

50, Route de Saint-Sébastien - 44093 NANTES Cedex 1  
Tél. 02 40 84 68 52

# **Projet Pédagogique Ecole de Puéricultrices**

## **Année 2025-2026**



**Directrice :**

**Madame Fabienne KOLKIEWICZ**

**Responsable pédagogique :**

**Puéricultrice cadre de santé formateur**

**Madame Véronique BOULAIRE**

**Puériculteur formateur**

**Monsieur Christian SEVIN**

|                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I – PRÉAMBULE.....</b>                                                                                                   | <b>1</b>  |
| <b>II - S'ENGAGER DANS UNE SPÉCIALISATION.....</b>                                                                          | <b>1</b>  |
| <b>III - LES ORIENTATIONS DE LA FORMATION .....</b>                                                                         | <b>2</b>  |
| <b>IV - LA CONCEPTION GÉNÉRALE DE LA FORMATION .....</b>                                                                    | <b>3</b>  |
| 4.1 LES VALEURS.....                                                                                                        | 3         |
| 4.2 LES FINALITES DE LA FORMATION .....                                                                                     | 3         |
| 4. 3 LE PROFIL ATTENDU .....                                                                                                | 5         |
| 4.4 LES COMPETENCES METIER .....                                                                                            | 6         |
| <b>V - LA STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE NUMÉRIQUE.....</b>                                                          | <b>7</b>  |
| <b>VI - LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET DE PROFESSIONNALISATION.....</b>                                                   | <b>9</b>  |
| 6-1 OBJECTIF GLOBAL.....                                                                                                    | 9         |
| 6-2 OBJECTIFS OPERATIONNELS.....                                                                                            | 9         |
| 6-3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION THEORIQUE .....                                                                          | 10        |
| 6-4 ÉVALUATION ET PROFESSIONNALISATION .....                                                                                | 14        |
| <b>VIII- PROJET D'ACCUEIL, D'INTÉGRATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES ETUDIANTS OU ELÈVES<br/>EN SITUATION DE HANDICAP .....</b> | <b>18</b> |
| <b>IX – L'INDIVIDUALISATION DES PARCOURS.....</b>                                                                           | <b>19</b> |
| <b>X – LA PLANIFICATION DE L'ALTERNANCE.....</b>                                                                            | <b>25</b> |
| <b>XI – LIEUX ET PLACES DE STAGES.....</b>                                                                                  | <b>28</b> |
| <b>XII - MODALITÉS D'ENCADREMENT ET DE TUTORAT .....</b>                                                                    | <b>30</b> |
| <b>XIII - VIE ÉTUDIANTE.....</b>                                                                                            | <b>32</b> |
| <b>XIV – DÉMARCHE QUALITÉ - INDICATEURS D'ÉVALUATION DU PROJET .....</b>                                                    | <b>32</b> |
| <b>XV - CONCLUSION.....</b>                                                                                                 | <b>34</b> |
| <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>                                                                                     | <b>36</b> |
| <b>ANNEXES ( TEXTES REGLEMENTAIRES D'ORDRE PROFESSIONNEL) .....</b>                                                         | <b></b>   |

## I – PRÉAMBULE

Conformément à l'arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles, le projet pédagogique de l'école de puéricultrices<sup>1</sup>, au sein de l'Institut de formation des infirmiers spécialisés (IFIS) vise à :

- Donner du sens à l'action pédagogique au quotidien,
- Servir de repère à l'apprenant dans les choix philosophiques, stratégiques, pédagogiques et organisationnels de la formation qu'il va suivre,
- Communiquer aux tutelles : Conseil Régional des Pays de la Loire, Agence Régionale de Santé (ARS), Direction Régionale de l'Economie de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DREETS), à l'Etablissement support (Centre Hospitalier Universitaire de Nantes) et aux partenaires concourant à la formation des puéricultrices et puériculteurs,
- Rendre visible l'offre de formation dans une intention d'attractivité.

Au regard des évolutions du contexte politique, économique, social et professionnel, des exigences (législatives, réglementaires, institutionnelles) et des recommandations professionnelles, les orientations du projet pédagogique de l'école mettent l'accent sur **3 axes** : **l'inter professionnalité, la territorialité, la qualité de vie au travail** qui deviennent des **enjeux majeurs** pour garantir à la fois la qualité du soin, l'attractivité et la fidélisation des métiers de la santé.

## II - S'ENGAGER DANS UNE SPÉCIALISATION

Réglementairement, l'étudiant visant à obtenir le diplôme d'IPDE est un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) qui s'engage dans un processus de **spécialisation de sa pratique professionnelle d'IDE** parmi les 3 choix aujourd'hui possibles :

- Infirmier puériculteur
- Infirmier de bloc opératoire
- Infirmier anesthésiste

Entreprendre ce choix est lourd de sens, d'espoirs et de convictions. Outre le fait qu'il implique presque toujours de ne jamais plus exercer la profession d'IDE dans des secteurs de soins dits « généraux », il suppose de la part de celui qui fait ce choix de :

- **S'engager** après une mûre réflexion, nourrie d'une expérience qui n'est pas toujours en rapport direct avec la spécialité visée,
- **S'investir** dans un processus d'apprentissage qui suppose une remise en question, une déconstruction des savoirs pour reconstruire des savoirs nouveaux,
- D'adopter une « **posture d'apprenance** », comme le soulignent Philippe CARRE et Michel LEBELLE (2009) ce qui suppose **humilité, doute, incertitude**, autant de sentiments souvent vécus de manière inconfortable voire éprouvante dans un processus d'apprentissage et de professionnalisation,
- De se préparer à une **transition individuelle** dont les effets sont souvent importants, en particulier lorsqu'ils sont associés à des choix financiers assumés personnellement pour tout ou partie.

---

<sup>1</sup> Lire partout : puéricultrice, puériculteur.

Et pourtant, choisir l'engagement vers une spécialité, c'est aussi **rechercher et trouver du sens au sein d'un collectif** auquel il est possible de s'identifier, d'appartenir, quitte à donner l'impression d'appartenance à une « corporation ».

Mais alors, quel serait le point commun de toutes ces démarches de spécialisation ? Serait-ce le reflet d'un « embryon » d'une discipline en sciences infirmières ? Quels en seraient les effets en termes de positionnement, d'attitude et de stratégie pour tendre vers la reconnaissance de cette nouvelle discipline en France ? Autant de questions qui nous traversent auxquelles nous n'avons pas de réponse toute faite...

Et c'est là l'utilité de la Recherche, du questionnement, de la confrontation d'idées, de l'ouverture à d'autres disciplines voire d'autres professions et toute la pertinence d'une formation telle que celle qui prépare au métier d'IPDE.

En complétant sa formation initiale par une année d'études, l'étudiant IPDE fait le choix de s'engager dans une formation dont le but est d'acquérir un **haut niveau de compétence** dans les domaines de la promotion de la santé, de la pédiatrie, de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, de l'accompagnement à la parentalité, du suivi de l'enfant ou de l'adolescent dans son développement à partir de situations de soins contextualisées et non contextualisées.

### III - LES ORIENTATIONS DE LA FORMATION

Le projet pédagogique est propre à chaque école. Comme le précise Jean-Pierre BOUTINET, enseignant-chercheur en psychosociologie, professeur à l'Institut de psychologie et sociologie appliquées (université catholique d'Angers) et directeur du laboratoire de recherche CAFORE (Carrières, formations et ressources humaines) :

Le projet pédagogique, en associant ces deux acteurs centraux que sont d'un côté, [les cadres formateurs], de l'autre les élèves, entend être instituant d'une relation facilitante entre ces deux catégories d'acteurs, entre l'acte de [former] et l'acte d'apprendre. En ce sens, le projet pédagogique, centré sur des buts négociés à atteindre et sur les modalités pour les atteindre, appelle son complémentaire, la pédagogie du projet qui met dans le moment présent les acteurs en situation de choisir, de décider, d'agir ; et c'est en agissant que ces acteurs se construisent ; le projet devient donc l'instance même d'apprentissage (Boutinet, 2014, p.49).

Le projet pédagogique s'enrichit chaque année en termes de modalités pédagogiques et de contenus au regard de l'actualité (plan des 1000 jours, rapport IGAS n°2020-074R), de l'évolution sociétale, des nouvelles problématiques rencontrées par l'infirmier(e) puéricultrice / puériculteur et ce, quel que soit son lieu d'exercice professionnel. En effet, cette formation met l'accent sur l'observation, le raisonnement clinique et la réflexivité afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant et de sa famille dans un environnement culturel, social et économique en constante évolution.

Ce projet pédagogique repose sur les textes réglementaires qui régissent cette profession (Cf. Annexe 1), sur l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme des études préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur, sur le décret du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles et sur l'arrêté du 15 Mars 2010 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur et au fonctionnement des écoles (Cf. annexe 2).

## IV - LA CONCEPTION GÉNÉRALE DE LA FORMATION

### 4.1 Les valeurs

Etre infirmière puéricultrice ou infirmier puériculteur, c'est :

- **être dans une posture soignante**

Les valeurs professionnelles sont le fondement de l'exercice de la puéricultrice ou du puériculteur<sup>1</sup>. Elles sont questionnées, travaillées avec la réalité du quotidien. La posture professionnelle de la puéricultrice repose sur des connaissances théoriques et pratiques acquises au cours d'une formation spécialisée, qui englobe la santé, le développement psychomoteur, l'accompagnement parental et la prévention. Même si l'expérience personnelle de la maternité peut enrichir la sensibilité et l'empathie, elle ne remplace en aucun cas l'expertise professionnelle. Une puéricultrice s'appuie sur des savoirs scientifiques validés, une éthique de soins et des compétences relationnelles adaptée à chaque famille et à chaque enfant, ce qui dépasse l'expérience vécue en tant que parent.

- **aller à la rencontre d'un enfant, enfant-sujet dans une situation familiale, de vie particulière qui est la sienne**

Cette conception de l'enfant se fonde sur le respect de la personne, considéré comme un « être actif doté de compétences et d'initiatives » (Pikler, 2008, p.158). De plus, l'enfant ne se limite pas à un « *corps-objet* – une forme de machine - sur lequel on peut appliquer son savoir et ses techniques (...). C'est l'être en tant que tel, en tant que *corps-sujet*, celui qui a besoin de sens, qui demande de l'attention » (Hesbeen, 1998, p. 2). Toute la différence réside également ici entre « prendre soin » d'un enfant dans sa globalité en prenant en compte la dimension psychosociale, culturelle, familiale et « dispenser des soins » à un enfant dans une approche plutôt techniciste.

- **C'est adopter une position de leadership**

« Les objectifs sont de permettre à l'étudiante de développer un rôle d'observateur critique, des habiletés cliniques, une communication efficace, un rôle de coordinateur, des idées innovantes pour produire du changement dans l'organisation et l'offre de soins dans l'intérêt de l'enfant et de ses parents » (Le Garf et Zammit, 2020, p.13). Le leadership clinique correspond « au processus par lequel le professionnel soignant exerce une influence sur les autres membres de l'équipe, bien qu'il ne détienne aucun pouvoir d'autorité » (Ibid., p.13).

### 4.2 Les finalités de la formation

Il s'agit avant tout de permettre à l'étudiante d'acquérir des compétences qui sont identifiées à partir des activités de la puéricultrice et du contexte de santé de la population. Ces compétences sont mobilisées dans les différents secteurs où elle peut exercer : établissements de santé, établissements et services d'accueil d'enfants de moins de six ans, services de protection et de promotion de la santé.

Cette formation d'adultes par alternance est basée sur une pédagogie participative qui se concrétise à l'aide de méthodes pédagogiques actives qui permettront à l'étudiant(e) de :

- S'impliquer dans sa formation,
- S'auto-évaluer,
- Acquérir et de développer une posture réflexive amenant à un positionnement professionnel,
- Devenir un(e) professionnell(e) autonome et responsable.

## Une pédagogie d'adultes

En lien avec ces finalités, les cadres formateurs s'appuient sur **une pédagogie d'adultes** (andragogie) relevant de l'activité du sujet, de ses capacités d'adaptation et de changement.

Selon Bernard DONNADIEU (1998), **apprendre** consiste à « s'approprier des savoirs pour les transformer en connaissances mettant en jeu la personne [...], l'apprentissage relève de **l'activité du sujet** ; c'est un processus d'appropriation individuelle, de constructions de représentations, d'outils, de procédures, de connaissances [...]. Connaître, c'est construire et se construire ».

Nous pouvons suivre une formation professionnelle pour de multiples raisons mais la **motivation** est le moteur de l'engagement en formation. Pour Philippe CARRÉ (2009), *c'est « quelque chose qui pousse à l'action », qui est propre à chacun, opaque. Cependant, nous ne pouvons pas directement motiver autrui. L'engagement est plus visible. Pour s'engager dans un processus de formation, l'étudiant(e) a besoin d'avoir un sentiment « d'autodétermination » dans le choix de sa formation. Par ailleurs, il ou elle a besoin d'estimer avoir les aptitudes requises ou avoir la « perception de compétences » pour suivre la formation. Enfin, il lui est nécessaire de considérer cette formation comme utile à la réalisation de son projet professionnel.*

L'étudiant(e), **adulte en formation**, fonde son besoin de savoir sur la volonté de développer des compétences professionnelles. Comme dans sa vie personnelle, il lui est nécessaire de pouvoir s'autogérer, d'où la nécessité, pendant la formation de laisser place à **l'autonomie**. Les étudiant(e)s ont des **expériences** qui pourront être le support de leurs apprentissages.

Du fait des expériences différentes, **le groupe d'adultes en formation**, est toujours **hétérogène** et nous utilisons cette caractéristique comme levier pour la formation par le partage d'expériences entre étudiant(e)s. L'hétérogénéité amène également à mettre l'accent sur une **personnalisation des moyens d'apprentissage**. Pour apprendre, l'adulte a également besoin de **relier ses connaissances à des applications concrètes**, tels que les projets : projet de soins pour l'enfant ou l'adolescent, projet d'action en matière d'éducation dans le secteur de la petite enfance, projet contribuant à la santé, au bien-être et au développement des jeunes enfants accueillis en EAJE (Etablissement d'accueil de jeunes enfants).

## Une pédagogie innovante

Selon la définition émanant d'enseignants-chercheurs de l'université de Sherbrooke (Canada), la pédagogie de la classe inversée *« est une approche pédagogique, consistant à inverser les activités d'apprentissage traditionnellement proposées aux étudiantes en utilisant une alternance de la formation à distance et de la formation en classe pour prendre avantage des forces de chacune pour transformer l'espace groupe en un environnement d'apprentissage dynamique qui suscite le débat et l'interaction »* (<https://www.bienenseigner.com/classe-inversee-definition-fondements-et-origine/>). Cette approche pédagogique hybride renforce l'autonomie de l'apprenant et favorise le conflit socio-cognitif.

## Une pédagogie de l'alternance

La formation de puéricultrices/ puériculteurs est **une formation par alternance entre deux lieux et deux temps : l'école et les stages**, qui demeurent complémentaires.

- Le dispositif pédagogique en alternance permet un va et vient entre les différents lieux et les types de savoirs, chacun trouvant son prolongement et son exploitation dans l'autre. Il suscite un questionnement par les apports théoriques en lien avec « *une interrogation plus impliquée à partir des expériences personnelles et professionnelles pour comprendre les phénomènes en terme de vécus, de représentations, d'affects* », comme le souligne Jacques ARDOINO (2000).

En référence à Gérard MALGLAIVE (1993), le projet pédagogique vise une alternance intégrative. L'alternance intégrative vise l'articulation entre la mobilisation des connaissances et des situations cliniques rencontrées en stage. Ce dispositif favorise pour l'étudiant(e) l'interface entre ces deux aspects pour développer son analyse et construire ses compétences. Des modalités pédagogiques basées sur l'analyse des pratiques permettent également à l'étudiante de passer de la posture de « formée » à celle de professionnelle.

## Une posture réflexive

La formation cherche à développer chez l'étudiant(e) une **posture réflexive**. Celle-ci s'appuie sur l'expérience acquise en stage, ou lors de l'exercice professionnel, pour réfléchir sur le sens de l'action. En effet, comme le précise Philippe PERRENOUD (2010), sociologue, professeur à l'Université de Genève, « *réfléchir sur l'action (...), c'est prendre sa propre action comme objet de réflexion* » pour :

- Evoluer vers une professionnalisation et développer une identité professionnelle ;
- Permettre de faire face à la complexité croissante des situations ;
- Exercer sereinement ce métier en sachant se distancier ;
- Se donner des moyens pour effectuer un travail sur soi ;
- Encourager la rencontre de l'autre : l'enfant et sa famille ;
- Ouvrir à la collaboration en équipe (pluri et inter-professionnalité) ;
- Accroître les capacités d'innovation, de créativité ;
- Développer un sens critique ;
- Préparer à assurer une responsabilité politique et éthique.

**La posture réflexive est une dimension du professionnalisme.** Selon Guy LE BOTERF, (2008), elle permet de « se distancier, d'établir une distance entre soi et la situation, entre soi et ses pratiques, entre soi et ses ressources » pour faire progresser sa pratique en s'autoévaluant. De plus, « *réfléchir sur l'action (...) passe par une critique, une analyse, une mise en relation avec des règles, des théories ou d'autres actions, imaginées ou conduites dans une situation analogue* » (Perrenoud, 2010, p.31).

## 4. 3 Le profil attendu

**Le métier de puéricultrice / puériculteur**, est exercé par des infirmier(e)s ou des sages-femmes qui, après une formation spécialisée, ont obtenu le diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur dans une école agréée. Sa mission est de promouvoir la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence, de la protéger et de contribuer à son développement optimal en

favorisant son éveil, son autonomie et sa socialisation en tenant compte de son **environnement familial et social**.

L'infirmière puéricultrice ou l'infirmier puériculteur est un(e) professionnel(le) spécialisé(e) qui a développé des compétences. Ces dernières lui permettent de mobiliser son expertise pour poser un diagnostic de santé et un diagnostic sur le développement de l'enfant afin de mettre en œuvre un projet avec l'enfant et ses parents. L'exercice professionnel d'une infirmière puéricultrice tend à évoluer vers des consultations autonomes soit en secteur libéral au sein d'une maison pédiatrique, dans un centre de santé ou en PMI, soit en secteur hospitalier, notamment aux urgences pédiatriques dans le cadre du soutien à la parentalité ou pour assurer le suivi des enfants atteints de maladies chroniques en pédiatrie, par exemple.

Des actions vont être également renforcées autour de « l'éducation thérapeutique, concernant le surpoids, l'asthme, l'énurésie et l'exposition aux écrans » (Rapport IGAS n°2020-074R, p. 73). « Prendre soin » de l'enfant et de sa famille dans une démarche holistique demande de prendre en compte la complexité de la situation tant sur le plan social, culturel ou environnemental. Cette approche nécessite d'une part, de pouvoir se référer à différents domaines de connaissances et d'autre part, de faire preuve d'une réelle écoute, d'une observation très fine et d'un esprit critique.

#### **4.4 Les compétences métier**

- **Mobiliser et développer des compétences professionnelles**

Les compétences se définissent comme « *une combinaison de connaissances, d'expériences et de comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elles se constatent lors de leur mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elles sont validables* » (Zarifian, 2001).

Ces compétences vont permettre à l'infirmier(e) puéricultrice ou puériculteur :

- De poser un jugement clinique ou un diagnostic de santé,
- De tisser une relation significative et fiable avec l'enfant en se référant aux parents ;
- D'assurer des soins individualisés, même dans un collectif, en reconnaissant chaque enfant comme sujet, en continuité des modes éducatifs de la famille ;
- De favoriser une activité autonome de l'enfant à travers tous les soins qui lui sont prodigués ;
- De faire alliance avec les parents dans une relation à trois, respectueuse de la place de chacun par la découverte de l'autre dans sa différence, par la prise de conscience de soi porteur d'une autre culture intériorisée avec ses propres valeurs, modèles, etc.

Il est donc nécessaire de pouvoir se référer à différents domaines de connaissances et savoirs expérientiels pour comprendre les interférences qui vont se jouer entre les trois partenaires : puéricultrice ou puériculteur / enfant / parents et pour trouver un juste équilibre dans cette relation afin d'apporter un soin adapté. « [...] *On parle de compétence médico-sociale de la puéricultrice car son travail s'organise dans une démarche partenariale avec les familles, les autres professionnels et diverses institutions. Elle s'attache à la compréhension des parents et des enfants afin de ne pas se substituer à eux, mais de leur apporter un soutien à leur mesure* » (Roche, 2022, p.20).

- **Les compétences mises à l'œuvre par une puéricultrice ou un puériculteur sont les suivantes<sup>1</sup> :**

1. Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents
2. Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant
3. Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé
4. Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité
5. Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance
6. Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents
7. Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants
8. Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques

*« Etre compétent aujourd'hui, ce n'est plus savoir exécuter, c'est surtout **savoir comprendre et analyser** ce que l'on fait [...] **adapter** son mode opératoire [...] pouvoir affronter des **situations inédites** »* (Carré et Caspar, 2011, p.404).

