCLUSION

Nous avons souhaité au travers de ce projet pédagogique très détaillé, mettre en exergue notre conception de la formation en sciences infirmières. Celle-ci repose sur des fondements théoriques en sciences infirmières liés à des choix pédagogiques ancrés sur une ingénierie au service du développement des compétences professionnelles infirmières.

En articulant étroitement la recherche, la clinique et la formation, notre projet pédagogique ambitionne de façonner les professionnels de santé de demain : des infirmiers réflexifs, rigoureux et acteurs de leur discipline. En ancrant notre ingénierie dans l'approche de soins fondée sur les forces et le modèle de Tanner, nous faisons le choix d'une formation qui dépasse la simple transmission de savoirs pour élever le jugement clinique au rang d'art et de science. Grâce à un parcours hybride et flexible, pensé pour répondre aux défis contemporains de la santé, cet IFSI offre à chaque étudiant l'opportunité de s'approprier sa trajectoire d'apprentissage. Plus qu'un diplôme, c'est une posture professionnelle humaniste, agile et fondée sur des évidences scientifiques que nous construisons ensemble, au cœur de l'écosystème de santé.

Il appartient à chacun, individuellement et collectivement de se l'approprier, de le faire vivre et de le diffuser.

BIBLIOGRAPHIE

Allal, L. (1991). *Vers une pratique de l'évaluation formative : matériel de formation continue des enseignants*. De Boeck Supérieur.

Abernot, Y. (1996). *Les méthodes d'évaluation scolaire* (3e éd.). Paris : Dunod.

American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5e éd.). Washington, DC : APA.

Ardoino, J., & Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes, le cas des universités*. Paris : RIRELF.

Ardoino, J., & Berger, G. (1989). Fondements de l'évaluation et démarche critique. *AECSE*, (6), 3-11.

Bélanger, N., & Duchesne, H. (2010). *Des écoles en mouvement : Inclusion d'élèves en situation de handicap ou éprouvant des difficultés à l'école*. Les Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.1353/book12376>

Benner, P. (1995). *De novice à expert*. Paris : Inter-éditions.

Bonboir, A. (1972). *La docimologie*. Paris : PUF.

Bonniol, J.-J., & Vial, M. (2009). *Les modèles de l'évaluation : Textes fondateurs avec commentaires*. Paris : De Boeck Supérieur.

Boudjaoui, M., & Bluteau, M. (2026). Où en est-on d'une alternance intégrative ? Regards sur les pratiques de l'alternance dite intégrative à l'aune des transformations de l'éducation et de la formation. *Transformations – Recherches en Éducation et Formation des Adultes*, 1(29), 1–6. <https://transformations.univ-lille.fr/index.php/TF/article/view/706>

Boutinet, J.-P. (2012). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses universitaires de France.

Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, (95), 37-45.

Carré, P., & Caspar, P. (2004). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod.

Carré, P., & Caspar, P. (2011). *Traité des sciences et des techniques de la formation* (3e éd.). Dunod.

CAST. (2024). *Universal design for learning guidelines version 3.0*. <https://udlguidelines.cast.org/>

De Clercq, M., & Bournaud, I. (2023). Introduction au dossier - L'accompagnement étudiant dans l'enseignement supérieur : quand objectifs pédagogiques et de réussite s'entremêlent. *Formation et profession*, 31(3), 1-3. <https://doi.org/10.18162/fp.2023.840>

De Clercq, M., Perret, C., & Constans, A. (2025). Les réussites dans l'enseignement supérieur : Fondements conceptuels pour une approche tridimensionnelle. *Carrefours de l'éducation*, 60(2), 209–237. <https://doi.org/10.3917/cdle.060.0209>

Donnadieu, B. (1998). Les significations multiples de l'apprentissage. *Soins, formation, pédagogie, encadrement*, (26), 3-7.

Donnadieu, B. (2001). Alternance : pour éviter la confusion des rôles et des postures.