Au regard de l'évolution et de la complexité des situations professionnelles, **la formation par la simulation** prend toute sa place dans le dispositif pédagogique puisqu'elle participe au processus de professionnalisation des apprenant(e)s en favorisant la construction de nouvelles compétences et l'adoption d'une posture professionnelle adaptée au travers de « situations-problèmes ». Dans son guide méthodologique (2019, p.6), la Haute Autorité de santé (HAS) « promeut la simulation en santé comme méthode pédagogique innovante et contribuant à la gestion des risques associés aux soins ». Cette dernière correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel ou une équipe de professionnels » (HAS, 2012). En effet, comme le précise Pierre PASTRÉ (1999), « ce mode d'apprentissage dans l'action facilite l'ancrage des acquisitions, notamment lorsque la pratique est poursuivie par son analyse réflexive, permettant sa conceptualisation ». Le dispositif pédagogique recourant à la simulation comprend donc un briefing, une mise en situation et un débriefing.

## **V - LA STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE NUMÉRIQUE**

Depuis la crise sanitaire en mars 2020 qui a conduit à la mise en œuvre de nouvelles méthodes d'enseignement à distance afin d'assurer la continuité pédagogique, les technologies numériques se sont développées et ont pris toute leur place dans nos dispositifs de formation

---

<sup>1</sup> Extrait du document de travail relatif au référentiel de compétences puéricultrices proposé par la DGOS, 2009. Le dispositif de formation de l'école de Nantes s'appuie sur ce référentiel.

avec différents types de configuration : hybridation, individualisation (ex : accompagnement à la démarche clinique), travail collaboratif (ex : travaux de groupe), e-learning...

L'usage du numérique a fait également apparaître un vocable très spécifique qu'il est important de connaître pour en comprendre tous les enjeux :

- « Temps de travail **SYNCHRON** ou « cours en direct » qui peut se dérouler à l'aide d'une classe virtuelle. C'est un temps de face à face pédagogique, un regroupement à distance » (*Ibid.*, p.7). De fait, la classe virtuelle permet :
  - De réunir en temps réel des participants et un formateur [ou un intervenant extérieur] qui peuvent échanger, se voir, visionner des documents et faire un partage d'écran,
  - De recréer à distance les conditions d'une formation en salle traditionnelle » (*Ibid.*, p.98),
  - De créer de l'interaction entre le formateur ou l'intervenant et les étudiants mais également entre les étudiants au sein de la promotion.
- « Temps de travail **ASYNCHRON** : "cours en différé" qui peut se réaliser à partir de supports audio, vidéo ou de tous types de documents numériques" (*Ibid.*, p.7). Les enseignements asynchrones se sont également développés à travers le dépôt de ressources en ligne sur les plateformes numériques d'apprentissage, voire avec la production de capsules vidéo. Ils présentent l'avantage d'être accessibles en permanence et peuvent être ainsi visionnés à de multiples reprises par les étudiants.

Comme lors d'une formation en présentiel, le formateur reste un accompagnateur, un facilitateur et un médiateur dans la construction des savoirs de l'élève. Cependant, lorsque l'apprenant se connecte à une plate-forme de visioconférence via une licence professionnelle comme « Zoom », c'est comme s'il franchissait une salle de cours à l'école. Il est donc primordial de s'isoler du monde extérieur, de s'aménager un environnement de travail calme **et propice aux apprentissages, à la formation, à la professionnalisation**. Cela suppose également de se doter d'un matériel adapté : ordinateur performant, connexion internet satisfaisante, casque audio et Webcam pour faciliter les interactions puisque « la prise de parole et l'échange favorisent l'appropriation des savoirs [...]. (Clénet, 2015 in Education Permanente, 2021, p.163). L'ouverture de la caméra est obligatoire et systématiquement demandée afin de faciliter les interactions lors des temps de cours réalisés en synchrone. Hormis lors des prises de parole, il est recommandé de couper le son du système audio de l'ordinateur des étudiants.

De plus, comme le souligne Marc Poncin (2020), « être acteur de sa formation, c'est avant tout savoir s'organiser dans sa formation, **être autonome** et rigoureux, mais aussi se libérer du temps et planifier son temps ».

Un usage plus intensif de la plateforme MOODLE permet d'ores et déjà de déployer l'e-learning et notamment les classes inversées, les forums et les quiz. Les cours en distanciel sont programmés en fonction des possibilités des intervenants, de préférence le vendredi, via une plateforme de visioconférence et en collaboration avec les intervenants et les cadres formateurs.

## VI - LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET DE PROFESSIONNALISATION

### 6-1 Objectif global

La formation vise le développement des compétences énumérées ci-dessus.

### 6-2 Objectifs opérationnels

**Pour prendre soin de l'enfant, l'étudiant(e) va chercher à se former pour :**

- **Observer** un enfant dans tout son développement : c'est dire « considérer avec une attention particulière, quelqu'un, quelque chose ou une situation, afin d'obtenir des informations, en suivant un objectif précis dans le but de mieux connaître et de mieux comprendre » (Jehan et Chatelier, 2020).
- **Analyser** dans sa complexité, une situation individuelle ou collective de santé du nouveau-né, de l'enfant ou de l'adolescent dans le cadre de la démarche clinique ;
- **Concevoir et mettre en œuvre** un projet de soins adapté et négocié dans une dynamique avec l'enfant, la famille et l'équipe pluri-professionnelle ;
- **Coordonner et organiser** des activités et des soins concernant l'enfant ou un groupe d'enfants ;
- **Adapter** les soins infirmiers spécifiques et les activités thérapeutiques auprès de l'enfant ;
- **Accompagner** les familles et soutenir le processus de parentalité : Comme le souligne Maëla PAUL (2004), il s'agit d'être en capacité d'être avec, dans une logique qui s'appuie sur les ressources et les compétences parentales et celles de l'enfant, en adoptant une relation interpersonnelle coopérative.
- **Evaluer et transmettre** les soins dispensés ;
- **Agir en faveur de la promotion de la santé** : Selon l'OMS, « La promotion de la santé représente un **processus social et politique global**, qui comprend non seulement des actions visant à **renforcer les aptitudes et les capacités des individus** mais également des mesures visant à **changer la situation sociale, environnementale et économique**, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux **maîtriser les déterminants de la santé** et d'améliorer ainsi leur santé. **La participation de la population est essentielle** dans toute action de promotion de la santé. »

**L'étudiant(e) inscrit son action dans une dynamique de recherche de promotion de la santé à travers :**

- Les soins dispensés auprès de l'enfant et de sa famille ;
- La conception et la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé ;
- Un travail de recherche en vue de l'élaboration d'un projet professionnel ou d'un retour réflexif en lien avec l'exercice de la puéricultrice ou du puériculteur. Et ce, pour pouvoir éduquer, conseiller l'enfant, la famille et son entourage en vue d'une démarche d'autonomisation.

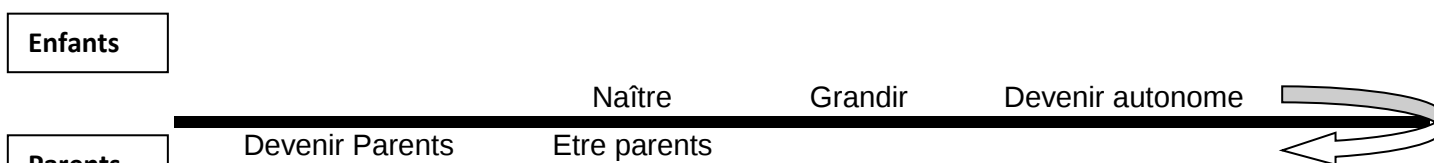
## S'inscrire dans une démarche de projet avec une équipe :

L'étudiant(e) se formera à la **démarche de projet** à travers différents travaux :

- L'élaboration de projets de soins ;
- L'élaboration d'un projet d'éducation pour la santé ;
- La conception d'un projet contribuant au bien-être et au développement de l'enfant en EAJE ;
- L'écriture d'un projet professionnel au travers du mémoire ;
- La participation en stage à des actions de gestion, de formation, d'encadrement

### 6-3 L'organisation de la formation théorique

Elle suit l'évolution de la parentalité et le développement de l'enfant



La formation est organisée selon six modules déterminés en fonction du contexte de l'exercice professionnel et des compétences visées :

#### Modules spécifiques

##### *1<sup>er</sup> module : La puéricultrice, le nouveau-né et sa famille*

**Thèmes traités** : Maternité- Néonatalogie

*9 octobre 2025 au 13 janvier 2026*

#### **Compétences visées :**

- **Evaluer l'état clinique d'un nouveau-né sain ou malade ;**
  - **Concevoir et conduire un projet de soins adapté en partenariat avec sa famille ;**
- ⇒ Permettre l'acquisition de connaissances spécifiques sur :
- Le développement psychique du nouveau-né en relation avec sa mère, son père ;
  - La physiologie du nouveau-né à terme et du nouveau-né prématuré ;
  - Les principales pathologies ;
  - Les signes cliniques et les différents examens ;
  - Les principales thérapeutiques prescrites ;
  - La reconnaissance de la douleur et la participation à son traitement.
- **Mettre en œuvre des soins adaptés**
- ⇒ Permettre l'apprentissage des techniques de soins spécifiques aux nouveau-nés à terme et prématurés et pouvoir les adapter à chacun ;

- **Organiser et coordonner les soins de développement adaptés au nourrisson prématuré ;**
- **Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel selon le projet parental ;**
- **Accompagner et soutenir les familles dans leur processus de parentalité.**

⇒ Permettre une réflexion sur l'accompagnement afin d'appréhender la prise en charge globale de l'enfant, en coopération de sa mère, de son père en maternité et en néonatalogie, en collaboration avec toute l'équipe médicale et paramédicale (spécifiquement la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture.) ;

⇒ Réfléchir aux problèmes d'éthique en réanimation néonatale, (concept de la personne humaine, limites des soins, comportements de l'équipe de soin...).

## ***2<sup>ème</sup> module : La puéricultrice, l'enfant et l'adolescent malade et sa famille***

**Thèmes traités** : Pédiatrie et spécialités pédiatriques, chirurgicales et pédopsychiatrie

*13 janvier au 2 février 2026 / 2 mars au 28 avril 2026*

### **Compétences visées :**

- **Evaluer l'état de santé, le développement des enfants et des adolescents**
- Identifier les besoins d'un enfant ou d'un groupe d'enfants, dépister les signes cliniques d'une pathologie et en évaluer l'évolution ;
- Développer la capacité à observer, à informer, à éduquer un enfant et/ou sa famille en tenant compte de l'éveil de l'enfant, et de son environnement.
- **Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant**
- Développer les méthodologies professionnelles permettant à la future puéricultrice d'élaborer un projet de soins adapté à l'enfant et sa famille, avec l'équipe pluri-professionnelle.
- **Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé**
  - ⇒ Réaliser des soins à visée diagnostique, thérapeutique et préventive auprès de l'enfant et de son entourage ;
  - ⇒ Dispenser les soins infirmiers adaptés, en tenant compte de l'état de gravité de l'enfant, de son niveau de développement psychomoteur, affectif, et de la répercussion psychologique de l'hospitalisation pour l'enfant et sa famille ;
  - ⇒ Savoir transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins de l'enfant ;
  - ⇒ Prendre soin d'un enfant douloureux sur le plan préventif, curatif et/ou palliatif ;
  - ⇒ Développer sa capacité à accompagner l'enfant et sa famille dans la maladie et lors de la fin de vie.
- **Accompagner, soutenir les familles dans le processus de parentalité**

## ***3<sup>ème</sup> module : L'adolescent***

*Mars à juin 2026*

### **Compétences visées :**

- Evaluer l'état de santé et le développement des adolescents ;
- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'adolescent,
- Mettre en œuvre des soins adaptés aux adolescents présentant des altérations de santé ;
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'adolescent.

#### ***4<sup>ème</sup> module : La puéricultrice, la promotion et la protection de l'enfance***

*13 avril au 4 mai 2026*

**Thème traité** : La Protection maternelle et infantile (PMI)

##### **Compétences visées** :

- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance ;
- Réaliser des actions de prévention précoce prénatale et post-natale ;
- Réaliser des évaluations pour l'agrément des assistantes maternelles et assurer leur suivi ;
- Participer à l'évaluation et au suivi des assistants familiaux ;
- Participer à l'agrément des structures d'accueil ;
- Réaliser des permanences ou des consultations de puéricultrice et faire une étude de la situation d'un enfant et de sa famille ;
- Accompagner la parentalité, soutenir les familles en difficulté ;
- Participer au suivi de la croissance et du développement des enfants ;
- Intégrer la dimension éthique dans l'accompagnement à la parentalité en PMI.

#### ***5<sup>ème</sup> module : l'enfant et l'adolescent en situation de handicap***

*8 juin au 26 juin 2026*

##### **Compétences visées** :

- Identifier les anomalies en vue de dépister des déficiences, des inadaptations ou des handicaps ;
- Concevoir des stratégies d'accompagnement de l'enfant et sa famille lors de situations difficiles ou de crise ;
- Evaluer l'incidence des situations de déficience et de handicap sur le processus de parentalité ;
- Mettre en œuvre des soins adaptés.

#### ***6<sup>ème</sup> module : La puéricultrice et l'accueil de l'enfant dans les différentes structures***

**Thèmes traités** : Les structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

*Du 8 au 26 juin jusqu'au 2 octobre 2026*

##### **Compétences visées** :

- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant, en particulier ;
- Concevoir et conduire des projets d'amélioration de l'accueil et de la qualité de vie de l'enfant et de son entourage dans un établissement, un service d'accueil ou à domicile ;

- Développer la participation des parents dans le projet des structures d'accueil des enfants ;
- Concevoir des stratégies d'accompagnement de l'enfant et sa famille lors de situations difficiles ou de crise.
- Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants, en particulier :
  - Gérer l'activité des EAJE ;
  - Gérer les locaux et le matériel ;
  - Gérer les ressources humaines en lien avec le gestionnaire ;
  - Gérer le budget en lien avec le gestionnaire.
- Organiser les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants, en particulier :
  - S'engager avec l'équipe autour des priorités du projet d'établissement ;
  - Superviser et évaluer les activités d'éveil, d'éducation et de développement mises en œuvre dans les équipes professionnelles ;
  - Développer le partenariat entre les EAJE, les associations et les structures extérieures.
- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité en particulier :
  - Valoriser les compétences parentales et soutenir les parents dans leur rôle éducatif en proposant des repères le cas échéant ;
  - Accompagner les parents dans un contexte décisionnels tel que le choix du mode d'accueil ;
  - Instaurer et maintenir un lien de confiance, une relation de congruence avec les parents afin de valoriser la fonction et les compétences parentales.
- **Modules transversaux**  
Les modules transversaux favorisent la professionnalisation en permettant la confrontation aux différents apports théoriques.
- **La profession de la puéricultrice :**
  - Déontologie et responsabilité professionnelle
  - Les valeurs professionnelles de la puéricultrice
  - Le projet professionnel : travail de recherche à partir d'un questionnaire en lien avec la profession de puéricultrice
- **Psychopédagogie :**
  - Le développement psychomoteur de l'enfant selon le principe de la liberté motrice (Théorie d'Emmi PIKLER)
  - Les activités du jeune enfant
- **La politique de santé de la famille :**
  - Les orientations nationales, régionales et locales des politiques de santé en faveur de l'enfant et sa famille
  - L'organisation administrative, sanitaire et sociale de la petite enfance
  - La législation
  - Le droit de la famille
  - La santé publique
  - L'éducation à la santé
  - Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025.
  - Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur,

Stratégie autisme et troubles du neuro-développement (TND) 2023-2027

Stratégie nationale de santé 2023-2033 (Contribution du Haut Conseil de la Santé publique)

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

Plan régional santé environnement des Pays de la Loire 2024-2028 « Une seule santé » (PRSE4)

Rapport 1000 premiers jours – Là où tout commence (septembre 2020) / Lutter contre les inégalités de destin dès les 1000 premiers jours de l'enfant (Publié le 16/01/2023)

- **La dimension éthique dans le soin à l'enfant et l'accompagnement des familles,**
- **Les soins au prématuré, nouveau-né, enfant et adolescent,**
- **La diététique du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,**
- **La dimension relationnelle au portage physiologique, au massage bébé,**
- **Méthodologie en Sciences Sociales : questionnaire, entretien semi-directif,**
- **Pharmacologie, calculs de doses.**
- **Gestion des risques et vigilances**

## **6-4 Evaluation et professionnalisation**

La philosophie de l'évaluation rejoint la finalité de la formation. Selon Michel VIAL (2001),

« *L'évaluation est considérée comme un travail du sujet qui permet la professionnalisation* ». Deux démarches se révèlent nécessaires dans le processus de formation :

### ➤ **L'auto évaluation**

C'est la faculté qu'a le sujet à se poser des questions essentielles sur l'intérêt de ce qu'il fait en tant qu'interrogation sur ses apprentissages.

L'étudiant(e) développera des capacités réflexives afin de s'interroger sur sa pratique professionnelle.

**L'apprentissage de l'auto évaluation** accompagnée du formateur ou du tuteur, « *constitue le moyen essentiel permettant à l'élève [l'étudiant] de dépasser un simple savoir-faire non réfléchi, purement opératoire, pour accéder à un savoir-faire réfléchi grâce auquel il peut intervenir et agir consciemment* » (Cardinet, 1988).

Elle est formalisée sur plusieurs temps, notamment :

- ✓ Par **l'accompagnement clinique** d'un formateur lors de la présentation d'un projet de soin pour un enfant et la réalisation d'une activité professionnelle ;
- ✓ Par la **réflexion demandée lors des travaux** au cours des séquences théoriques (exposés, travaux de stages).

### ➤ **L'évaluation sommative**

En référence à Jacques ARDOINO (2000), il s'agit d'«*un dispositif approprié mettant en œuvre des procédures en vue d'établir la conformité à une norme*» :

- ✓ Contrôles de connaissances,
- ✓ Action d'information en matière d'éducation pour la santé,
- ✓ Projet professionnel (mémoire),
- ✓ Résolution d'un problème de soins sur le terrain.

Sous la forme d'un contrôle continu conformément à l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, et au fonctionnement des écoles ; une commission de contrôle examine les modalités d'évaluation et confirme la notation pour chaque étudiant(e) : cf. annexe 1.

En référence au programme selon l'arrêté du 12 décembre 1990, les dix capacités professionnelles suivantes sont évaluées :

1. Capacité à communiquer ;
2. Capacité à résoudre un problème ;
3. Capacité à travailler en groupe ;
4. Capacité à animer ;
5. Capacité pédagogique ;
6. Capacité à se situer professionnellement et à participer à la gestion et à l'organisation du service ;
7. Capacité à résoudre un problème de soin infirmier auprès d'un enfant ou d'un groupe d'enfants ;
8. Capacité à se former sur un terrain professionnel ;
9. Capacité à se situer dans le service ;
10. Capacité à perfectionner ses attitudes professionnelles.

Le contrôle des connaissances et l'évaluation des capacités professionnelles sont organisés comme suit :

### ↳ **3 épreuves écrites et anonymes,**

Elles portent sur l'ensemble du programme de formation.

Les épreuves écrites évaluent les connaissances, les capacités d'analyse, de synthèse, la réflexion professionnelle et les calculs de doses. Ces évaluations sont construites à partir de situations cliniques et sont corrigées par les cadres formateurs de l'école. Elles peuvent également être corrigées par les intervenants extérieurs ayant dispensé les cours.

Chacune de ces épreuves **d'une durée de 3 heures est notée sur 30 points.**

Les épreuves écrites individuelles sur table sont programmées comme suit :

- ✓ **Mardi 13 janvier 2026**
- ✓ **Mardi 28 avril 2026**
- ✓ **Lundi 24 août 2026**

**Une note moyenne globale égale à 15 points est exigée** pour la délivrance du diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur.

### ↳ **3 épreuves de synthèse**

Action d'Information en matière d'Education pour la Santé (AIES), projet professionnel, Résolution d'un Problème de Soins sur le Terrain (RPST),

### ✓ **L'Action d'Information en matière d'Education pour la Santé (AIES)**

**La pédagogie et l'éducation** pour la santé est développée au cours de la formation, à partir de l'élaboration d'un projet d'éducation pour la santé.

L'objectif est de permettre aux étudiant(e)s puéricultrices / puériculteurs d'élaborer et de réaliser une action d'éducation à la santé en EAJE. Ce projet a pour visée de développer chez l'étudiant(e) puéricultrice / puériculteur des capacités professionnelles visant à :

- Utiliser la méthodologie de la démarche éducative ;
- Elaborer et à coordonner un projet ;
- Travailler en groupe ;
- A mobiliser des supports pédagogiques ;
- Animer, à communiquer ;
- Elaborer un support d'informations.

Elle comprend une partie écrite qui expose l'analyse des besoins d'un groupe, l'objectif et le projet d'action auprès de ce groupe. Elle se fait par groupes d'étudiant(e)s en Etablissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE). Ce projet se termine par un écrit individuel réflexif individuel faisant partie de l'évaluation.

Cette épreuve évalue la pédagogie et l'éducation pour la santé. L'action se réalise par groupe de 4 à 5 étudiant(e)s au sein de 6 établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE). (Cf Référentiel AIES 2025-2026 remis en octobre 2025).

Les thèmes retenus seront définis avec les responsables d'EAJE lors des rencontres avec les étudiants.

L'animation se réalise, auprès des parents.

- Le travail écrit devra être rendu à l'école et déposé au co jury (EAJE partenaire) : **le jeudi 5 mars 2026**

- L'animation du groupe aura lieu du **lundi 23 mars au vendredi 27 mars 2026**.

- Retour réflexif à remettre pour **le vendredi 5 avril 2026**.

Cette évaluation est notée sur 30 points, par deux professionnels dont au moins une puéricultrice. Une note égale à 15 points sur 30 à cette épreuve est exigée pour la délivrance du diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur.

### ✓ **Le Projet Professionnel (Travail écrit individuel de recherche ou TEIR)**

Cette épreuve évalue l'**identité professionnelle** développée en cours de formation, à partir de l'élaboration d'un projet professionnel (Cf livret TEIR 2025-2026 remis en octobre 2025). Cette épreuve comprend :

- Une partie écrite qui expose le cheminement de la recherche,
- Une partie orale de soutenance au cours du dernier trimestre de la formation.

La méthodologie sera présentée aux étudiant(e)s tout au long de l'année.

- Le travail écrit devra être rendu à l'école au plus tard le **lundi 29 juin 2026 (avant 16h00)**.
- La soutenance du travail aura lieu entre le **Mardi 25 août et le Vendredi 4 septembre 2026**

Cette évaluation est notée sur **30 points** par deux professionnels dont au moins une puéricultrice.

**Une note égale à 15 points sur 30 à cette épreuve est exigée** pour la délivrance du diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur.

**L'identité professionnelle** est développée au cours de la formation, à partir de l'élaboration du projet professionnel s'appuyant sur une problématique. L'objectif est de permettre à l'étudiant(e) de :

- Cheminer vers une pratique soignante humaniste,
- Conduire une méthodologie de recherche en sciences sociales,
- Mener une activité de communication écrite et orale,
- Poursuivre la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

#### ✓ **Une Résolution de Problème de Soins sur le Terrain (RPST)**

Cette épreuve évalue **les compétences à concevoir, conduire un projet de soins, de prévention et d'éducation**.

Un tirage au sort détermine, en début de formation, pour chaque étudiant(e), le secteur où se déroulera cette évaluation.

Cette épreuve individuelle, d'une **durée de 3 heures**, en cours des stages :

- Du 4 mai au 5 juin 2026,
- Du 25 août au 18 septembre 2026.

Cette évaluation est notée sur **30 points** par deux professionnels dont au moins une puéricultrice.

**Une note égale à 15 points sur 30 à cette épreuve est exigée** pour la délivrance du diplôme d'Etat /de puéricultrice / puériculteur.

#### 👉 **4 capacités professionnelles évaluées en stage**

Les stages effectués pendant la scolarité évaluent les capacités professionnelles ci-dessous :

- Capacité à se former sur le terrain professionnel :
- Capacité à se situer dans le service :
- Capacité à perfectionner ses attitudes professionnelles :
- Capacité à résoudre un problème de soins :

Chacune de ces capacités est **notée sur 10 points** par le cadre responsable du stage.

**Une note moyenne égale à 5 points sur 10 à chaque capacité est exigée** pour la délivrance du diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur.

## **LES CONDITIONS D'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE PUÉRICULTRICE, PUÉRICULTEUR**

Le diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur est délivré, sur proposition de la commission de contrôle par le Préfet de Région, aux étudiant(e)s ayant obtenu à l'évaluation des connaissances et des capacités professionnelles :

- Une note moyenne globale égale ou supérieure à 15 points sur 30 aux contrôles des connaissances ;
- Une note égale ou supérieure à 15 points sur 30 à chacune des trois épreuves de synthèse ;
- Une note moyenne égale ou supérieure à 5 points sur 10 pour chacune des quatre capacités évaluées en stage.

Les articles 27, 28, 37 et 39 de l'arrêté du 12 décembre 1990 prévoient les modalités à suivre pour les étudiant(e)s qui ne remplissent pas les conditions d'obtention du diplôme d'Etat de puéricultrice / puériculteur.

Le jury de Diplôme d'Etat va se prononcer au vu de l'ensemble des résultats de chaque élève ; il est souverain et décide de la note finale attribuée à chacune des évaluations.

## **VIII- PROJET D'ACCUEIL, D'INTÉGRATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES ETUDIANTS OU ELÈVES EN SITUATION DE HANDICAP**

La spécificité de ce public en formation tient à son expérience professionnelle préalable dans différents secteurs techniques de soins. Les parcours sont variés, multiples, différents mais riches d'expériences et de situations vécues.

A ce titre, la différence est une force qui s'entend également par la possibilité d'accueillir et d'accompagner en formation toute personne porteuse de handicap, en raison de la valeur ajoutée que cette expérience peut apporter dans l'emploi.

Au-delà de l'aspect réglementaire rappelé lors de la 5ème Conférence nationale du handicap du 11 février 2020, le regard bienveillant, l'individualisation du parcours et l'adéquation des moyens sont présents dans le dispositif d'accompagnement de ces personnes, ceci pour une cohérence entre le discours et la réalité professionnelle car, pour manager ou former des équipes, il faut avant tout accepter chacun et collaborer avec tous pour permettre l'émulation et le sens du collectif.

Dès lors que la situation du handicap est reconnue par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le projet d'accueil, d'intégration et d'accompagnement d'un élève en situation de handicap est organisé et peut-comprendre :

- Des conditions de concours aménagées
- Un suivi pédagogique individualisé (possibilité d'augmenter le suivi habituel si besoin)
- Des conditions d'enseignement aménagées, notamment par le recours au numérique voire à une tierce personne
- Des conditions d'évaluation aménagées

## IX – L'INDIVIDUALISATION DES PARCOURS

### Le dispositif pédagogique

En écho avec la conception de la formation, le dispositif pédagogique cherche à :

- Favoriser la participation active de l'étudiant(e) ;
- Mobiliser les acquisitions de la formation initiale en IFSI et de l'exercice professionnel ;
- Permettre le questionnement ;
- Permettre l'expérimentation du travail collectif ;
- Développer l'observation, l'analyse et la recherche ;
- Favoriser l'expression orale à travers tous les travaux de l'année ;
- Favoriser l'expression écrite.

Le dispositif pédagogique s'inscrit dans trois dimensions :

1. La construction du savoir,
2. L'appropriation de ce savoir et son intégration, la régulation,
3. La production pour agir.

Pour favoriser la construction du savoir de l'étudiant(e), voici les modalités pédagogiques proposées par l'école :

#### ✓ Des cours magistraux (CM) (cf. annexe 4)

Le cours magistral permet une transmission de connaissances et un questionnement par un échange avec l'intervenant ce qui demande à l'étudiant(e) de mobiliser ses **prérequis** par des lectures sur le sujet avant les cours magistraux.

#### ✓ Des travaux dirigés (TD)

Les formateurs s'appuient sur le courant socioconstructiviste développé notamment par Vygotsky et Bruner (Donnadieu, Genthon et Vial, 1998) car cette approche pédagogique favorise les échanges entre pairs mais également entre le groupe de pairs et l'intervenant ce qui a pour but d'engendrer un **conflit sociocognitif** chez l'apprenant(e) de par la confrontation aux autres et à soi-même. L'intervenant va jouer alors un rôle de médiateur dans la construction des savoirs de l'étudiant(e) infirmier(e) puériculteur(trice).

L'apprentissage est lié à l'engagement de l'étudiant(e) dans sa formation. Les formateurs élaborent et organisent les situations d'apprentissage en s'appuyant également sur les **travaux réalisés en stage par les étudiant(e)s**.

Ces travaux dirigés reposent sur :

- L'étude d'un thème et une réflexion ;
- L'étude de cas cliniques ;
- Les travaux d'observations réalisés en stage ;
- L'étude d'un texte documentaire, d'un document audio-visuel ;
- La création de documents sur un thème (affiches, plaquette d'informations...) ;
- L'étude des pratiques en soins infirmiers ;
- Le travail sur l'action d'éducation pour la santé ;
- Le projet professionnel ;
- Les techniques en sciences sociales ;
- Les ateliers d'expression ;
- L'analyse de la pratique.

### ✓ Des temps de régulation

En référence à Bernard DONNADIEU (1999), « *la régulation est un atout de la pratique ; c'est un travail de l'étudiant sur lui-même, que la situation de formation peut favoriser* ».

Tous les quinze jours en période de temps d'enseignement, les formateurs planifient un temps « de régulation » de la formation. Cette plage horaire est réservée aux échanges interactifs formateurs / étudiant(e)s. Ils portent sur toutes les questions relatives à la formation et à la vie du groupe. Ils sont l'occasion d'échanges et de propositions.

Deux délégué(e)s élu(e)s par leurs pairs transmettent les questions du groupe pour établir l'ordre du jour et sont un relais entre le groupe et les formateurs.

### ✓ Un suivi pédagogique individuel

Les formateurs le conçoivent comme un « accompagnement » au cours de la formation, pour favoriser le développement des **compétences d'une puéricultrice ou d'un puériculteur**. Il est basé sur une démarche réflexive, permettant de développer la capacité de réfléchir sur l'action elle-même (en amont et en aval) et l'environnement dans lequel elle se situe. Selon Jacques ARDOINO (2000), « moins que de guider, conduire, il s'agit, alors, essentiellement, de se mettre à l'écoute de celui qu'on accompagne, postulé explicitement seul capable en définitive de choisir où il veut aller et comment il entend s'y prendre. »

Ainsi, chaque cadre formateur :

- Est référent d'un groupe d'étudiant(e)s,
- Assure un suivi pédagogique individualisé.

Ce dernier consiste en un dialogue au cours duquel l'étudiant(e) se donne des objectifs de progression, lui permettant de parvenir à l'issue de la formation à :

- Une efficience technique, relationnelle et éducative auprès des enfants et des familles,
- Une intégration des connaissances théoriques et une capacité à les transférer dans la pratique professionnelle,
- La construction d'une identité professionnelle par le développement d'un esprit d'observation, d'analyse, de questionnement, de synthèse, d'auto-évaluation et d'actualisation permanente des connaissances,
- L'élaboration d'un projet professionnel.

Les moyens proposés par le cadre formateur sont les suivants :

**Un accompagnement clinique** sur les terrains de stage hospitalier pour :

- Favoriser l'apprentissage des pratiques professionnelles non seulement en termes de résultats (contrôle) mais aussi en termes d'identification du processus engagé par l'étudiant(e) en situation ;
- Permettre à l'étudiant(e) de faire les liens entre ce qui a été appris en cours et la réalité du terrain à partir de son questionnement soutenu par celui du formateur ;

Il s'agit d'un temps de régulation qui sert à permettre un va et vient entre la connaissance théorique et la pratique professionnelle pour amener l'étudiant(e) à amorcer une dynamique de professionnalisation en s'inscrivant dans une démarche d'auto-évaluation et ce, par le biais d'échanges avec le formateur.

- **Deux entretiens individuels**

Ils ont lieu au cours du premier semestre et du deuxième semestre à partir d'une réflexion écrite de l'étudiant(e) et des échanges avec celle-ci ou celui-ci, traduisant son implication et son évolution dans la formation, sa capacité d'interrogation sur soi.

**Cet échange s'appuie sur :**

- Le livret de parcours de stages,
- Les appréciations de stages réalisées par les équipes encadrantes, hospitalières et extrahospitalières,
- Les contrôles de connaissances,
- Les travaux de synthèse.

D'autres entretiens peuvent se faire soit à la demande de l'étudiant(e), soit à la demande des formateurs sur rendez- vous.

Ce suivi pédagogique individualisé va permettre à l'étudiant(e) de :

- Se remettre en question,
- Identifier ses atouts et marges de progression
- Prendre conscience de son propre cheminement,
- Evaluer l'écart entre le niveau attendu au regard des objectifs de formation et son propre niveau,
- Identifier sa stratégie et ses méthodes d'apprentissage,
- Déterminer ses objectifs en lien avec son projet de formation.

✓ **Un suivi des travaux écrits :**

- L'action d'information en matière d'éducation pour la santé,
- Le projet professionnel,
- Les travaux de stage (ces derniers font l'objet d'un retour écrit du formateur référent, après chaque stage),
- Les observations.

✓ **Un livret de parcours de stage**

Le livret de parcours de stage contribue à la professionnalisation en permettant de réfléchir à la formation clinique par l'écriture permettant la distanciation.

C'est un **outil partagé entre l'étudiant(e), le tuteur et le formateur référent.**

Ce livret est un outil pédagogique de suivi de la progression de l'étudiante, c'est pourquoi il est présenté systématiquement au tuteur et aux professionnels de proximité ainsi qu'au formateur référent lors des suivis pédagogiques. Dès le retour de chaque stage, ce livret est remis au formateur référent, qui le lit et émet ses commentaires par écrit.

Le double de ce document est classé dans le dossier de suivi pédagogique de l'étudiant(e).

Ce livret répertorie pour chaque stage :

- Les attentes personnelles par rapport au stage à partir des représentations,
- Les objectifs de stage travaillés avec les professionnels et activités que propose le terrain de stage,
- Les objectifs personnels de l'étudiant(e),
- Le bilan personnel de l'étudiant(e) à partir de ses attentes à moitié et à la fin du stage,
- L'identification d'une problématique professionnelle, son analyse et des propositions en tant que future puéricultrice ou puériculteur,
- Les observations,
- L'ensemble des techniques, pratiques et méthodologies professionnelles indispensables à acquérir au cours de l'année de formation et au regard des secteurs d'activités de la puéricultrice : maternité et services hospitaliers – diététique – crèche – PMI.
- Une démarche clinique ou une démarche de projet en structure d'accueil de jeunes enfants, un projet contribuant au bien-être et au développement de l'enfant en lien avec le projet éducatif de la structure, qui utilise la méthodologie de projet.

Tous ces travaux réalisés au cours du stage sont des éléments qui seront exploités :

- Sur le terrain de stage avec les professionnels (dont le tuteur),
- Lors du retour de stages,
- Lors de l'analyse de pratiques de soins,
- Lors des différents travaux dirigés à partir des observations sur les différents thèmes et le développement de l'enfant,

✓ **Démarche de soins et raisonnement clinique**

L'objectif de formation à la démarche clinique vise à permettre à l'étudiant puériculteur ou l'étudiante puéricultrice d'élaborer un projet pour l'enfant et sa famille, en collaboration avec une équipe pluri-professionnelle en considérant l'enfant en tant que Sujet, acteur et ses parents partenaires de soins. De fait, Laurie GOTTLIEB (2014, p. 38), professeure à l'Ecole des

Sciences infirmières Ingram, Université McGill (Montréal) pose des postulats qui sous-tendent « **une approche de soins fondée sur les forces (ASFF)** d'une personne et d'une famille et qui s'appuie sur ces forces pour promouvoir la santé, le rétablissement et la guérison ». De plus, cette approche « *place la personne au cœur même des soins et aide les patients à se donner le pouvoir d'agir* » (Gottlieb, 2014, p.38).

La démarche clinique est étudiée à l'école à partir de situations émanant des différents secteurs d'activités de la puéricultrice et mobilisée au cours des stages. Elle est également travaillée lors des stages et intégrée au livret de parcours de stages.

### ✓ Analyse des pratiques de soins

En référence à Perrenoud (2010), l'analyse des pratiques est au cœur de la formation en lien avec la conception pédagogique définie comme processus relevant de l'activité du sujet, de ses capacités d'adaptation, de changement. L'étudiant(e) réfléchit à sa propre manière d'agir de façon à la fois critique et constructive.

Elle se fait à travers toutes les méthodes pédagogiques actives sous forme de travaux de groupes pour faire le lien entre l'expérience de la pratique et les éclairages théoriques qui permettent de donner du sens.

Dans la complexité des situations relatives à l'enfant, la future puéricultrice ou le futur puériculteur :

- Observe, analyse, réactualise et régule ses pratiques professionnelles ;
- Prend position et s'engage professionnellement dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille ;

**Cette position sera toujours réfléchie avec une dimension éthique.**

L'analyse des pratiques demande l'engagement de chaque étudiant(e). Elle est présente tout au long de la formation.

Elle développe :

- La capacité à observer une situation professionnelle sous plusieurs angles ;
- La capacité à s'interroger sur soi-même pour permettre la distanciation. L'analyse des pratiques permet l'appropriation d'une théorie, d'un nouveau savoir, grâce à une nouvelle lecture de « la pratique ». Elle permet une meilleure connaissance de soi.

### • Travaux d'observation

Comme le précise Marina JEHAN, puéricultrice cadre de santé formateur, **l'observation est une « compétence phare » qui relève de la pratique quotidienne de la puéricultrice ou du puériculteur** et qui s'affine au cours de l'exercice professionnel.

En effet, « *l'observation, mieux que tout autre outil, permet de comprendre plus finement ce qui se passe pour un enfant et ses parents, quel que soit le contexte dans lequel la rencontre s'effectue* » (2020, p.30). L'observation met en jeu deux personnes singulières : l'observateur, en l'occurrence la puéricultrice avec toute sa part de subjectivité, et l'observé, à savoir l'enfant avec toute sa part de spontanéité c'est pourquoi l'observation s'appuie sur une démarche

méthodologique très rigoureuse. Pour en faciliter l'apprentissage, des travaux d'observation seront réalisés dans tous les stages sur différentes thématiques puis exploités lors des enseignements théoriques.

Deux types d'observations sont travaillés :

**Des observations objectives** du développement de l'enfant et des observations thématiques ; une grille d'observation est donnée aux étudiant(e)s. Chaque étudiant(e) travaille un ou plusieurs thèmes en fonction de son stage.

Ces travaux ont plusieurs objectifs :

- Permettre à l'étudiant(e) de s'approprier la méthodologie de l'observation et de la pratiquer ;
- Permettre à l'étudiant(e) d'acquérir des connaissances (par exemple, sur les acquisitions motrices de l'enfant) ;
- Permettre d'offrir à l'ensemble du groupe du « matériau » qui sera exploité ensuite lors des séquences d'enseignement et pour l'AIES.

**Des observations subjectives** pouvant être exploitées lors des retours de stage et des analyses de pratiques afin de permettre à l'étudiant puériculteur ou l'étudiant(e) puéricultrice de comprendre des situations professionnelles vécues et écrites en stage en favorisant une mise à distance par la possibilité d'expression, l'écoute, le questionnement du groupe et la référence à des concepts, des savoirs, issus de modèles théoriques, pédagogiques, psychologiques, sociologiques en lien avec la pratique de l'infirmière puéricultrice.

#### ✓ « Un carnet de bord »

L'écriture est un instrument de la formation. Le récit et la fonction narrative sont constitutifs du développement des compétences professionnelles et au-delà, du développement d'un projet et d'une identité professionnelle.

Ecrire en tant que sujet permet d'élaborer une pensée et de donner sens aux objets, aux expériences, aux situations, à ses propres affects.

L'écriture contribue au processus de professionnalisation. Selon Anne JORRO (2000), « *le récit qui engage à la parole et à l'écriture constitue le fondement d'une pensée réflexive et d'une posture critique du sujet sur lui-même et sur son activité de futur praticien dans les métiers de l'humain* ».

Ce travail d'écriture débute dès l'entrée en formation et permet à chaque étudiant(e) de formaliser son projet de formation ; puis, tout au long de l'année, l'étudiant(e) écrit régulièrement sur un cahier personnel pour poser son cheminement. Il s'agit d'un « *cheminement qui commence dès la première heure du premier jour de formation pour se déployer à l'occasion du projet professionnel invitant l'étudiant à élaborer, chercher, investir et faire advenir une pensée qui lui soit personnelle* » (Hesbeen, 1997).

Le sujet relate son activité d'apprentissage et de formation par des écrits à la première personne. Ce travail personnel, est un outil indispensable pour penser, apprendre, se former en étant accompagné par les formateurs.

De nouveau en référence à Anne JORRO (2000), il s'agit « *d'écrire pour parler de soi, rapporter ses pensées, s'auto-questionner, commenter ses activités, exposer sa façon d'apprendre, exprimer ce qui est compris ou peu compréhensible, communiquer ses plaisirs, ses difficultés, ses faiblesses, ses affects, repérer ses nouveaux apprentissages (...)* ».

### ✓ **Exploitation de stages**

A chaque retour de stage, un temps de régulation est animé par les cadres formateurs. Ce temps permet tout d'abord aux étudiant(e)s de :

- Réaliser une évaluation personnelle du stage au travers des objectifs co-construits entre l'école, le stage, l'étudiante : en quoi et pourquoi ces objectifs ont-ils été atteints ou pas ?
- Renvoyer au groupe ce qui est formateur dans le stage en termes d'apprentissage, ce qui a été facilitant ou ce qui a peut générer des difficultés et comment cela a été surmonté.

Puis, dans un deuxième temps, les formateurs présentent la méthodologie de l'analyse de pratiques. Ce temps permet aux étudiant(e)s de travailler leur posture professionnelle à partir de situations vécues.