Dupuy-Maribas, C., Prissette, S., & Jaffrelot, M. (2016). *Formation par la simulation et soins infirmiers : méthodes, organisations, applications pratiques*. Paris : Lamarre.

Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : PUF.

Gagnon, J. (2015). *Séminaire sur l'enseignement de la recherche en sciences infirmières*. Université de Laval, Faculté des sciences infirmières.

Gagnon-Mountzouris, V., Lemieux, M.-M., & Pouliot, J.-P. (2016). *Jeux sérieux : Groupe de travail de la promotion du développement des compétences informationnelles*. Université du Québec.

Gomez, F. (2004). De l'analyse du travail à l'analyse des pratiques enseignantes. *Recherche et formation*, (47), 105-125. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.799>

Gottlieb, L. N., Dalton, C., & Feeley, N. (2007). *La collaboration infirmière-patient : Un partenariat complexe*. Montréal : Beauchemin.

Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Bruxelles : De Boeck Université.

Hadji, C. (1995). *L'évaluation, règles du jeu*. Paris : ESF.

Houssaye, J. (1994). Le Triangle pédagogique. *Recherche en soins infirmiers*, (38), 10-19.

Jézégou, A. (2012). La « présence à distance » en e-formation : Des axes théoriques pour une typologie des dispositifs. *Distances et Savoirs*, 10(4), 541–567.

Krol, P. (2009). De l'apprentissage à la mesure du caring : Réflexion épistémo-ontologique. *Aporia*, 1(2), 42-48.

Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., & Pépin, J. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 7(2). <https://qane-afi.casn.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1272&context=journal>

Lausson, J. (2015). « *Ne dites plus “digital native”, mais “enfant du numérique”* ». Numerama. <http://www.numerama.com/magazine/33211-digital-native-traduction.html>

Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Eyrolles.

Le Bouëdec, G. (2002). L'accompagnement dans tous ses états. *Éducation permanente*, (153), 18.

Leclercq, D. (2014). AADOPEASE : un acronyme des compétences des soignants-éducateurs en ÉTP. *Therapeutic Patient Education*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1051/tpe/2014002>

Legendre, R. (2006). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin éditeur.

Lenoir, Y., & Habboub, E. (2005). *Didactique des disciplines et/ou didactique professionnelle intégrative : d'un référentiel professionnel à une formation professionnelle* [Communication présentée dans le cadre d'une journée d'études]. Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE), Université Laval.

Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail - Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : PUF.

Lhez, P., Millet, D., & Séguier, B. (dir.). (années s.o.). *Alternance et complexité en formation*. Paris : Séli Arslan.

Mayen, P. (2008). Dix développements sur la didactique professionnelle et le développement. In Y. Lenoir & P. Pastré (Éds.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 109-125). Toulouse : Octarès.

Mérieu, P. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : ESF.

Mérieu, P. (2005). Si la compétence n'existait pas, il faudrait l'inventer. *Revue EPS*, (316), 1-12.

Mérieu, P. (2013). *Frankenstein pédagogue*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Merle, P. (2005). Regards sur l'évaluation, mesure et arrangement. *Les cahiers pédagogiques*, (438), 11-13.

Merle, P. (2005). Peut-on enseigner sans humilier ? *Sciences Humaines*, (165), 58-59.

Noel-Hureaux, E. (2004). Un concept polysémique : l'autonomie. *Recherche en soins infirmiers*, (78), 59-70.

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2000). *Forum mondial sur l'éducation, Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000 : rapport final*. UNESCO Digital Library.

Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Éducation permanente*, 2(139), 13-36.

Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, (138), 9-17.

Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, (154), 145-158.

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.

Perraud, M. (2006). *Les méthodes pédagogiques : Comment faire apprendre ?* Armand Colin.

Perrenoud, P. (2001). *Former à l'action, est-ce possible ?* [Communication présentée à la journée organisée par l'IUFM de Lyon]. Lyon.

Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. ESF Éditeur.

Poirier, J. (1984). Carl Rogers ou l'approche centrée sur la personne. *Québec français*, (54), 124-125.