### ✓ **Analyse de pratiques**

En référence à une démarche méthodologique spécifique appelée GEASE<sup>1</sup>, l'analyse de pratique est animée par les cadres formateurs et cet atelier se déroule en groupe de 15 personnes. L'analyse de pratique est réalisée à partir d'une situation problématique vécue en stage par l'un(e) des étudiant(e)s. Cette séquence permet de faire émerger des pistes de compréhension et d'engager une réflexion sur la posture professionnelle. Ainsi, l'analyse de pratique contribue à la construction de l'identité professionnelle et à la construction de nouvelles compétences. Cette co-animation renforce la dynamique des ateliers et apporte des regards croisés sur les situations problématiques.

### ✓ **Moyens techniques**

- Une plateforme d'apprentissage « MOODLE » sur laquelle seront déposés les informations générales et les cours,
- Le Centre de Ressources en Information (CRI) du Département des Instituts de Formation (DIF) est ouvert :
  - Du lundi au jeudi de 9h00 à 17h30
  - Le vendredi de 9h00 à 16h30

## **X – LA PLANIFICATION DE L'ALTERNANCE**

Le déroulé de l'année s'inscrit dans **une formation en alternance**.

Elle vise la régularité des rythmes : en moyenne, 4 semaines d'école et 4 semaines de stage pour pouvoir s'approprier les connaissances : un temps de découverte, un temps d'appropriation, un temps d'intégration et d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Groupe d'entraînement à l'analyse des situations éducatives

✓ **Formation théorique : 650 Heures**

20 semaines de 35 H (Sauf semaine 46,15,18 (mardi 11 novembre 2025, lundi 6 avril 2026 et vendredi 1er mai 2026),

Les cours de la semaine sont habituellement organisés selon les horaires suivants :

- de 8h30 à 12h30 et de 14h00 à 17h00
- Exceptionnellement, certains cours peuvent être programmés jusqu'à 18h00.

Selon la réglementation en vigueur, la présence aux cours est **obligatoire**.

✓ **Préparation des épreuves de synthèse = 140 heures**

- Action d'Information en matière d'Education pour la Santé (AIES) : 70 heures réparties entre le 21 octobre 2025 et le 5 avril 2026
- Projet professionnel (TEIR) : 70 heures du 23 au 27 mars et du 15 au 19 juin 2026

✓ **Formation clinique : 710 Heures**

4 stages de 4 semaines et 1 stage de 5 semaines dont 2 maximum hors du département de Loire-Atlantique, un stage hors agglomération nantaise est demandé.

**Sur l'année scolaire 2025-2026, 4 ou 5 jours fériés (modifiable en fonction des décisions gouvernementales) sont à déduire sur les périodes de stage, soit 28h ou 35h**

- Mardi 11 novembre 2025
- Vendredi 8 mai 2026
- Jeudi 14 mai 2026 (Ascension)
- Lundi 25 mai 2026 (Pentecôte)
- Mardi 14 juillet 2026 (étudiants en stage en Juillet)

21 semaines de 35 heures : **735 h auxquelles il faut déduire 28 ou 35 heures de jours fériés.**

Les étudiant(e)s effectuent **7 heures de stage par jour** auxquelles il faut ajouter quotidiennement ½ heure pour le temps de repas (temps non cumulable sur 1 semaine)

**Une demi-journée par semaine sur le lieu de stage** est consacrée à la réalisation des travaux demandés pour la réalisation du dossier de stage. Selon la réglementation en vigueur, **la présence en stage est obligatoire.**

Toute absence doit être signalée au lieu de stage et à la personne responsable du stage **et** par mail à la secrétaire (emeline.troger@chu-nantes.fr) de l'école **ainsi** qu'aux cadres formateurs. La production d'un justificatif d'absence est obligatoire.

✓ **Les congés**

Selon l'arrêté du 12 décembre 1990, les étudiant(e)s ont droit à des congés annuels de 40 jours ouvrés organisés comme suit :

- ✓ Du 22 décembre 2025 au 5 janvier 2026 : **8 jours**
- ✓ Du 13 au 24 avril 2026 : **10 jours**
- ✓ Du 29 juin au 26 juillet 2026 ou du 27 juillet au 23 août 2026 : **19 ou 20 jours**

**Tableau récapitulatif de la répartition de la formation dans le temps**

| DATES                                      | Enseignement                                | Stages     | Vacances   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|------------|
| Du 9 octobre 2025<br>au 7 novembre 2025    | 5 semaines                                  |            |            |
| Du 10 novembre 2025<br>au 05 décembre 2025 |                                             | 4 semaines |            |
| Du 8 décembre 2025<br>au 19 décembre 2025  | 2 semaines                                  |            |            |
| Du 22 décembre 2025<br>au 02 janvier 2026  |                                             |            | 2 semaines |
| Du 05 janvier 2026<br>au 29 janvier 2026   | 4 semaines                                  |            |            |
| Du 2 février 2026<br>au 27 février 2026    |                                             | 4 semaines |            |
| Du 2 mars 2026<br>au 20 mars 2026          | 2 semaines                                  |            |            |
| Du 23 mars 2026<br>au 27 mars 2026         | 1 semaine de travail<br>autogéré (TAG) TEIR |            |            |
| Du 30 mars 2026<br>au 10 avril 2026        | 2 semaines                                  |            |            |
| Du 13 avril 2026<br>au 24 avril 2026       |                                             |            | 2 semaines |
| Du 27 avril 2026<br>Au 1 mai 2026          | 1 semaine                                   |            |            |

|                                           |                                             |                      |            |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|------------|
| Du 4 mai 2026<br>au 5 juin 2026           |                                             | 5 semaines           |            |
| Du 8 juin 2025<br>au 12 juin 2025         | 1 semaine                                   |                      |            |
| Du 15 juin 2026<br>au 19 juin 2026        | 1 semaine de travail<br>autogéré (TAG) TEIR |                      |            |
| Du 22 juin 2026<br>au 26 juin 2026        | 1 semaine                                   |                      |            |
| Du 29 juin 2026<br>Au 24 juillet 2026     |                                             | 4 semaines <u>OU</u> | 4 semaines |
| Du 27 juillet 2026<br>au 21 août 2026     |                                             | 4 semaines <u>OU</u> | 4 semaines |
| Du 24 août 2026<br>Au 18 septembre 2026   |                                             | 4 semaines           |            |
| Du 21 septembre 2026<br>Au 2 octobre 2026 | 2 semaines                                  |                      |            |

## XI – LIEUX ET PLACES DE STAGES

### ✓ Le stage

L'alternance selon Bernard DONNADIEU (1999) est un processus qui permet « *de mettre le savoir au service de la compréhension des problématiques professionnelles [...] qui permet une lecture multi-référentielle des situations professionnelles et contribue à son intelligibilité* ».

Les stages occupent une place fondamentale dans la professionnalisation des étudiant(e)s, ils permettent de faire l'expérience du travail réel de la puéricultrice, de développer des compétences techniques, relationnelles et éducatives spécifiques à cette profession. Ils favorisent le développement de l'identité professionnelle par la confrontation entre les connaissances et le questionnement que renvoie la réalité professionnelle.

Des liens entre l'école et les terrains de stage sont développés avec l'initiation du tutorat qui est « *l'ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail, en vue de contribuer à la production ou à la transformation de compétences professionnelles* » (Barbier, 1996).

Actuellement, ces liens se développent à travers l'accompagnement et la formation des tuteurs par les cadres formateurs de l'école.

Le stage permet à l'étudiant(e) puéricultrice/puériculteur de :

- ✓ Connaître l'enfant dans toute sa dimension par l'observation ;
- ✓ Aborder les pratiques spécifiques à chaque secteur ;
- ✓ Acquérir, approfondir, perfectionner, réaliser des soins dans le but de répondre de façon adaptée aux besoins de l'enfant ;
- ✓ Repérer les différents champs d'activité de la puéricultrice ;
- ✓ Se situer professionnellement et de construire son identité professionnelle ;
- ✓ Transférer des apprentissages dans d'autres secteurs d'activités ;
- ✓ Construire et affiner son projet professionnel.

**La formation d'infirmière puéricultrice ou d'infirmier puériculteur** a donc pour objectif la construction ou le développement de compétences chez l'étudiant(e) qui vont lui permettre d'assumer des responsabilités professionnelles dans les domaines sanitaire, social et éducatif.

Ainsi, les stages se déroulent dans différents types d'établissement, dans le respect de la réglementation relative à la formation. 3 domaines de stage sont identifiés :

- **Etablissements de santé et de réadaptation publics et privés :**
  - Services de maternité, unités mère-enfant,
  - Services de néonatalogie, de soins intensifs, réanimation néonatale,
  - Services des urgences pédiatriques,
  - Services de pédiatrie générale et spécialisée, hospitalisation à domicile, unité d'hospitalisation de courte durée, consultations,
  - Services de chirurgie infantile, grands brûlés,
  - Réanimation pédiatrique médicale et chirurgicale,
  - Unités spécialisées d'adolescents,
  - Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
  - Maisons d'enfants et pouponnières à caractère sanitaire ou social,
  - Instituts médico-éducatifs,
  - Centres d'action médico-sociale précoce,
  - Espace santé famille où exercent des infirmières puéricultrices.
- **Etablissements et services d'accueil d'enfants de moins de 6 ans :**
  - Accueil collectif, à temps partiel, régulier ou occasionnel,
  - Accueil familial, à temps partiel, régulier ou occasionnel,
  - Multi-accueil, Jardins d'enfants, micro-crèches etc.
- **Services de protection et de promotion de la santé en faveur de la mère et de l'enfant et d'aide sociale à l'enfance :**
  - Services départementaux de protection maternelle et infantile : centres de planification, d'éducation familiale, centres de PMI, secteurs d'activité médico-sociale préventive à domicile,
  - Etablissements et services de l'aide sociale à l'enfance : pouponnières, foyers, placement familial, centre maternel,
  - Service de promotion de la santé en faveur des élèves : écoles, collèges, lycées etc.

En fin de formation, chaque étudiant(e) devra justifier d'une expérience en service de :

|                                                   |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| • <b>Maternité</b>                                | <b>4 semaines</b> |
| • <b>Néonatalogie et/réanimation pédiatrique</b>  | <b>4 semaines</b> |
| • <b>Pédiatrie ou spécialités pédiatriques</b>    | <b>4 semaines</b> |
| • <b>Etablissements d'accueil du jeune enfant</b> | <b>4 semaines</b> |
| • <b>PMI</b>                                      | <b>5 semaines</b> |

L'école propose des offres de stage dans ces différentes disciplines (Etablissements hospitaliers, EAJE, PMI, sur la Loire-Atlantique et les autres départements) puis l'étudiante construit son parcours de stage au regard, de ses expériences professionnelles ou ses expériences de stages antérieures, de son projet professionnel, et du tirage au sort pour la RPST (Stage n°3 ou n°5).

L'étudiante pourra être amenée à effectuer des stages en dehors de l'offre de l'école, sur avis de l'équipe pédagogique.

Le parcours de stage fait ensuite l'objet d'une négociation avec la promotion d'étudiant(e)s puis est examiné et validé par les cadres formateurs.

En référence au programme officiel et en fonction du projet de l'étudiant(e), l'opportunité d'un stage optionnel pourra être envisagée si l'expérience professionnelle permet de valider l'un des stages obligatoires.

## **XII - MODALITÉS D'ENCADREMENT ET DE TUTORAT**

Au CHU de Nantes le tutorat s'appuie sur une charte d'accueil et d'encadrement. Elle se décline sous forme de principes <sup>1</sup>:

Principe n°1 : Un document intitulé « ressources des services pour une aide aux stagiaires » est consultable sur [www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr); décliné par unité de soins.

Principe n°2 : L'étudiant, acteur de sa formation, participe à son accueil. Avant son arrivée en stage, l'étudiant prend connaissance des caractéristiques de son futur stage dans le but d'élaborer des objectifs pertinents. Il contacte le maître de stage dans les 15 jours qui précèdent son arrivée en stage.

Principe n°3 : Les stages s'effectuent sur une base de 35 heures par semaine. Les horaires varient selon les lieux d'accueil et les modalités d'apprentissage. Exceptionnellement, les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés, sont possibles en fonction de leur intérêt pédagogique, de la qualité de l'encadrement présent et de l'accord négocié entre le maître de stage et l'école.

Principe n°4 : L'accueil est organisé au sein de l'unité fonctionnelle concernée. Le 1<sup>er</sup> jour, l'étudiant(e) est accueilli par le maître de stage ou la personne qu'il a désignée pour le remplacer. La visite du service est réalisée. Les documents spécifiques au service sont présentés au stagiaire ainsi que son planning.

<sup>1</sup> D'après le « Livret d'accueil des stagiaires » CHU de Nantes.

Principe n°6 : Les objectifs de stage de l'étudiant sont formalisés. Au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine, ils sont négociés et complétés avec le tuteur. Ils seront un support pour l'évaluation du stage.

Principe n°7 : Les étudiants peuvent se rendre sur différents lieux dans le cadre de l'intérêt pédagogique du stage, afin de comprendre le parcours de soins et d'insérer le stage dans un contexte environnemental. Le maître de stage en est informé.

Principe n°8 : Les stages sont qualifiants et font l'objet d'un agrément. Le tutorat est également en place sur les terrains de stage hospitalier et extra hospitalier. Un livret de parcours de stage a été conçu par l'école de puéricultrices, puériculteurs du CHU.

## **LIVRET DE PARCOURS DE STAGES (Portfolio)**

### **- Finalité / Objectifs**

Il est un outil d'appréciation de la progression de l'étudiant. Cet outil est un support partagé entre : l'étudiant(e), le service (particulièrement le tuteur, le maître de stage) et l'école, en particulier le formateur référent. Il est support d'auto évaluation et d'hétéro évaluation.

Le dossier de stage contribue à la professionnalisation de l'étudiant(e) en lui permettant de :

- ✓ Réfléchir à sa formation clinique, par l'écriture qui permet la distanciation,
- ✓ Favoriser la réflexivité,
- ✓ Favoriser son auto-évaluation accompagnée par le tuteur et le formateur référent,
- ✓ Favoriser l'analyse de la pratique,
- ✓ Construire ses savoirs,
- ✓ Cibler le développement de ses compétences spécifiques.

### **- Principes d'utilisation**

Ce dossier est un outil pédagogique qui permet de suivre la progression de l'étudiant(e) pendant le stage, c'est pourquoi il est présenté, systématiquement aux professionnels des différentes structures, ainsi qu'au formateur référent lors des retours de stage et lors des temps individuels de suivi pédagogique.

### **- Modalités d'utilisation**

Les objectifs personnels de stage sont élaborés par l'étudiant(e) et régulés avec les tuteurs et /ou maîtres de stages lors d'un premier entretien.

L'étudiant(e) renseigne régulièrement son dossier, notamment les activités et actes réalisés et effectue les travaux demandés au fur et à mesure de son stage.

Le bilan mi- stage est à programmer avec le tuteur. Au préalable l'étudiant(e) fera son auto-évaluation qui servira de base lors de l'entretien. A la suite de ce bilan, il ou elle réajustera ses objectifs à travailler avant la fin du stage.

Ce dossier constitue un support pour l'entretien d'évaluation finale du stage, programmé préalablement, auquel l'étudiant(e) participera.

### XIII - VIE ÉTUDIANTE

Hormis l'école de sages-femmes dont les locaux se situent sur le site de l'HME, la formation des étudiants des 10 autres filières de DIF se déroule au sein des 5 bâtiments regroupés sur le site du « Plateau des écoles » :

- Léonie Chaptal,
- Élisabeth Mercœur,
- Marie Curie,
- Pasteur,
- Marie Parker Follet

En ce qui concerne la formation des étudiantes puéricultrices, celle-ci se déroule majoritairement dans le bâtiment Marie Curie où une salle est plus particulièrement dédiée : la salle OUESSANT.

Nous distinguons dans ces différents bâtiments :

- Des salles de cours, amphithéâtres,
- Des salles de travaux pratiques et de simulation avec vidéoscopie,
- Un centre de ressources en information et des salles informatiques,
- Des zones de détente (halls, jardin d'hiver - bâtiment Chaptal, équipé de distributeurs de boissons et d'encas ; espace repas à l'ESF).
- Une salle pour les associations étudiantes, et des salles de travail réservées pour les apprenants,

Sur chaque site, un self-service est à la disposition des apprenants, selon des horaires établis, pour les repas du midi. Pendant les périodes de fermeture du self du Plateau des écoles, la restauration est possible sur le site de l'hôpital Saint Jacques.

L'accès au DIF est possible à partir de 7h00 à 20h00 ; Le bâtiment Marie Curie est accessible entre 8h00 et 18h00. En dehors de ces horaires et pendant les vacances d'été et de fin d'année, le contrôle d'accès est activé.

Un accueil physique dans le Hall du bâtiment Chaptal est assuré de 7h45 à 12h00.

### XIV – DÉMARCHE QUALITÉ - INDICATEURS D'ÉVALUATION DU PROJET

La démarche d'amélioration continue de la qualité des appareils de formation du DIF fait partie intégrante du **schéma directeur du DIF 2023-2028** qui s'inscrit dans le projet d'établissement du CHU de Nantes pour la même période.

Cette démarche prend notamment appui sur les préconisations du référentiel pour l'évaluation externe d'une formation du Haut Conseil de L'Évaluation de la Recherche et de L'Enseignement Supérieur (**HCERES**) et ses propositions d'adaptation pour l'évaluation des formations paramédicales. La certification QUALIOP - devenue obligatoire depuis 2022 pour les prestataires de formation - est basée sur 7 « critères », 32 « indicateurs » qualité. Elle s'applique, de fait, à la formation des apprenants du DIF pour chacune des 11 filières dès lors

que des financeurs hors Conseil Régional accompagnent des bénéficiaires en tout ou partie sur leur formation.

Il s'agit d'un processus d'évaluation sur la base d'un ensemble d'objectifs dont doit se doter une formation de licence, licence professionnelle et master d'un établissement du supérieur.

Par conséquent, c'est toute une dynamique d'amélioration continue de la qualité de la formation qui est en place, appuyée par des référents membres de **la « cellule de formation continue du DIF »** et par des professionnels du DIF ayant une mission dédiée à la qualité.

Dans ce cadre, l'école de puériculture du DIF contribue à ces démarches, poursuit l'amélioration de sa structuration et de son offre de formation grâce, notamment, au recueil d'indicateurs de manière très régulière.

### ✓ **En cours de formation**

Des bilans de l'enseignement théorique et clinique sont réalisés auprès des étudiants à la fin de chaque module par l'équipe pédagogique.

- Bilans de l'enseignement théorique : l'évaluation porte sur le contenu des enseignements dispensés pour chaque module de formation à l'aide d'une échelle de satisfaction et d'expression libre ;
- Bilans des enseignements cliniques : l'évaluation porte sur les différents critères (Accompagnement, tutorat, bilan, développement des compétences) pour chaque stage à l'aide d'une échelle de satisfaction et d'expression libre ;
- Un questionnaire d'évaluation de la formation est renseigné par les étudiants en fin de formation ;
- Un questionnaire à l'issue de chaque stage : l'évaluation porte sur la préparation du stage, les conditions d'accueil et d'encadrement, l'évaluation à mi stage et en fin de stage, l'atteinte des objectifs.

D'autres indicateurs portent sur les acquisitions des étudiants, leurs résultats et les compétences développées et mesurables en stage.

En complément, la satisfaction des autres parties prenantes telles que les intervenants extérieurs ou encore les commanditaires. Les résultats de ces enquêtes et bilans font l'objet d'une analyse précise afin d'identifier les points forts, les points de vigilance et axes de progrès à la recherche permanente d'une amélioration de la qualité de la formation au service des étudiants.

## ✓ A distance de la formation

L'école d'IPDE s'est engagée dans une évaluation de l'impact de la formation sur l'insertion professionnelle des IPDE. Ce dispositif a pour finalité le réajustement du projet pédagogique de l'école d'IPDE pour une meilleure adaptation aux réalités de travail et aux besoins des infirmiers anesthésistes tant en formation initiale et en formation continue.

Les résultats de l'ensemble de ces évaluations, exploitées en équipe, sont présentés chaque année en Conseil pédagogique.

De plus, les enquêtes d'insertion menées auprès des étudiants et diligentées par les tutelles ou le CEEPAME viennent alimenter des bases de données et des statistiques à l'échelle régionale et nationale sur la population IPDE nouvellement diplômée.

La contribution de l'ensemble des étudiants à ces bilans durant ou après la formation s'avère indispensable puisqu'elle accorde une valeur ajoutée à la formation en permettant aux professionnels de l'école d'IPDE de s'appuyer sur des données objectives dans le but de faire évoluer en permanence l'offre de formation.

## XV - CONCLUSION

La formation des puéricultrices, puériculteurs est questionnée face aux défis du système de santé et aux enjeux sous-tendus. Si la réingénierie de la formation est en réflexion, il n'en demeure pas moins la nécessité de faire évoluer l'offre de formation en regard des besoins nouveaux qu'impose le contexte de l'exercice professionnel, en particulier l'évolution sociétale, la place de l'enfant, de l'adolescent et de la parentalité.

L'un des enjeux de cette formation tournée vers l'enfance et l'adolescence est de contribuer au développement chez les étudiant(e)s puéricultrices/ puériculteurs d'une identité professionnelle et de compétences qui leur permettront de trouver leur légitimité au sein d'un collectif pluri-professionnel et ce, dans l'intérêt supérieur de l'enfant puisque - comme le souligne Lya Felt Luft, écrivain et traducteur brésilien, « L'enfance est le sol sur lequel nous marcherons toute notre vie ».

Les professionnels de l'école d'IPDE du CHU de Nantes ont à cœur de vous accompagner dans votre parcours de formation pour vous permettre d'acquérir toutes les compétences requises à l'exercice professionnel de la puéricultrice, quel que soit le lieu d'exercice choisi à l'issue de la formation.

La contribution des cadres formateurs à des groupes de travail en lien avec l'évolution des besoins des enfants et de leurs familles, leur inscription dans les associations professionnelles tout comme la veille permanente assurée sur l'actualité dans les domaines de l'enfance, de la pédagogie permettent à l'école d'IPDE de garantir une offre de formation adaptée aux besoins des établissements et des enfants/familles.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Apell, G., David, M. (2012). *LÓCZY ou le maternage insolite*, Toulouse : Erès (collection. 1001 BB)

Ardoino, J., (2000). L'accompagnement en tant que paradigme, *lettre à René Lourau*, Paris 8 : Université.

Baudouin, J.M., et Türkal, L., (2000). *Autobiographie et formation : regards sur le texte et l'action*.

Boutinet, J.P., (2014). *Anthropologie du projet*. Paris : Presse Universitaire de France.

Carré, P., et Caspar, P., (2011). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod – 3<sup>è</sup> édition.

Carré, P., et Lebel, M., (2009). *Apprenance* in J-P., Boutinet (). *L'ABC de la VAE*. Toulouse : Érès.

Clénet, C. (2015). Penser l'ingénierie de l'accompagnement en formation. *Education permanente*. 205 in *Education permanente*, 226, 160-172.

De Landsheere, V., (1979). *Définir les objectifs de l'éducation*, Paris : Presse Universitaire de France.

Carré, P., Fenouillet, F., (2009). *Traité de psychologie de la motivation*, Paris : Dunod.

Donnadieu B., Genthon, M., Vial, M., (1998). *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : Masson.

Gottlieb, L., et 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.

Hesbeen, W., (1997). *Prendre soin à l'hôpital*, Paris : Masson.

Jorro, A. et Al. (2000). *Passage à l'écriture, un défi pour les enseignants et les formateurs*. Paris : Presse Universitaire de France.

Le Boterf, G., (2008). *Repenser la compétence*, Paris : Les Editions d'Organisation.

Le Garf, M. et F., Zammit, Le leadership de l'IPDE au service de l'individualisation des soins. *Cahiers de la puéricultrice*, Décembre 2020. 342, pp.13-15.

Malglaive, G., (1993). L'alternance intégrative, *Education et management*. N°3.

Pastré, P., (2011). *La didactique professionnelle*. Paris. : Presse Universitaire de France

Perrenoud, P., (2010). *Développer la pensée réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris. : ESF éditeur.

Poncin, M. (2020). *Du présentiel au E-learning efficient : comment développer une formation professionnelle à distance*. Malakoff : Dunod.

Rapport IGAS N°2020-074R, *La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France*, mai 2021.

Vial, M., (2001). *Se former pour évaluer : se donner une problématique et élaborer des concepts*. Bruxelles : De Boeck Université.

Zarifian, P., (2001). *Le modèle de la compétence*, 2ème édition, Paris : Edition Liaisons.

## **ANNEXES**

### **Annexe I : Textes de référence relatifs à la formation de la puéricultrice**

- Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'état de puéricultrice et au fonctionnement des écoles (ci-joint) ;
- Arrêté du 21 janvier 1993 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, et au fonctionnement des écoles (ci-joint) ;
- Arrêté du 16 juin 1995 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au et au fonctionnement des écoles (ci-joint) ;
- Arrêté du 21 octobre 1996 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles (ci-joint) ;
- Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles.

**Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles**

NOR : SANP9002209A

Version consolidée au 9 septembre 2016

Le ministre délégué à la santé,

Vu le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 86-565 du 14 mars 1986 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;

Vu l'arrêté du 22 février 1972 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice ;

Vu l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice ;

Vu l'avis de la commission des puéricultrices du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 19 septembre 1990,

**Titre Ier : Des conditions générales d'admission.**

**Article 1**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Pour être admis à suivre l'enseignement sanctionné par le diplôme d'Etat de puéricultrice les candidats doivent :

- être titulaires soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 474-1 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier (1) ou d'un certificat, titre ou attestation leur permettant d'exercer sans limitation la profession d'infirmier en application de l'article L. 477 du code de la santé publique ;
- être titulaires soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné au 3° de l'article L. 356-2 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession de sage-femme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé en application des dispositions du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, et

avoir subi avec succès les épreuves du concours d'admission à la formation préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice organisé par chaque école agréée, sous la responsabilité du directeur général de l'agence régionale de santé et avoir acquitté les droits de scolarité fixés par l'organisme gestionnaire après avis du conseil technique.

(1) Lire : infirmier, infirmière.

## **Article 2**

En sus de la capacité théorique agréée et dans la limite de 10 p. 100 de l'effectif, sauf dérogation accordée dans l'agrément, les personnes titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier ou de sage-femme, non validé pour l'exercice de la profession en France, peuvent être admises à suivre la formation après avoir satisfait à une épreuve écrite d'évaluation de leurs capacités à suivre la formation, organisée par le directeur de l'école de leur choix. Cette épreuve d'une durée d'une heure trente minutes est notée sur 20 points. Une note de 10 sur 20 est exigée pour être admis en formation.

## **Article 3**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Le directeur de l'école fixe la date de clôture des inscriptions et la date des épreuves du concours d'admission.

Les écoles peuvent se regrouper au sein d'une région sanitaire pour organiser les épreuves du concours d'admission. Les droits d'inscription au concours d'admission sont fixés par l'organisme gestionnaire après avis du conseil technique. En cas de regroupement d'écoles, ces droits d'inscription sont fixés par les organismes gestionnaires après avis de leur conseil technique.

## **Article 4**

Pour les candidats résidant dans les départements ou territoires d'outre-mer, l'école ou les écoles de métropole choisies par les candidats peuvent organiser les épreuves écrites d'admissibilité sur place, sous la responsabilité des représentants de l'Etat, sous réserve qu'elles se passent le même jour et à la même heure qu'en métropole.

## **Article 5**

Les candidats domiciliés à l'étranger ont la possibilité de subir sur place les épreuves écrites d'admissibilité ou l'épreuve écrite d'évaluation de leurs capacités pour l'école de leur choix.

Le directeur de l'école concernée apprécie l'opportunité d'organiser sur place ces épreuves sous la responsabilité des représentants de la France dans le pays considéré, sous réserve qu'elles se passent le même jour et à la même heure qu'en métropole.

## **Article 6**

- Modifié par Arrêté 1995-06-16 art. 1 JORF 22 juin 1995

Pour se présenter au concours d'admission les candidats déposent à l'école ou aux écoles de leur choix un dossier comprenant les pièces énumérées ci-dessous :

- une demande manuscrite d'inscription ;
- une fiche individuelle d'état civil ;
- un curriculum vitae ;
- une copie certifiée conforme des diplômes, certificats ou titres visés à l'article 1er du présent arrêté ;
- un document attestant le versement des droits d'inscription au concours d'admission
- en cas de regroupement d'écoles, une liste faisant apparaître les choix du candidat classés par ordre préférentiel d'écoles.

Dans le cas où le candidat n'est pas titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier ou de sage-femme, il doit fournir une attestation d'inscription en dernière année d'études conduisant à l'un de ces deux diplômes.

En cas de succès au concours, l'admission définitive du candidat est subordonnée à la justification par celui-ci qu'il est titulaire de l'un des diplômes précités. A défaut, il perd le bénéfice du concours.

#### **Article 7**

Modifié par Arrêté du 25 août 2010 - art. 3

Le jury du concours d'admission est nommé et présidé par le directeur de l'école.

Il comprend :

- un médecin exerçant dans un établissement de santé public ou privé.
- le directeur de l'école de puéricultrices ou son représentant, moniteur ;
- une puéricultrice (1) ou un infirmier non enseignant exerçant des fonctions d'encadrement.

(1) Lire puéricultrice, puériculteur.

Si le nombre de candidats le justifie, directeur de l'école peut augmenter le nombre des membres du jury. Celui-ci est dans ce cas organisé en sous-groupes composés dans les mêmes proportions des membres énumérés ci-dessus.

#### **Article 8**

Modifié par Arrêté 1993-01-21 art. 3 JORF 4 février 1993

Le concours d'admission porte sur le programme figurant à l'annexe I du présent arrêté (1).

Il comprend :

1. Deux épreuves écrites et anonymes d'admissibilité, chacune d'une durée d'une heure et trente minutes, affectées du coefficient 1 et notées sur 20 points dont les questions sont choisies par le jury parmi les propositions de sujets formulées par les écoles :

a) Une épreuve comportant quarante questions à choix multiples et dix questions à réponses ouvertes et courtes permettant de vérifier les connaissances des candidats.

b) Une épreuve de tests psychotechniques permettant d'évaluer les capacités d'analyse et de synthèse des candidats.

Sont déclarés admissibles les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 20 points sur 40.

Une note inférieure à 7 sur 20 à l'une des deux épreuves est éliminatoire.

La liste alphabétique des candidats déclarés admissibles est affichée à l'école ou dans chacune des écoles regroupées. Chaque candidat reçoit notification de ses résultats.

2. Une épreuve orale d'admission portant sur l'étude d'une situation en rapport avec l'exercice professionnel infirmier, dont le sujet est tiré au sort par le candidat parmi les questions préparées par le jury.

Celle-ci, notée sur 20 points, consiste en un exposé de dix minutes maximum suivi d'une discussion avec le jury de dix minutes maximum. Chaque candidat dispose de vingt minutes de préparation.

Une note inférieure à 7 sur 20 est éliminatoire.

Sont déclarés admis les candidats les mieux classés dans la limite des places figurant dans l'agrément de l'école sous réserve que le total des notes obtenues pour l'ensemble des épreuves du concours d'admission soit égal ou supérieur à 30 points sur 60, sans note éliminatoire.

En cas d'égalité de points, le classement est établi en fonction des notes obtenues aux épreuves d'admissibilité. En cas de nouvelle égalité, le candidat le plus âgé est classé en premier.

Une liste complémentaire peut être établie. Les candidats inscrits sur cette liste justifient d'un total de points égal ou supérieur à 30 points, sans note éliminatoire.

Lorsque, dans une école, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves d'admission n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur de l'école concernée peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres écoles restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans celles-ci. Ces candidats sont admis dans les écoles dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Cette procédure d'affectation des candidats dans les écoles ne peut

être utilisée que pour l'année scolaire au titre de laquelle les épreuves d'admission ont été organisées dans celles-ci.

(1) voir fin du texte.

### **Article 8 bis**

Créé par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Dans chaque école, les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

Le directeur de l'institut met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées.

### **Article 9**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Les résultats du concours d'admission sont valables pour la rentrée scolaire au titre de laquelle ils ont été publiés.

Le directeur de l'école accorde une dérogation de droit en cas de départ au service national, de congé de maternité, de congé d'adoption, pour garde d'un enfant de moins de quatre ans, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.

Par ailleurs, en cas de maladie attestée par un certificat délivré par un médecin agréé, d'accident ou si l'élève apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le directeur de l'école.

L'ensemble de ces reports ne peut excéder deux années.

### **Article 9 bis**

Créé par Arrêté 1993-01-21 art. 4 JORF 4 février 1993

Pour être définitivement admis en scolarité, les élèves doivent apporter la preuve, au plus tard le jour de la première entrée en stage, qu'ils ont subi les vaccinations prévues par les articles L. 10 et L. 215 du code de la santé publique.

## **Titre II : De la scolarité.**

### **Article 10**

- Modifié par Arrêté du 12 mars 2014 - art. 1
- La date de la rentrée scolaire est fixée par le directeur de l'école, après avis du conseil technique. Elle s'effectue à partir du 1er septembre de l'année civile du concours et au plus tard le 31 janvier de l'année civile suivant le concours.

### **Article 11**

Le programme des études relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice est celui défini à l'annexe de l'arrêté du 13 juillet 1983 susvisé.

### **Article 12**

Les études sont à temps plein. Elles comportent, réparties sur douze mois de scolarité, des enseignements théoriques, pratiques et cliniques d'une durée de 1 500 heures dont :

650 heures d'enseignement théorique et pratique ;

710 heures d'enseignement clinique ;

140 heures de travaux dirigés et d'évaluation.

### **Article 12 bis**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

La formation conduisant au diplôme d'Etat de puéricultrice peut être dispensée de façon discontinue sur une période ne pouvant excéder trente-six mois par décision du directeur de l'école prise sur proposition du directeur de l'école de puéricultrices concernée après avis du conseil technique. Cette proposition précise les conditions d'organisation de la formation ainsi que la proportion maximale d'élèves autorisées à préparer le diplôme d'Etat de puéricultrice selon cette modalité.

### **Article 13**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Les terrains de stage sont agréés tous les trois ans par le directeur de l'école, sur proposition du directeur de l'école, après avis du conseil technique.

Les stages s'effectuent dans les centres hospitaliers et dans les établissements ayant passé convention avec l'organisme gestionnaire de l'école.

### **Article 14**

Les élèves ont droit à un congé annuel de quarante jours ouvrés dont vingt jours ouvrés consécutifs dont les dates sont déterminées par le directeur de l'école après avis du conseil technique.

Au cours de l'année scolaire et pour des raisons dûment justifiées l'élève peut s'absenter

vingt jours ouvrés dont cinq jours non récupérables. La période des congés peut être utilisée pour récupérer les absences.

Le directeur de l'école détermine les modalités de rattrapage des enseignements théoriques, pratiques et cliniques durant la scolarité.

#### **Article 15**

Les élèves bénéficiant d'un congé de maternité peuvent reprendre leurs études l'année scolaire suivante. Cette possibilité est également donnée par le directeur de l'école, après avis du conseil technique, aux élèves interrompant leurs études pour des motifs exceptionnels. Les enseignements déjà effectués et validés leur restent acquis.

#### **Article 16**

En cas d'exclusion temporaire de scolarité prononcée par le directeur de l'école après avis du conseil de discipline, l'élève conserve le bénéfice des épreuves du concours d'admission et des enseignements antérieurement validés.

#### **Article 17**

En cas de redoublement, l'élève peut être autorisé à changer d'école, sous réserve de l'accord des deux directeurs et de l'avis des conseils techniques.

### **Titre III : De l'évaluation des connaissances et des capacités professionnelles.**

#### **Article 18**

Pendant la scolarité préparatoire au diplôme d'Etat de puéricultrice est instituée une évaluation des connaissances et des capacités professionnelles.

Le contrôle permanent de cette évaluation est confié à une commission de contrôle dont le rôle et la composition sont fixés au titre V du présent arrêté.

#### **Article 19**

Sont évaluées les capacités suivantes :

1. Capacité à communiquer ;
2. Capacité à résoudre un problème ;
3. Capacité à travailler en groupe ;
4. Capacité à animer ;
5. Capacité pédagogique ;
6. capacité à se situer professionnellement et à participer à la gestion et à l'organisation d'un service ;
7. Capacité à résoudre un problème de soin infirmier auprès d'un enfant ou d'un groupe

d'enfants ;

8. Capacité à se former sur un terrain professionnel ;

9. Capacité à se situer dans le service ;

10. Capacité à perfectionner ses attitudes professionnelles.

#### **Article 20**

La définition et les objectifs de chacune de ces capacités figurent à l'annexe II du présent arrêté.

#### **Article 21**

Le contrôle des connaissances s'effectue au moyen de trois épreuves écrites et anonymes portant sur l'ensemble du programme de formation défini par l'arrêté du 13 juillet 1983 susvisé.

#### **Article 22**

Chacune de ces épreuves, d'une durée de trois heures, est notée sur 30 points par les enseignants des différentes disciplines concernées. Elles sont organisées tout au long de la scolarité selon des modalités fixées par le directeur de l'école après avis du conseil technique.

#### **Article 23**

Les capacités 1 à 7 visées à l'article 19 ci-dessus sont évaluées par des épreuves de synthèse dans trois domaines :

- la pratique professionnelle spécifique au moyen de la résolution d'un problème de soin sur le terrain, dans le secteur hospitalier ou extra hospitalier ;
- la pédagogie et l'éducation pour la santé au moyen d'une action d'information en matière d'éducation pour la santé ;
- l'identité professionnelle à partir de l'élaboration d'un projet professionnel.

#### **Article 24**

Chacune de ces épreuves est notée sur 30 points par deux professionnels dont au moins une puéricultrice.

L'épreuve concernant la résolution d'un problème de soin d'une durée de trois heures est organisée au cours du dernier trimestre de la formation. Le secteur attribué à l'élève est déterminé par tirage au sort par le directeur de l'école.

L'épreuve portant sur une action d'information en matière d'éducation pour la santé d'une durée d'une heure est organisée au cours du second semestre de la formation.

Le projet professionnel présenté par écrit est argumenté par oral au cours du dernier trimestre de la formation. L'épreuve dure une heure.

## **Article 25**

Les stages effectués pendant la scolarité évaluent les capacités 7, 8, 9 et 10 visées à l'article 19 ci-dessus. Chacune de ces capacités est notée sur 10 points par le responsable de la structure d'accueil sur proposition du professionnel qui encadre l'élève en stage conformément à la démarche d'évaluation fixée à l'annexe III du présent arrêté.

## **Titre IV : De la délivrance du diplôme d'Etat.**

### **Article 26**

Le diplôme d'Etat de puéricultrice est délivré, sur proposition de la commission de contrôle, par le préfet de région, aux élèves ayant obtenu à l'évaluation des connaissances et des capacités professionnelles telles que définie au titre III du présent arrêté :

- une note moyenne globale égale ou supérieure à 15 points sur 30 au contrôle des connaissances ;
- une note égale ou supérieure à 15 points sur 30 à chacune des trois épreuves de synthèse
- une note moyenne égale ou supérieure à 5 points sur 10 pour chacune des quatre capacités évaluées en stage.

### **Article 27**

Les élèves qui ont obtenu une note moyenne globale comprise entre 10 et 15 points sur 30 au contrôle des connaissances et, ou une note comprise entre 10 et 15 points sur 30 à l'une des trois épreuves de synthèse et ou une note comprise entre 3 et 5 points sur 10 à l'une des quatre capacités évaluées en stage sont admis à effectuer un seul complément de scolarité d'une durée de trois mois maximum dont les modalités sont déterminées par le directeur de l'école après avis du conseil technique.

### **Article 28**

Les élèves qui ont obtenu au contrôle des connaissances et ou aux épreuves de synthèse et ou aux quatre capacités évaluées en stage des notes inférieures à celles fixées à l'article 27 du présent arrêté sont admis à redoubler.

### **Article 29**

Une attestation de réussite au diplôme d'Etat de puéricultrice est délivrée par le préfet de région aux candidats admis en formation au titre de l'article 2 du présent arrêté et qui ont obtenu au contrôle des connaissances, aux épreuves de synthèse et aux quatre capacités évaluées en stage les notes fixées à l'article 26 du présent arrêté. Le modèle de cette attestation figure à l'annexe IV du présent arrêté.

### **Article 30**

Cette attestation de réussite est échangée contre le diplôme d'Etat de puéricultrice dès que les intéressés remplissent les conditions exigées pour exercer la profession d'infirmier diplômé d'Etat ou de sage-femme en France.

## **Titre V : De la commission de contrôle.**

### **Article 31**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Les membres de la commission de contrôle prévue à l'article 18 du présent arrêté sont nommés au début de l'année scolaire, par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et après consultation du directeur de l'école.

### **Article 32**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

La commission de contrôle comprend :

- le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, président ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- un pédiatre, professeur des universités-praticien, ou, lorsque cela n'est pas possible, soit un pédiatre praticien hospitalier, soit un pédiatre exerçant ses fonctions à temps plein au sein d'un service départemental de protection maternelle et infantile ;
- deux puéricultrices appartenant l'une au secteur hospitalier, l'autre au secteur extrahospitalier ;
- une personne compétente en pédagogie.

Ces quatre derniers membres ont un suppléant nommé selon les mêmes modalités que les titulaires.

En cas d'égalité de voix, celle du président est prépondérante.

### **Article 33**

Le directeur de l'école assure le secrétariat de la commission. Un procès-verbal est établi après chaque réunion de la commission.

### **Article 34**

Les membres de la commission de contrôle et leurs suppléants ne peuvent pas siéger au conseil technique ni être enseignants de l'école. La durée de leur mandat est d'une année, renouvelable trois fois.

### **Article 35**

La commission de contrôle se réunit à la demande du président au maximum trois fois par an, dont une fois au terme de la formation.

### **Article 36**

La commission de contrôle examine les modalités d'évaluation de la formation, les sujets des épreuves des évaluations, les grilles de correction ou les critères de performance exigés et les résultats obtenus par chaque élève. Elle a communication des dossiers scolaires.