Rabardel, P., & Pastré, P. (dir.). (2006). Modèles du sujet pour la conception : dialectiques, activités, développement. *Revue française de pédagogie*, (154), 219-222.

Raynal, F., & Rieunier, A. (1997). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Riopelle, L., & Teixidorm, M. (2002). Approche humaniste de la pratique infirmière. *Soins cadres*, (44), 55-61.

Rogers, C. (1983). *Liberté pour apprendre*. Paris : Dunod.

Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions Logiques.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care* (H. Maury, Trad.). La Découverte. (Œuvre originale publiée en 1993 sous le titre *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*)

Vallerand, R.-J., & Thill, E. E. (1993). *Introduction au concept de motivation*. Laval : Études vivantes.

Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie française*, 30(3-4), 29-42.

Verzat, C., Milgrom, E., Raucourt, B., Van Nieuwenhoven, C., & Jacqmot, C. (2021). Introduction. In B. Raucourt, C. Verzat, C. Van Nieuwenhoven & C. Jacqmot (Éds.),

Accompagner des étudiants : Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ? (p. 1-15). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rauce.2010.01>

Vial, M. (2001). *Organiser la formation : Le pari sur l'auto-évaluation*. Paris : L'Harmattan.

Vial, M. (2005). Les valeurs en question. *Soins cadres*, (53), 33-34.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Sudbury : Jones and Bartlett.

Watson, J. (1998). *Le Caring : Philosophie et science des soins infirmiers* (J. Bonnet, Trad.). Paris : Seli Arslan.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (rev. ed.). University Press of Colorado. (Œuvre originale publiée en 1979)

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris : Liaisons.

ANNEXE A

Organigramme de l'IFSI du CHU de Nantes

Organigramme - Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHU Nantes 2026



ANNEXE B

CHARTRE DE LA RELATION D'ACCOMPAGNEMENT

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique* (Collection Sciences et formation). L'Harmattan.

Article 1 – Respect de la singularité

L'accompagnant respecte la singularité de la personne accompagnée et s'abstient de toute attitude ou parole qui porterait atteinte à sa dignité.

Article 2 – Non-substitution

L'accompagnant ne se substitue pas à la personne accompagnée dans ses choix et décisions. Il s'abstient de donner des solutions toutes faites.

Article 3 – Recherche de sens

L'accompagnement est une démarche de recherche de sens avec la personne accompagnée. Il consiste à créer les conditions pour qu'un autre, à partir de ce qu'il vit, dans un espace-temps qui lui confère du sens, puisse penser, se situer et agir autrement.

Article 4 – Choisir de s'engager

L'accompagnement est un choix réciproque. L'accompagnant choisit de s'engager dans une relation d'accompagnement et la personne accompagnée choisit de s'engager dans cette démarche.

Article 5 – Éthique de la responsabilité

L'accompagnant est responsable de sa posture professionnelle. Il veille à ajuster ses interventions au rythme et aux besoins de la personne accompagnée.

Article 6 – Temps de l'accompagnement

L'accompagnement respecte le temps de la personne accompagnée. Il s'inscrit dans une temporalité non linéaire, ajustée à la problématique posée.

Article 7 – Lieu de l'accompagnement

L'accompagnement se déroule dans un cadre sécurisant qui permet l'expression libre et la co-construction du sens.

Article 8 – Posture professionnelle

L'accompagnant adopte une posture en retrait et bienveillante :

- Il n'escorte pas à la place de l'autre
- Il ne guide pas à la place de l'autre
- Il ne conduit pas à la place de l'autre
- Il crée les conditions pour que la personne accompagnée devienne actrice de sa propre démarche.

Article 9 – Analyse de sa propre posture

L'accompagnant analyse régulièrement sa propre posture (style personnel, valeurs, pouvoir, savoir-faire) pour garantir la qualité de l'accompagnement.

Article 10 – Formation et supervision

L'accompagnant actualise ses compétences par une formation continue et bénéficie régulièrement d'une supervision de pratique professionnel.