### **Article 37**

La commission de contrôle confirme la notation pour chaque élève. Elle peut, au vu du dossier de l'élève et à la majorité absolue des voix, décider de modifier une seule note à hauteur du niveau de performance exigé.

### **Article 38**

La commission de contrôle dresse la liste des élèves dont les enseignements ont été validés conformément aux dispositions de l'article 26 du présent arrêté, la liste des élèves pouvant bénéficier d'un complément de scolarité conformément aux dispositions de l'article 27 du présent arrêté ainsi que la liste des élèves susceptibles de redoubler conformément aux dispositions de l'article 28 du présent arrêté.

## **Titre VI : Du fonctionnement des écoles**

### **I. - Le conseil technique.**

#### **Article 39**

Dans chaque école préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, le directeur de l'école est assisté d'un conseil technique qui est consulté sur toutes les questions relatives à la formation des élèves.

Le directeur de l'école soumet au conseil technique pour avis :

- les objectifs de la formation, le projet pédagogique, l'organisation générale des études, des enseignements théoriques, pratiques et cliniques, des recherches pédagogiques déterminées par le programme officiel ;
- l'agrément des stages ;
- les modalités d'évaluation des enseignements théoriques, pratiques et cliniques ;
- la date de la rentrée scolaire ;
- le calendrier des congés ;
- l'utilisation des locaux et du matériel pédagogique ;
- l'effectif des différentes catégories des personnels enseignants ainsi que la nature et la durée de leurs interventions ;

- le budget prévisionnel ;
- le montant des droits d'inscription aux épreuves du concours d'admission et des droits de scolarité ;
- le règlement intérieur ;
- le dossier des élèves sollicitant pour des motifs exceptionnels une interruption de scolarité ou une mutation en cas de redoublement ;
- le dossier des élèves admis à effectuer un complément de scolarité ou à redoubler.

Le directeur de l'école porte à la connaissance du conseil technique :

- le bilan pédagogique de l'année scolaire écoulée ;
- les budgets approuvés ainsi que le compte administratif en fin d'exercice ;
- la liste des différentes catégories du personnel administratif ;
- la liste des élèves admis en formation, les reports de scolarité autorisés de droit aux élèves ;
- le nom des élèves exclus temporairement ou définitivement de la formation.

#### **Article 40**

- Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Le conseil technique des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice est constitué par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

#### **Article 41**

Modifié par Arrêté du 25 août 2010 - art. 3

Le conseil technique est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant. Il comprend :

- deux membres de droit :
  - le directeur de l'école ;
  - le professeur d'université, praticien hospitalier de pédiatrie ou le médecin qualifié spécialiste en pédiatrie, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- deux représentants de l'organisme gestionnaire dont un infirmier général pour les écoles à gestion hospitalière publique ;
- deux représentants des enseignants de l'école dont un médecin qualifié spécialiste en pédiatrie et une puéricultrice, monitrice de l'école, élus par leurs pairs, dont le mandat d'une durée égale à celle de la formation est renouvelable trois fois ;
- deux puéricultrices exerçant des fonctions d'encadrement dans des établissements accueillant des élèves en stage dont une du secteur hospitalier et une du secteur

extrahospitalier nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont le mandat d'une durée égale à celle de la formation est renouvelable trois fois ;

- deux représentants des élèves élus par leurs pairs, dont le mandat est d'une durée égale à celle de la formation.

Leurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

## **Article 42**

Modifié par Arrêté du 25 août 2010 - art. 3

Le conseil technique se réunit au moins deux fois par an après convocation par le directeur de l'école qui recueille préalablement l'accord du président. Le conseil technique siège lorsque les deux tiers de ses membres ayant voix délibérative sont présents. Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués pour une réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

En outre, selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président soit seul, soit à la demande du directeur de l'école ou de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée susceptible d'apporter un avis au conseil technique d'assister aux travaux du conseil.

## **Article 43**

La saisine du conseil technique intervient au moins quinze jours avant sa réunion.

## **Article 44**

Lorsque le conseil technique siège pour examiner un cas relatif à la scolarité d'un élève, le directeur de l'école communique à chacun de ses membres un rapport motivé et le dossier scolaire de l'élève. L'élève reçoit communication de son dossier à la date du jour où le conseil technique a été saisi et peut, à sa demande, être entendu par celui-ci.

## **Article 45**

Le directeur de l'école fait assurer le secrétariat du conseil technique.

## **II - Le conseil de discipline.**

### **Article 46**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Le directeur de l'école est assisté d'un conseil de discipline constitué au début de chaque année scolaire après la première réunion du conseil technique par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé. Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires ainsi que sur tous les actes des élèves incompatibles avec la sécurité de

l'enfant et, ou de son entourage et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

Le conseil de discipline peut proposer les sanctions suivantes :

- avertissement ;
- blâme ;
- exclusion temporaire de l'école ;
- exclusion définitive de l'école.

La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur de l'école. Elle est notifiée à l'élève.

#### **Article 47**

L'avertissement peut être prononcé par le directeur de l'école, sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas l'élève reçoit préalablement communication de son dossier et peut se faire entendre par le directeur de l'école et se faire assister d'une personne de son choix. Cette sanction motivée est notifiée à l'élève.

#### **Article 48**

Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Le conseil de discipline est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant. Il comprend :

- un représentant de l'organisme gestionnaire ;
- une des deux personnes élues au conseil technique dans le collège des enseignants
- une des deux puéricultrices, membres du conseil technique ;
- un des deux représentants des élèves élus au conseil technique.

Ces trois derniers membres sont désignés par tirage au sort par le président du conseil de discipline.

Chaque membre du conseil de discipline a voix délibérative.

#### **Article 49**

Le conseil de discipline est saisi et convoqué par le directeur de l'école.

La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'élève.

Cet exposé est adressé aux membres du conseil de discipline en même temps que la convocation.

Le conseil siège lorsque la majorité de ses membres est présente. Dans le cas où le quorum requis n'est pas atteint, les membres du conseil sont convoqués pour une nouvelle réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours.

Le conseil peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre de présents.

#### **Article 50**

L'élève reçoit communication de son dossier à la date de saisine du conseil de discipline.

#### **Article 51**

Le conseil de discipline entend l'élève : celui-ci peut être assisté d'une personne de son choix. Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'élève, du directeur de l'école ou du président du conseil.

#### **Article 52**

Le conseil exprime son avis à la suite d'un vote. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. Ce vote peut être effectué à bulletin secret à la demande de l'un des membres. Dans ce cas, s'il y a partage égal des voix, il est procédé à une nouvelle délibération. Si, au deuxième tour de scrutin le partage égal est maintenu, une sanction plus légère est mise aux voix par le président.

#### **Article 53**

Modifié par Arrêté du 25 août 2010 - art. 3

En cas d'urgence, le directeur de l'école peut suspendre la formation de l'élève en attendant sa comparution devant le conseil de discipline. Ce dernier est convoqué et réuni dans un délai maximum de quinze jours à compter du jour de la suspension de la scolarité de l'élève.

Le directeur général de l'agence régionale de santé est immédiatement informé d'une décision de suspension par une procédure écrite.

#### **Article 54**

Le directeur de l'école fait assurer le secrétariat du conseil de discipline.

### **III - Droit des élèves.**

#### **Article 55**

Les élèves ont le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de leur choix. Ces organisations peuvent avoir un but général, syndicats représentatifs et associations d'élèves, ou particulier, associations sportives et culturelles.

#### **Article 56**

Les organisations d'élèves visées à l'article 55 du présent arrêté peuvent disposer de facilités d'affichages, de réunions, de collectes, de cotisations avec l'autorisation des directeurs des écoles.

### **IV - Dispositions diverses.**

#### **Article 57**

· Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un élève mettant en danger la sécurité de l'enfant et ou de son entourage, le directeur de l'école peut suspendre immédiatement la scolarité de l'élève. Il adresse aussitôt un rapport motivé médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général. Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général ou son représentant, médecin inspecteur de la santé, peut demander un examen médical effectué par un médecin agréé. Le directeur de l'école, en accord avec le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général et, le cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité de l'enfant et ou de son entourage.

#### **Article 58**

Les membres du conseil technique et du conseil de discipline sont tenus d'observer une entière discrétion à l'égard des informations dont ils ont connaissance dans le cadre des travaux des conseils.

#### **Article 59**

Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à compter de la rentrée scolaire 1990-1991.

#### **Article 60**

Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées, et notamment les articles 4, 5, 8 et 9 ainsi que l'annexe I de l'arrêté du 22 février 1972 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, l'arrêté du 9 mai 1984 relatif à l'examen d'entrée dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, l'arrêté du 17 octobre 1985, modifié par l'arrêté du 1er décembre 1987 relatif au diplôme d'Etat de puériculture et ses annexes.

Toutefois, les dispositions de l'arrêté du 17 octobre 1985 modifié demeurent applicables aux élèves ayant entrepris leurs études à la rentrée scolaire 1989-1990 qui doivent accomplir une période d'apprentissage complémentaire.

#### **Article 61**

A modifié les dispositions suivantes :

#### **Article 62**

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

BRUNO DURIEUX

### **ARRÊTE DU 21 JANVIER 1993**

modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 10 et L. 215 ;

Vu le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles ;

Vu l'avis de la commission des puéricultrices du Conseil supérieur des professions paramédicales

Arrête :

Art. 1<sup>er</sup> - L'article 6 de l'arrêté du 12 décembre 1990 susvisé est modifié comme suit :

" Pour se présenter au concours d'admission les candidats déposent à l'école ou aux écoles de leur choix un dossier comprenant les pièces énumérées ci-dessous " - une demande manuscrite d'inscription; " - une fiche individuelle d'état civil " - un curriculum vitæ ;

" - une copie certifiée conforme des diplômes, certificats ou titres visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté ;

" - un document attestant le versement des droits d'inscription au concours d'admission ;

" - en cas de regroupement d'écoles, une liste faisant apparaître les choix du candidat classés par ordre préférentiel d'écoles. "

Art. 2. Dans l'article 7 de l'arrêté du 12 décembre 1990 susvisé, le terme " médecin praticien hospitalier " est remplacé par le terme : " médecin exerçant dans un établissement de santé public ou privé ".

Art. 3. - L'article 8 de l'arrêté du 12 décembre 1990 susvisé est complété ainsi qu'il suit :

" Lorsque, dans une école, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves d'admission n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur de l'école concernée peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres écoles restées sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans celles-ci.

Ces candidats sont admis dans les écoles dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Cette procédure d'affectation des candidats dans les écoles ne peut

être utilisée que pour l'année scolaire au titre de laquelle les épreuves d'admission ont été organisées dans celles-ci."

Art. 4. - Il est inséré dans l'arrêté du 12 décembre 1990 susvisé un article 9 bis ainsi rédigé : " Pour être définitivement admis en scolarité, les élèves doivent apporter la preuve, au plus tard le jour de la première entrée en stage, qu'ils ont subi les vaccinations prévues par les articles L. 10 et L. 215 du code de la santé publique. "

Art. 5. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 21 janvier 1993.

Pour le ministre et par délégation : Par empêchement du directeur général de la santé :

Le chef de service, L. DESSAINT

#### **ARRETE DU 16 JUIN 1995**

modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'État de puéricultrice et au fonctionnement des écoles

Le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie,

Vu le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'État de puériculture ;

Vu le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 modifié relatif à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'État de puéricultrice et au fonctionnement des écoles Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Art. 1. - L'article 6 de l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié susvisé est complété par les dispositions suivantes :

" Dans le cas où le candidat n'est pas titulaire du diplôme d'État d'infirmier ou de sage-femme, il doit fournir une attestation d'inscription en dernière année d'études conduisant à l'un de ces deux diplômes.

" En cas de succès au concours, l'admission définitive du candidat est subordonnée à la justification par celui-ci qu'il est titulaire de l'un des diplômes précités. A défaut il perd le bénéfice du concours.

Art. 2. - Dans l'article 10 de l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié susvisé, les mots : " à partir du 2 novembre de l'année civile du concours et au plus tard le 31 janvier de l'année civile suivant le concours " sont remplacés par les mots : " à partir du 1er décembre de l'année civile du concours et au plus tard le 28 février de l'année civile suivant le concours ".

Art. 3. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 juin 1995.

Pour le ministre et par délégation: Le directeur général de la santé,

J.-F. GIRARD

**Arrêté du 21 octobre 1996 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles**

NOR: TASP9623776A

Le ministre du travail et des affaires sociales,

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales, commission des puéricultrices,

Arrête :

**Art. 1er.** - Il est inséré dans l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié susvisé un article 12 bis rédigé comme suit :

<< Art. 12 bis. - La formation conduisant au diplôme d'Etat de puéricultrice peut être dispensée de façon discontinue sur une période ne pouvant excéder trente-six mois par décision du directeur régional des affaires sanitaires et sociales prise sur proposition du directeur de l'école de puéricultrices concernée après avis du conseil technique. Cette proposition précise les conditions d'organisation de la formation ainsi que la proportion maximale d'élèves autorisées à préparer le diplôme d'Etat de puéricultrice selon cette modalité. >>

**Art. 2.** - Le deuxième alinéa de l'article 32 de l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié susvisé est abrogé et remplacé par l'alinéa suivant :

<< Un pédiatre, professeur des universités - praticien hospitalier, ou, lorsque cela n'est pas possible, soit un pédiatre praticien hospitalier, soit un pédiatre exerçant ses fonctions à temps plein au sein d'un service départemental de protection maternelle et infantile. >>

**Art. 3.** - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 21 octobre 1996

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

J.-F. GIRARD

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

#### **Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles**

NOR : SASH1008957A

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2009-1540 du 12 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'arrêté du 12 décembre 1990 susvisé est ainsi modifié :

I. – A l'article 1<sup>er</sup>, les mots : « préfet de région » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ».

II. – A l'article 3, les mots : « Sur proposition du directeur de l'école, un arrêté du préfet de région » sont remplacés par les mots : « Le directeur de l'école ».

III. – L'article 7 est ainsi modifié :

1 ° Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le jury du concours d'admission est nommé et présidé par le directeur de l'école. » ;

2 ° Au dernier alinéa, le mot : « préfet » est remplacé par les mots : « directeur de l'école ».

IV. – Après l'article 8, il est inséré un article 8 *bis* ainsi rédigé :

« Art. 8 bis. – Dans chaque école, les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

« Le directeur de l'institut met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées. »

V. – A l'article 9, les mots : « le préfet de région, sur proposition du directeur de l'école » sont remplacés par les mots : « le directeur de l'école ».

VI. – A l'article 12 *bis*, les mots : « directeur régional des affaires sanitaires et sociales » sont remplacés par les mots : « directeur de l'école ».

VII. – A l'article 13, les mots : « médecin inspecteur régional du lieu de stage » sont remplacés par les mots : « directeur de l'école ».

VIII. – A l'article 31, les mots : « médecin inspecteur régional de la santé » sont remplacés par les mots : « directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ».

IX. – L'article 32 est ainsi modifié

1 ° Les mots : « le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, médecin inspecteur de la santé, président » sont remplacés par les mots : « le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, président » ;

2 ° Après le deuxième alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ».

X. – A l'article 40, les mots : « préfet de région » sont remplacés par les mots : « directeur général de

L'agence régionale de santé ».

XI. – L'article 41 est ainsi modifié :

1 ° Les mots : « représentant de l'Etat dans la région ou son représentant » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant » ;

2 ° Les mots : « médecin inspecteur régional » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ».

XII. – A l'article 46, les mots : « préfet de région » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ».

XIII. – A l'article 48, les mots : « représentant de l'Etat dans la région ou son représentant » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ».

XIV. – A l'article 57, les mots : « au médecin inspecteur régional de la santé ou à son représentant, médecin inspecteur de la santé » et les mots : « médecin inspecteur régional de la santé » sont remplacés par les mots : « médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général ».

**Art. 2.** – Dans la région Ile-de-France et dans les régions d'outre-mer, les compétences attribuées à la

direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale sont maintenues au sein de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales ou, le cas échéant, au sein de la direction de la santé et du développement social ou de la direction des affaires sanitaires et sociales, jusqu'à ce qu'elles soient dévolues à une autre autorité compétente.

**Art. 3.** – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à la date de création des agences régionales de santé.

**Art. 4.** – La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution du

présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 15 mars 2010.

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement de la directrice

de l'hospitalisation

et de l'organisation des soins :

*La sous-directrice*

*des ressources humaines*

*du système de santé,*

E. QUILLET

# Annexe II

## Textes réglementaires

- Décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession et aux actes professionnels (livre III Titre 1 Chapitre 1 Section 1 du Code la Santé Publique).
- Référentiel de compétences (document de travail de la DHOS réalisé en vue d'un prochain référentiel de compétences de la formation de puéricultrices)
- Décret no 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

⇒

## DECRET

### Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

NOR: SANP9300287D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 478 et L. 482 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-1 et L. 162-12-2 ;

Vu le code pénal ;

Vu la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap ;

Vu le décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ;

Vu le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 92-741 du 29 juillet 1992 relatif à l'exercice en commun des professions paramédicales sous forme de société d'exercice libéral ;

Vu les avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date des 27 mars et 23 avril 1992 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - Les dispositions du présent décret s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 473 du code de la santé publique, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

#### • TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES A TOUS LES MODES D'EXERCICE

##### ○ CHAPITRE Ier : Devoir généraux

Art. 2. - L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Art. 3. - L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu du décret pris en application des articles L. 372, L. 473 et L. 761-il du code de la santé publique.

Art. 4. - Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Art. 5. - L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Art. 6. - L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Art. 7. - Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Art. 8. - L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Art. 9. - L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution basée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Art. 10. - Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.  
Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Art. 11. - L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Art. 12. - Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Art. 13. - Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Art. 14. - L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Art. 15. - L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Art. 16. - L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Art. 17. - L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité. Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient.

Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Art. 18. - Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Art. 19. - L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.  
Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Art. 20. - L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation.  
Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Art. 21. - Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médicosocial ou social.

Art. 22. - L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Art. 23. - L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Art. 24. - Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire suivie devant la commission de discipline mentionnée à l'article L. 482-1 du code de la santé publique, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

## ○ CHAPITRE II : Devoirs envers les patients

Art. 25. - L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quel que soit l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Art. 26. - L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Art. 27. - Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du livre II bis du code de la santé publique.

Art. 28. - L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Art. 29. - L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Art. 30. - Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article 41 ci-après.

Art. 31. - L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Art. 32. - L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

- **TITRE II : RÈGLES APPLICABLES AUX INFIRMIERS OU INFIRMIÈRES D'EXERCICE LIBÉRAL**

- **CHAPITRE Ier : Devoirs généraux**

Art. 33. - L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Art. 34. - L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet du département, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret du 9 novembre 1979 susvisé.

Art. 35. - Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Art. 36. - L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Art. 37. - La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Art. 38. - Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Art. 39. - Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

## ○ **CHAPITRE II : Devoirs envers les patients**

Art. 40. - L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible.

Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement.

Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionnée doivent être fixés avec tact et mesure.

Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Art. 41. - Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers mentionnée à l'article L. 482 du code de la santé publique.

Dans ce cas, ou -si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins.

Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

## ○ **CHAPITRE III : Devoirs envers les confrères**

Art. 42. - Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Art. 43. - Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties. Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable.

L'infirmier remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacée exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci.

Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacée doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles 6 et 22 ci-dessus.

L'infirmier ou l'infirmière remplacée doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas

où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacée indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée au troisième alinéa ci-dessus.

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité.

L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacée en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé.

Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait rentrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

Art. 44. - L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

### • TITRE III : RÈGLES APPLICABLES AUX INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES SALARIÉS

Art. 45. - Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels.

L'exercice habituel de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

### • TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 46. - Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L. 482-1 du code de la santé publique.

Art. 47. - Les dispositions de l'article 33 entreront en vigueur le premier jour du septième mois suivant celui de la publication du présent décret.

Art. 48. - Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 février 1993.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, RENE TEULADE

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires)  
du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

LIVRE III

AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE Ier

PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre Ier

Exercice de la profession

Section 1

Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles

établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;

- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.  
Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.  
Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa

de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;

- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;

- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
  - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
  - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

## **Diplôme d'Etat de puéricultrice**

### **Référentiel de compétences**

***Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier puériculteur ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).***

### **Compétences**

- 1. Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents**
- 2. Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant**
- 3. Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé**
- 4. Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité**
- 5. Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance**
- 6. Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents**
- 7. Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfants**
- 8. Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques**

# Décrets, arrêtés, circulaires TEXTES GÉNÉRAUX

## MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers** NOR : AFSH1617652D

**Publics concernés** : infirmiers inscrits au tableau de l'ordre des infirmiers ; conseils et chambres disciplinaires de l'ordre des infirmiers.

**Objet** : définition du code de déontologie des infirmiers.

**Entrée en vigueur** : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice** : le décret définit le code de déontologie des infirmiers. A ce titre, il énonce les devoirs des infirmiers envers leurs patients. Il précise les modalités d'exercice de la profession, ainsi que les rapports des infirmiers envers leurs confrères et les membres des autres professions de santé.

**Références**: les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur version résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment ses articles L. 231-1 et L. 231-5 ;

Vu la code de la santé publique, notamment son article L. 4312-1 ; Vu le code de la sécurité sociale ; Vu les délibérations du Conseil national de l'ordre des infirmiers des 9 février 2010, 2 avril 2015 et 12 janvier 2016 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 4 février 2016 ;

Vu l'avis de l'Autorité de la concurrence en date du 11 mai 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Les chapitres II et III du titre I<sup>er</sup> du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes.

« *CHAPITRE II : « Déontologie des infirmiers »* »

« *Section 1 : « Devoirs généraux »* »

« *Art. R. 4312-1.* – Les dispositions du présent chapitre constituent le code de déontologie des infirmiers. Elles s'imposent à tout infirmier inscrit au tableau de l'ordre, à tout infirmier effectuant un acte professionnel dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et suivants ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers mentionnés à l'article L. 4311-12. « Conformément à l'article L. 4312-7, le Conseil national de l'ordre des infirmiers est chargé de veiller au respect de ces dispositions par tous les infirmiers inscrits à son tableau. « Les infractions à ces dispositions sont passibles de sanctions disciplinaires, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner.

« *Art. R. 4312-2.* – Tout infirmier, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

« *Art. R. 4312-3.* – L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. « Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

« *Art. R. 4312-4.* – L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

« *Art. R. 4312-5.* – Le secret professionnel s'impose à tout infirmier, dans les conditions établies par la loi. « L'infirmier instruit les personnes qui l'assistent de leurs obligations en matière de secret professionnel.

« *Art. R. 4312-6.* – L'infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

« *Art. R. 4312-7.* – L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires.

« *Art. R. 4312-8.* – L'infirmier apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. « L'infirmier

auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à cet appel et apporte son concours.

« Art. R. 4312-9. – L'infirmier s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. « En particulier, dans toute communication publique, il fait preuve de prudence dans ses propos et ne mentionne son appartenance à la profession qu'avec circonspection.

## **« Section 2 : « Devoirs envers les patients »**

« Art. R. 4312-10. – L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. « Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. « Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. « Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. « L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

« Art. R. 4312-11. – L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. « Il leur apporte son concours en toutes circonstances. « Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.

« Art. R. 4312-12. – Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. « Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.

« Art. R. 4312-13. – L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. « Cette

information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Elle incombe à l'infirmier dans le cadre de ses compétences telles que déterminées aux articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants. Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent. « L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées. « Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information. « La volonté de la personne de ne pas être informée doit être respectée.

« *Art. R. 4312-14.* – Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur. « Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. « L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible.

« *Art. R. 4312-15.* – L'infirmier informe le patient de son engagement dans un protocole associant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération entre eux, impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« *Art. R. 4312-16.* – Le consentement du mineur ou du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

« *Art. R. 4312-17.* – L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. « S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se

protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.

« *Art. R. 4312-18.* – Lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger. « S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

« *Art. R. 4312-19.* – En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. « L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

« *Art. R. 4312-20.* – L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. « Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. « Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient.

« *Art. R. 4312-21.* – L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et reconforter son entourage. « L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort.

« *Art. R. 4312-22.* – Lorsqu'il participe à une recherche impliquant la personne humaine, notamment dans le domaine des soins infirmiers ou en est le promoteur, l'infirmier respecte les dispositions du titre II du livre I<sup>er</sup> de la première partie du présent code. « Il en est de même en ce qui concerne sa participation à une activité de prélèvements d'organes mentionnée au livre II de cette même partie.

« *Art. R. 4312-23.* – L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'établissement par le professionnel, conformément aux constatations qu'il est en mesure d'effectuer, de certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. « Ces documents doivent être rédigés lisiblement en langue française et datés, permettre l'identification du professionnel dont ils émanent et être

signés par lui. L'infirmier peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. « Il est interdit à l'infirmier d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

« *Art. R. 4312-24.* – Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, ainsi que toute ristourne en argent ou en nature.

**« Section 3 : « Devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé »**

*Art. R. 4312-25.* – Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. « Ils se doivent assistance dans l'adversité. « Il est interdit à un infirmier, quel que soit le moyen ou le support de communication utilisé, d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. « Un infirmier en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre.

« *Art. R. 4312-26.* – Dans le cas où un infirmier est interrogé au cours d'une procédure disciplinaire ordinale, il est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance. « Toute déclaration volontairement inexacte peut elle-même donner lieu à des poursuites disciplinaires.

« *Art. R. 4312-27.* – Il est interdit à l'infirmier de s'attribuer abusivement le mérite d'une découverte scientifique, notamment dans une publication.

« *Art. R. 4312-28.* – L'infirmier doit, dans l'intérêt des patients, entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. Il respecte l'indépendance professionnelle de ceux-ci. « Il lui est interdit de calomnier un autre professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

« *Art. R. 4312-29.* – Il est interdit à l'infirmier d'accepter une commission pour quelque acte professionnel que ce soit. « Est interdite à l'infirmier toute forme de compérage avec d'autres professionnels de santé ou toute autre personne physique ou morale. On entend par compérage l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers. « Sont notamment interdites toutes pratiques comparables avec des établissements de fabrication ou de vente de produits ou de services, matériels, ou appareils nécessaires à l'exercice de sa profession, sociétés

d'ambulance ou de pompes funèbres, ainsi qu'avec tout établissement de santé, médico-social ou social.

« Art. R. 4312-30. – Le partage d'honoraires entre infirmiers ou entre un infirmier et un autre professionnel de santé est interdit, hormis les cas prévus dans les contrats validés par le conseil départemental de l'ordre. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

« Art. R. 4312-31. – Il est interdit à l'infirmier de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments, de produits ou d'appareils.

#### **« Section 4 : « Modalités d'exercice de la profession »**

« Art. R. 4312-32. – L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. « Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge.

« Art. R. 4312-33. – Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés. « Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins. « Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles.

« Art. R. 4312-34. – L'infirmier répond, dans la mesure de ses connaissances, à toute demande d'information préalable sur les conditions de remboursement des produits et dispositifs prescrits.

« Art. R. 4312-35. – L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. « L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscrétion. « Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

« Art. R. 4312-36. – L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. « Il est responsable des actes qu'il assure

avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. « Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

« *Art. R. 4312-37.* – L'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels. « Il s'assure de la bonne gestion des déchets qui résultent de ses actes professionnels, selon les procédures réglementaires.

« *Art. R. 4312-38.* – L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption. Il respecte le mode d'emploi des dispositifs médicaux utilisés.

« *Art. R. 4312-39.* – L'infirmier prend toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice professionnel.

« *Art. R. 4312-40.* – L'infirmier propose la consultation d'un médecin ou de tout professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire.

« *Art. R. 4312-41.* – L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge.

« *Art. R. 4312-42.* – L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée. « Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. « Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié.

« *Art. R. 4312-43.* – L'infirmier applique et respecte les protocoles élaborés par le médecin prévu par les dispositions des articles R. 4311-7 et R. 4311-14. « Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé. « En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient. « En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole,

l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

« *Art. R. 4312-44.* – L'infirmier intervenant dans le cadre d'actions de prévention, d'éducation, de coordination, de formation, d'encadrement, ou de toute autre action professionnelle observe dans ces activités l'ensemble des principes et des règles du présent code de déontologie.

« *Art. R. 4312-45.* – Conformément à la loi, l'infirmier peut, dans les établissements d'enseignement du second degré, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Il s'assure de l'accompagnement psychologique de l'élève et veille à la mise en œuvre d'un suivi médical.

« *Art. R. 4312-46.* – Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu.

« *Art. R. 4312-47.* – L'infirmier ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent. « Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

« *Art. R. 4312-48.* – Lors des stages cliniques des étudiants, l'infirmier veille à obtenir le consentement préalable de la personne, pour l'examen ou les soins qui lui sont dispensés par l'étudiant ou en sa présence. L'étudiant qui reçoit cet enseignement doit être au préalable informé par l'infirmier de la nécessité de respecter les droits des malades ainsi que les devoirs des infirmiers énoncés par le présent code de déontologie.

« *Art. R. 4312-49.* – Lorsqu'il utilise son expérience ou des documents à des fins d'enseignement ou de publication scientifique, l'infirmier fait en sorte que l'identification des personnes ne soit pas possible.

« *Art. R. 4312-50.* – Il est interdit d'exercer la profession d'infirmier sous un pseudonyme.  
« Un infirmier qui se sert d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre. « Il est interdit, pour un professionnel agissant à titre privé sous couvert d'un pseudonyme, et

quel que soit le moyen de communication utilisé, d'arguer de sa qualité de professionnel sans dévoiler son identité.

« *Art. R. 4312-51.* – L'infirmier qui a des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits est tenu de faire connaître ces liens au public, lorsqu'il s'exprime lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne.

« *Art. R. 4312-52.* – Il est interdit à l'infirmier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Toutefois, les exceptions prévues par les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux infirmiers.

« *Art. R. 4312-53.* – L'infirmier veille, notamment lorsqu'il participe en tant qu'expert à une instance, groupe, ou autre commission organisés par l'autorité publique, à déclarer les intérêts susceptibles de mettre en cause son impartialité et son indépendance, ou de nuire à la qualité de son expertise ou de son jugement. Il respecte les procédures organisées à cette fin par l'autorité publique.

« *Art. R. 4312-54.* – L'infirmier ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.

« *Art. R. 4312-55.* – L'infirmier ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation à la santé, de formation, de recherche ou d'expertise, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. «Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

« *Art. R. 4312-56.* – Les seules indications que l'infirmier est autorisé à mentionner sur ses documents professionnels et feuilles d'ordonnances sont: «1. Ses nom, prénoms, numéro d'inscription à l'ordre, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, adresse électronique, jours et heures de consultation; «2. Si le professionnel exerce en association ou en société, les noms des confrères associés, et l'indication du type de société; «3. Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie; «4. Ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils sont reconnus par la réglementation en vigueur en

France; «5. La mention de l'adhésion à une association de gestion agréée; «6. Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française.

« *Art. R. 4312-57.* – L'infirmier ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services, ou si son indépendance est affectée de quelque manière que ce soit. « Nul ne peut être à la fois infirmier expert et infirmier traitant d'un même malade. « Lorsqu'il est investi d'une mission, l'infirmier expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement infirmière, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

« *Art. R. 4312-58.* – Avant d'entreprendre toute opération d'expertise, l'infirmier expert informe la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé. « L'infirmier expert est tenu de respecter le principe du contradictoire pendant la totalité des opérations d'expertise. « Dans la rédaction de son rapport, l'infirmier expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter une réponse aux questions posées. Hors ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. « Il atteste qu'il a accompli personnellement sa mission.

## **« Section 5 : « Règles relatives aux différents modes d'exercice »**

### **« Sous-section 1 « Règles communes »**

« *Art. R. 4312-59.* – Le mode d'exercice de l'infirmier est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

« *Art. R. 4312-60.* – L'infirmier est libre de dispenser gratuitement ses soins.

« *Art. R. 4312-61.* – Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

### **« Sous-section 2 « Exercice salarié »**

« *Art. R. 4312-62.* – L'infirmier salarié, lié à son employeur par un contrat, ou employé dans un cadre public, ne doit pas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

« *Art. R. 4312-63.* – L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. « En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter,

de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité.

« *Art. R. 4312-64.* – L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins.

« *Art. R. 4312-65.* – I. – Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé fait l'objet d'un contrat écrit. « Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant au professionnel de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

«II. – Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec l'un des organismes prévus au premier alinéa est communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

«III. – Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois. Passé ce délai, son avis est réputé rendu. «IV. – Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats, projets de contrats, ou avenants au conseil national.

«V. – L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

« *Art. R. 4312-66.* – L'exercice habituel de la profession d'infirmier, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public fait l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le professionnel a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que dans les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat. « L'infirmier est tenu de communiquer ce contrat au conseil départemental de l'ordre. Ce conseil peut, s'il le juge utile, transmettre

pour avis les contrats ou avenants au conseil national. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au professionnel concerné.

**« Sous-section 3 : « Exercice libéral » Paragraphe 1 « Devoirs généraux »**

« Art. R. 4312-67. – L'infirmier dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques pertinents pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins, la sécurité des patients ainsi que le respect du secret professionnel. « Il veille notamment à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets de soins selon les procédures réglementaires. « Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes professionnels ou la sécurité des personnes examinées.

« Art. R. 4312-68. – Un infirmier ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un autre infirmier sans l'accord de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public. « Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

« Art. R. 4312-69. – Les seules indications que l'infirmier est autorisé à diffuser par voie d'annuaire ou de tout autre support accessible au public, notamment sur un site internet, sont ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone, de télécopie, adresse électronique professionnels, titre de formation lui permettant d'exercer sa profession, et horaires de permanence, à l'exclusion des coordonnées personnelles. « Les sociétés d'exercice en commun de la profession peuvent se faire connaître dans les mêmes conditions. « Toute insertion payante dans un annuaire est considérée comme une publicité, et, à ce titre, interdite. « Toutefois, pour les coordonnées mentionnées au premier alinéa, si toute insertion est rendue payante par l'éditeur, celle-ci peut être autorisée par le conseil départemental de l'ordre.

« Art. R. 4312-70. – L'infirmier ne peut signaler son cabinet que sur des plaques professionnelles, à son lieu d'exercice, l'une apposée à l'entrée de l'immeuble, l'autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation complémentaire peut être prévue. « Les seules indications que l'infirmier est autorisé à faire figurer sur ces plaques sont ses nom, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultations, diplômes et titres. Il doit indiquer sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie. L'ensemble de ces indications doit être présenté avec discrétion. « Ces plaques ne peuvent dépasser 25 cm par 30 cm.

« *Art. R. 4312-71.* – Lors de son installation ou d'une modification de son lieu d'exercice, l'infirmier peut faire paraître dans la presse deux annonces sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être, dans le mois qui précède l'installation ou la modification du lieu d'exercice, communiqués au conseil départemental de l'ordre. Si le nouveau lieu d'exercice est situé dans un département différent de celui du premier lieu d'exercice, les annonces sont également communiquées au conseil départemental du lieu de la nouvelle installation.

« *Art. R. 4312-72.* – I. – Le lieu d'exercice de l'infirmier est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre. «II. – Si les besoins de la population l'exigent, un infirmier peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins. « L'infirmier prend toutes dispositions pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

«III. – La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée par tout moyen lui conférant date certaine. Elle est accompagnée de toutes informations utiles sur les besoins de la population et les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental demande des précisions complémentaires. « Le conseil départemental au tableau duquel l'infirmier est inscrit est informé de la demande lorsque le site distinct se trouve dans un autre département. « Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.

«IV. – L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

«V. – Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

« *Art. R. 4312-73.* – I. – Tout contrat ou avenant ayant pour objet l'exercice de la profession est établi par écrit. Toute association ou société à objet professionnel fait l'objet d'un contrat écrit. « Ces contrats doivent respecter l'indépendance de chaque infirmier.

«II. – Les contrats et avenants mentionnés au I sont communiqués au conseil départemental de l'ordre dont l'infirmier relève. Ce conseil vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national. « Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants, statuts d'association ou de société, au conseil national.

«III. – Tout contrat d'association ou de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs infirmiers d'une part, et un ou plusieurs membres de professions de santé ou toute autre personne, d'autre part, est communiqué au conseil départemental de l'ordre. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des infirmiers.

«IV. – Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois.

«V. – L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

« *Art. R. 4312-74.* – Dans les cabinets regroupant plusieurs infirmiers exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque infirmier garde son indépendance professionnelle. « L'infirmier respecte le droit que possède toute personne de choisir librement son infirmier. « L'infirmier peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société dont il est membre. Le signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

« *Art. R. 4312-75.* – L'exercice forain de la profession d'infirmier est interdit. Toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique.

« *Art. R. 4312-76.* – La profession d'infirmier ne doit pas être pratiquée comme un commerce. « Sont interdits tous procédés directs ou indirects de réclame ou de publicité et notamment une signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

« *Art. R. 4312-77.* – Il est interdit à un infirmier d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

« Art. R. 4312-78. – Il est interdit à un infirmier qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

### **« Paragraphe 2 : « Devoirs envers les patients »**

« Art. R. 4312-79. – L'infirmier propose la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent. Il accepte celle qui est demandée par le patient ou son entourage. A l'issue de la consultation, et avec le consentement du patient, le confrère consulté informe par écrit, le cas échéant par voie électronique, l'infirmier traitant de ses constatations, conclusions et prescriptions éventuelles. « Lorsque les avis de l'infirmier consulté et de l'infirmier traitant diffèrent profondément, ce dernier avise le patient. Si l'avis de l'infirmier consulté prévaut auprès du patient ou de son entourage, l'infirmier traitant est libre de cesser les soins. L'infirmier consulté ne doit pas, de sa propre initiative, au cours du traitement ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer le patient.

« Art. R. 4312-80. – L'infirmier informe le patient du tarif des actes effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue par le code de la sécurité sociale. Il affiche ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. « L'infirmier n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé au patient. « Les honoraires de l'infirmier non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. « Lorsque des infirmiers collaborent entre eux ou coopèrent avec d'autres professionnels de santé, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

« Art. R. 4312-81. – Sont interdits toute fraude, tout abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

### **« Paragraphe 3 : « Devoirs envers les confrères »**

« Art. R. 4312-82. – Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout compérage, commission, partage d'honoraires et détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier.

« Art. R. 4312-83. – Un infirmier ne peut se faire remplacer que temporairement par un confrère avec ou sans installation professionnelle. Dans ce dernier cas, et sans préjudice des règles relatives à l'assurance-maladie, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement, pour une durée d'un an renouvelable, délivrée par le conseil départemental de l'ordre auquel il est inscrit. « L'infirmier remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers en même temps, y compris dans une association

d'infirmiers ou un cabinet de groupe. «Tout contrat de remplacement est transmis, par l'infirmier remplaçant et l'infirmier remplacé, au conseil départemental ou aux conseils départementaux auxquels ils sont inscrits.

« *Art. R. 4312-84.* – Durant la période de remplacement, l'infirmier remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des hypothèses de non-assistance à personne en péril et de demande de l'autorité en cas d'urgence, de sinistre ou de calamité, telle que mentionnée au second alinéa de l'article R.4312-8. « Lorsque l'infirmier remplacé exerce dans le cadre d'une association ou d'une société, il en informe celle-ci.

« *Art. R. 4312-85.* – Le remplacement d'un infirmier est possible pour une durée correspondant à son indisponibilité. Toutefois, un infirmier interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. «Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi par écrit entre les deux parties et être communiqué au conseil départemental de l'ordre.

« *Art. R. 4312-86.* – L'infirmier remplaçant qui n'est pas installé assure le remplacement au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier remplacé et sous sa responsabilité propre. «L'infirmier d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

« *Art. R. 4312-87.* – Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier remplacé. « L'infirmier qui remplace un de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère remplacé et, éventuellement, avec les infirmiers exerçant en association ou en société avec celui-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental de l'ordre. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire doit être soumise audit conseil qui apprécie l'opportunité et décide de l'installation.

« *Art. R. 4312-88.* – L'infirmier peut s'attacher le concours d'un ou plusieurs confrères collaborateurs libéraux, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n. 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. « Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix de l'infirmier par les patients, l'interdiction du compérage et la prohibition de la concurrence déloyale.

#### **« Sous-section 4 : « Dispositions diverses et finales »**

« Art. R. 4312-89. – Tout infirmier qui modifie ses conditions d'exercice y compris son adresse professionnelle ou cesse d'exercer est tenu d'avertir sans délai le conseil départemental. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national.

« Art. R. 4312-90. – Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un infirmier peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels.

« Art. R. 4312-91. – Toutes les décisions prises par l'ordre des infirmiers en application du présent code de déontologie sont motivées. « Les décisions des conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national de l'ordre soit d'office, soit à la demande des intéressés. Dans ce dernier cas, le recours doit être présenté dans les deux mois de la notification de la décision. « Les recours contentieux contre les décisions des conseils départementaux ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

« Art. R. 4312-92. – Les articles R. 4126-1 à R. 4126-54 sont applicables aux infirmiers.»

**Art. 2. – I.** – Au plus tard six mois après la date de la publication du présent décret, les infirmiers en fonction et inscrits au tableau de l'ordre sont tenus de déclarer sur l'honneur au conseil départemental dont ils relèvent qu'ils ont pris connaissance du code de déontologie et qu'ils s'engagent à le respecter. **II.** – Les contrats professionnels signés avant la date de publication du présent décret devront avoir été rendus conformes aux dispositions du code de déontologie des infirmiers dans sa rédaction issue de l'article 2 du présent décret, au plus tard deux ans après la date de cette publication.

**Art. 3. –** Les demandes d'autorisation d'exercice dans un lieu distinct ainsi que les demandes d'autorisation de remplacement réceptionnées par le directeur général de l'agence régionale de santé à la date d'entrée en vigueur du présent décret continuent d'être instruites par ce dernier jusqu'à leur terme sur le fondement des dispositions du code de la santé publique antérieures à cette entrée en vigueur. Toute demande réceptionnée par le directeur général de l'agence régionale de santé après la date d'entrée en vigueur du présent décret est transférée, sans délai et par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au conseil départemental de l'ordre compétent qui dispose alors du délai restant à courir pour statuer sur cette demande. Sa décision est rendue sur le fondement des dispositions prévues par le présent décret. Le directeur général de l'agence régional de santé assure la gestion des procédures contentieuses qui portent sur les décisions qu'il a lui-même rendues.

**Art. 4.** – La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 novembre 2016. MANUEL VALLS Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales et de la santé*, MARISOL TOURAINE

# **Annexe III**

**Le CEEPAME**

L'école de puéricultrices de Nantes adhère au CEEPAME [www.ceepame.com](http://www.ceepame.com)

Les formateurs participent aux réunions régionales.

Le CEEPAME (Comité d'Entente des Ecoles Préparant aux Métiers de l'Enfance) est une association loi 1901 à but non lucratif qui regroupe des écoles préparant au diplôme d'Etat de puéricultrices et au diplôme professionnel d'auxiliaires de puériculture.

### **Les objectifs de l'association :**

Promouvoir une formation professionnelle de qualité dans les écoles,  
Représenter les écoles auprès de pouvoirs publics et toute autre instance nationale ou internationale,  
Assurer la coordination des écoles,  
Favoriser les échanges pédagogiques entre les différentes filières de formation,  
Développer l'expertise pédagogique des formateurs,  
Initier des travaux de recherche,  
Inscrire les écoles dans une démarche qualité.

### **Les moyens d'action :**

- Élaboration de référentiels d'activités, de compétences, de formation,
- Proposition d'évolution des dispositifs de formation aux réalités professionnelles,
- Participation aux groupes de travail initiés par les ministères : Santé et Action sociale,
- Participation aux travaux et congrès des associations : ANPDE, ANAP, CEFIEC, GERACFAS, AEIBO, CEIADE, GIPSI FINE, ANDEP...
- Organisation décentralisée en région,
- Mise en place de journées d'études, de journées régionales et de séminaires,
- Propositions de formation continue pour les formateurs,
- Conduite d'enquêtes,
- Constitution de fonds documentaires,
- Initiation de démarches de recherche-action,
- Promotion de l'évaluation des pratiques pédagogiques.

## **Annexe IV**

**Programme des études préparant au Diplôme d'Etat de  
Puéricultrice : Arrêté du 13 juillet 1983**

## **Arrêté du 13 juillet 1983**

*Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme d'étude préparant au diplôme d'Etat de Puéricultrice.*

### **PREAMBULE**

La profession de puéricultrice diplômée d'Etat a été créée en 1947, au lendemain de la première codification des mesures de protection maternelle et infantile.

Depuis l'évolution des connaissances et des techniques, de la politique de santé en matière de prévention, les mutations intervenues au niveau des conditions de vie, les besoins de la population en structures d'accueil de la petite enfance, ont amené la puéricultrice diplômée d'Etat à assumer des responsabilités de plus en plus importantes de soin (dans toutes ses dimensions), d'éducation, de relation et de gestion dans des secteurs de plus en plus diversifiés, pour répondre aux besoins de santé de l'enfant : dans sa famille, en milieu hospitalier ou dans les structures d'accueil.

Le développement harmonieux de l'enfant est totalement subordonné à la qualité de la réponse apportée à ses besoins par autrui. Chaque enfant est un être unique, en pleine évolution, avec ses propres besoins physiologiques, psycho-affectifs et sociaux indissociables.

Ce qui exige une formation spécifique aux soins de santé à donner pendant l'enfance.

La finalité de la formation est la préparation à la fonction de puéricultrice, à savoir : contribuer à promouvoir, à maintenir, à restaurer la santé de l'enfant dans sa famille et les différentes structures d'accueil.

En fin de formation, l'élève puéricultrice doit être capable de :

1° Identifier les besoins d'un enfant ou d'un groupe d'enfants (recueil d'informations, observation, analyse, discernement du besoin).

2° Répondre à ces besoins (inventaire des ressources, élaboration des différents types de réponse, choix de la réponse, mise en place de l'action, évaluation et éventuel réajustement) assagissant en priorité dans les milieux où les besoins et les facteurs de risque sont les plus importants.

3° Promouvoir une politique de progrès en matière de santé de l'enfant par des actions de prévention, d'éducation, de recherche auprès :

- des parents ;
- d'enfants ;
- d'autres élèves en formation ;
- et de professionnels concernés par l'enfance.

4° Participer à l'administration d'un service ou d'une institution d'enfants (former, animer, organiser, gérer) en se situant dans une équipe pluridisciplinaire et en liaison avec les différents intervenants auprès de l'enfant et de sa famille pour une action concertée.

La formation doit permettre à la future puéricultrice diplômée d'Etat :

1° De bien connaître tous les aspects du développement de l'enfant.

2° D'envisager le soin en matière de prévention, de maintien ou de réparation de la santé, dans une approche globale et dynamique de l'enfant par :

- la connaissance et l'utilisation des ressources propres de l'enfant ;
- le dépistage précoce des facteurs de risques ;
- la prévention de tout ce qui peut nuire à l'avenir de l'enfant ;
- la promotion d'un milieu de vie adapté aux besoins de l'enfant ;
- une relation avec la famille, favorisant la participation de celle-ci ;
- la collaboration dans une équipe pluridisciplinaire ;
- l'éducation des personnels.

3° De s'ouvrir à la dimension communautaire des problèmes de santé de la famille et de l'enfant, y compris la prise en charge de leur santé par les usagers eux-mêmes.

4° De développer des aptitudes à l'observation, à la réflexion, à la relation, à l'animation du travail en équipe, à la prise de décision, à la pédagogie et à la recherche,

Cet enseignement théorique et pratique vise à préparer l'élève puéricultrice à assumer des responsabilités liées à sa fonction, notamment :

- dans les services d'enfants malades ; dans les services de maternité ;
- dans les établissements d'accueil et de garde des jeunes enfants (pouponnière, crèche collective, crèche familiale, halte-garderie, centre maternel, etc.) ;
- dans les visites au domicile des assistantes maternelles et des familles, dans les consultations de nourrissons ;
- dans les écoles maternelles (bilan 3, 4 ans), etc.

En raison de l'évolution des besoins de la population, des structures de santé et d'actions sociales, des sciences médicales et humaines, des techniques nouvelles, cette formation doit nécessairement déboucher sur une formation permanente pour garantir la compétence de la puéricultrice diplômée d'État.

## **ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT**

La scolarité se déroule sur 12 mois et comprend 1 500 heures de formation dont environ :

- 650 heures d'enseignement théorique et pratique à l'école ;
- 710 heures de temps de stage,
- 140 heures de travaux dirigés et dévaluation.

Les élèves doivent bénéficier d'un mois de vacances d'été et de quatre semaines de congés, à répartir dans l'année,

Ce programme présente un contenu de connaissances sur l'enfant qui dissocie les aspects physiologiques, psychologiques, pathologiques et socioculturels.

Compte tenu de cette démarche pédagogique il convient d'attirer l'attention des formateurs sur la nécessité d'insister sur l'interdépendance qui existe entre le développement neurologique sensoriel et moteur, les phénomènes de maturation et le développement psychomoteur et socio-affectif, ceci afin de permettre à l'élève puéricultrice d'assurer des soins individualisés, continus, supports de relation dans une approche globale de l'enfant.

La qualité des soins dépend de l'attention que chaque enfant reçoit.

Si cet enseignement vise à intégrer les connaissances les plus récentes sur les besoins de l'enfant et les processus de son développement, il doit également s'accompagner d'un entraînement à l'observation pour faciliter la perception des différentes manifestations de l'enfant, afin de comprendre leur signification en les replaçant dans son histoire et dans celle de sa famille.

## **Enseignement théorique**

Il est réparti de la façon suivante :

- Introduction à la formation,
- Politique de santé ;
- Organisation administrative sanitaire et sociale : environ 140 heures ;
- Droit : environ 20 heures ;
- Formation à l'éducation et à la relation : environ 70 heures ;
- La profession : environ 25 heures ;
- Sociologie : Environ 55 heures ;
- L'enfant : physiologie : environ 23 heures ;
- La pathologie environ 117 heures, dont :
  - 6 heures période anténatale ;
  - 25 heures période néonatale ;
  - 86 heures de 1 mois à l'adolescence
    - o Diététique (apport théorique et exercice) : environ 60 heures ;
    - o Psychologie et psychosociologie : environ 50 heures ;
    - o Psychopédagogie (apport théorique et exercice) : environ 40 heures ;
    - o Formation à la gestion et à l'organisation : environ 50 heures.

## **STAGES**

Le temps global est fixé à 650 heures environ.

Le stage est un lieu et un temps de formation permettant de développer des aptitudes et des attitudes, d'acquérir des compétences à travers :

- le recueil d'informations sur un terrain professionnel ;
- l'analyse des informations en référence à la situation donnée, à l'expérience antérieure et aux enseignements théoriques ;
- l'acquisition et le perfectionnement des techniques, dans le but de répondre de façon adaptée aux besoins des usagers : enfants, famille, etc.

Il doit s'effectuer dans un secteur en relation avec la fonction de la puéricultrice diplômée d'État avec un minimum de :

- 25 à 30 % en secteur hospitalier ;
- 25 à 30 % en secteur extra-hospitalier.

Toute élève devant justifier en fin de formation (l'activité professionnelle étant prise en compte) d'une expérience en service de maternité, néonatalogie, pédiatrie, ainsi qu'en secteur de P.M.I. (suivi d'assistantes maternelles...) et en crèche collective, 40 à 50 % des stages seront déterminés en fonction des aptitudes, du passé et du projet des élèves, de l'intérêt du stage et de la qualité de l'encadrement.

Un temps minimum de travaux centrés sur le stage (préparation, exploitation, etc.) est pris sur le temps imparti à l'enseignement théorique.

Rythme et alternance stage cours sont laissés à l'appréciation des écoles.

### **Méthodes pédagogiques**

Les écoles détermineront les méthodes les mieux adaptées aux besoins des étudiants.

Quelles que soient les méthodes utilisées, il serait souhaitable d'atteindre les objectifs suivants :

- favoriser la participation active des élèves à leur formation ;
- mobiliser l'acquis pour qu'il devienne un élément dynamique pendant la formation et l'exercice professionnel ;
- Permettre l'expérimentation du travail collectif ;
- développer l'esprit de recherche ;
- développer l'esprit d'observation ;
- développer l'expression écrite et orale ;
- développer la capacité à analyser les situations et l'esprit de synthèse ;
- développer les capacités à l'animation de groupe et à l'entretien ;
- favoriser chez l'étudiant sa réflexion relative à la notion de responsabilité professionnelle.

## **INTRODUCTION A LA FORMATION**

En référence aux objectifs de formation énoncés dans le préambule, il est souhaitable d'apporter dès le début de la formation des connaissances précises en ce qui concerne la politique de santé, législation et droit, sociologie, psychologie éducation, profession.

Ceci afin que l'élève puéricultrice dispose des éléments indispensables pour intégrer ces disciplines dans la démarche de soin, appréhender et utiliser les stages et s'interroger sur la pratique professionnelle.

### **1. Politique de santé**

Notions de statistique et d'épidémiologie.

Démographie :

- notions sur la fécondité, la natalité, la mortalité (dont la mortinatalité, mortalité périnatale, néonatale et infantile), la morbidité ;
- la population mondiale, la population française, les différents milieux socioculturels.

La planification des actions de santé (objectifs, moyens, évaluation.).

Notions d'économie :

- le coût de la santé ;
- les financements des actions de santé (État, collectivité locale, système de protection sociale).

## ***II. Organisations administratives, sanitaires et sociales***

STRUCTURES, OBJECTIFS, MOYENS

II.1. Des organismes internationaux s'occupant de l'enfance.

II.2. De l'administration centrale chargée de la santé et des affaires sociales.

II.3. Des structures régionales, départementales et locales.

II.4. De la Sécurité Sociale.

II.5. De la protection de la maternité et de l'enfance

Le service unifié de l'enfance :

- le service départemental de P.M.I., objectif de la législation, examens de santé, certificats de santé, bilan 3 4 ans, le carnet de santé, consultations d'enfants, vaccinations (calendrier), visites à domicile, différents intervenants ;
- de la santé scolaire ;
- de l'aide sociale à l'enfance.

La sectorisation :

- inter secteur de psychiatrie infanto juvénile ;
- enfance inadaptée (loi d'orientation en faveur des handicapés).

II.6. Les établissements d'accueil de la petite enfance :

- Type collectif crèche collective, halte-garderie, mini crèche, crèche Parentale, école maternelle, jardin d'enfants, pouponnière
- Type familial : crèche familiale, assistante maternelle, personnel au domicile des parents
- Les centres maternels
- Pouponnière à caractère sanitaire
- Maison d'enfants à caractère sanitaire
- L'hôpital, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, maternités

- Groupe d'aide psycho pédagogique
- Centre médico psycho pédagogique
- Centre d'action médico-sociale précoce
- Institut médico éducatif, hôpital de jour et autres structures des inters secteurs de pédo-psychiatrie infanto juvénile

## ***Sociologie***

Les courants sociologiques, les méthodes en sociologie.

Place et fonctionnement des groupes et des institutions (statut, rôle, fonctions, autorité, pouvoir, etc.).

L'appartenance sociale, les modes de vie.

Évolution de la famille en France.

Notions sur d'autres types de famille.

Apparition et évolution de la notion d'enfance.

Histoire du travail social.

Analyses en fonction de l'évolution des conditions socio-économiques :

- de l'élevage des enfants (introduction successive des différentes sciences, influence des cultures et des modèles sociaux sur les pratiques éducatives et alimentaires) ;
- des institutions qui les prennent en charge ;
- de l'activité des professionnels qui s'en occupent.

Étude d'un quartier ou d'une population.

## ***Psychologie***

Les grands courants de la psychologie contemporaine.

Les apports de la psychanalyse

## ***Droit social et civil***

RAPPEL ET MISE A JOUR DES CONNAISSANCES

### **Droit social :**

Textes législatifs et réglementaires relatifs à la régulation des naissances et à l'interruption volontaire

Les prestations familiales ; les prestations sociales liées à la grossesse et à la maternité.

L'aide médicale gratuite.

Éléments de droit du travail relatifs à la grossesse et à la maternité ; congé parental ; congé exceptionnel.

Éléments de droit du travail relatif à la protection des mineurs.

## **Droit civil :**

La déclaration de naissance.  
Le mariage, les régimes matrimoniaux.  
La filiation, l'adoption, la légitimation, la reconnaissance.  
L'autorité parentale.  
La séparation de corps, le divorce.  
Les pensions alimentaires.  
L'aide judiciaire.  
La protection de l'enfance.

## **Formation à l'éducation et à la relation**

Le but est d'élargir la compréhension des comportements et d'éclairer la connaissance que les élèves ont d'elles-mêmes dans leurs attitudes professionnelles.

Principales théories sur la relation.

Étude du concept d'éducation, principes pédagogiques.

Évolution des principaux courants et pratiques pédagogiques concernant l'adulte au regard des sciences humaines.

Notions sur les principaux courants pédagogiques utilisés dans les activités proposées aux jeunes enfants.

Application dans l'éducation pour la santé de l'individu et de la collectivité.

Élaboration d'un projet pédagogique.

## **Méthodes :**

- Expression écrite et orale ;
- Exercices de communication ;
- Technique d'entretien : mise en situation ;
- Technique d'animation du groupe, conduite de réunions ;
- Analyse de situation ;
- Techniques d'éducation pour la santé.

Cette formation devra être poursuivie tout au long de l'année à l'occasion des stages et de la synthèse de la démarche de soins.

## ***La profession***

1° Le monde du travail, ses caractères; ses problèmes; ses conflits.

Histoire du mouvement associatif, les associations.

Histoire du mouvement des travailleurs, les syndicats.

2° Historique et évolution de la profession de puéricultrice :

La fonction de puéricultrice dans les différents secteurs d'activité.

Textes législatifs régissant la profession, notamment :

- décret du 13 août 1947 ;
- décret du 16 janvier 1962 ;
- décret du 19 juillet 1962 ;
- décret du 3 septembre 1964 ;
- loi du 31 mai 1978 ;
- loi du 12 juillet 1980 ;
- décret du 12 mai 1981.

L'éthique

La responsabilité civile et pénale

3° Autres professions concernées par l'enfance :

- Connaissance
- Relation

## **PÉRIODE ANTÉNATALE**

### **OBJECTIFS**

A l'issue de cette période, l'élève doit être apte à participer à l'amélioration des conditions d'accueil des nouveau-nés.

- 1° Préparation matérielle et psychologique de la venue de l'enfant (hygiène, alimentation, modes de garde, etc.
- 2° Informations sur des dispositions sanitaires et sociales dont les familles peuvent bénéficier.
- 3° Orientation des familles vers les structures compétentes en fonction des problèmes identifiés.

### **CONTENU**

1. Développement et physiologie de l'embryon et du fœtus
2. Notions de périnatalogie.
  - 2.1. Approche épidémiologique de la souffrance fœtale chronique et aiguë (Causes, détection, surveillance, risque).
  - 2.2. Causes de mortalité anténatale.
3. Notions de génétique.
  - 3.1. Rappel portant sur :
    - le matériel génétique
    - le mode de transmission des caractères héréditaires.

### 3.2. Le conseil génétique. Notions de dépistage in utero.

## 4. Approche psychologique et sociologique de la maternité et de la place de l'enfant dans la famille.

- 4.1. Connaissances actuelles du développement psychologique et sensoriel de l'enfant in utero.
- 4.2. Désir d'enfant. L'enfant comme projet des parents. Préparation psychologique à la venue de l'enfant. Problèmes psychologiques spécifiques à la femme enceinte, retentissement de son histoire personnelle. Place du père.
- 4.3. Conditions de vie ayant une incidence sur la grossesse et sur l'accueil de l'enfant
  - habitat ;
  - travail ;
  - environnement socioculturel et écologique.
- 4.4. Retentissement de la situation matrimoniale sur la grossesse (célibat, mariage, divorce, séparation de corps, concubinage).
- 4.5. Régulation des naissances et interruption de grossesse.
- 4.6. Stérilité.
- 4.7. Évolution actuelle des pratiques autour de l'accouchement et de la naissance.

## 5. Protection sanitaire et sociale mise en place.

- 5.1. Rappel législatif et réglementaire de la protection de la maternité (y compris les prestations sociales) :
  - examen prénuptial ;
  - régulation des naissances ;
  - interruption volontaire de grossesse ;
  - surveillance de la grossesse ;
  - dispositions concernant le travail de la femme enceinte.
- 5.2. Établissements d'accueil.
- 5.3. Intervenants.

## PÉRIODE NÉONATALE

### OBJECTIFS

A l'issue de cette période, l'élève doit être capable de

#### 1° Identifier les besoins spécifiques :

- d'un nouveau-né ;
- d'un groupe de nouveau-nés.

#### 2° Assurer les soins ou les faire assurer pour y répondre de façon adaptée en tenant compte

- du rythme propre du nouveau-né ;
- de sa famille ;
- des stimulations sensorielles et affectives nécessaires à son développement ;
- Des risques d'agression de l'environnement.

3° Dépister les signes d'alarme traduisant une pathologie néonatale.

4° Assurer la surveillance d'un nouveau-né ou d'un groupe de nouveau-nés et l'application des traitements.

5° Concourir à la prévention précoce des carences, des inadaptations et des handicaps :

- en favorisant l'établissement des liens famille enfant ;
- en apportant un soutien aux familles et en renforçant leurs possibilités de réponse ;
- en informant les familles des dispositions concernant la protection sanitaire et sociale des enfants.

6° Faciliter l'apprentissage des soins aux enfants aux personnes qui en ont la charge en tenant compte :

- de leurs propres ressources ;
- des ressources des enfants ;
- de l'environnement ;
- de la demande ;

et les préparer à faire face à certains symptômes fréquents au cours de cette période.

7° Evaluer la qualité et l'efficacité des plans d'action mis en place.

## **CONTENU**

### **1. Le nouveau-né**

1. Adaptation à la vie extra-utérine.
2. Examen clinique du nouveau-né.
3. Rythmes biologiques (sommeil, alimentation, etc..)
4. Physiologie de la douleur.
5. Bases de l'alimentation et besoins du nouveau-né :
  - le lait maternel ;
  - les aliments diététiques lactés et les aliments diététiques non lactés.

### **II. La pathologie**

L'enseignement de la pathologie de cette période doit permettre à l'élève puéricultrice de :

- comprendre la physiopathologie des principales maladies et malformations du nouveau-né ;
- reconnaître les signes ;
- faire face à l'urgence ;
- comprendre les principes thérapeutiques et appliquer le traitement.

1. Dépistage et prévention des pathologies en maternité.
  - 1.1. Les moyens :
    - anamnèse ;
    - examens systématiques.
  - 1.2. Dépistage des principales malformations congénitales.
  - 1.3. Pathologies génétiques (principales maladies métaboliques et aberrations chromosomiques).
  - 1.4. Pathologies périnatales :
    - pathologie métabolique (hypocalcémie, hypoglycémie);
    - pathologie cérébrale ;
    - pathologie infectieuse ;
    - pathologies particulières :
    - les syndromes hémorragiques ;
      - les ictères;
      - les anémies;
      - les détresses respiratoires.
2. Le nouveau-né à risque :
  - prématuré ;
  - retard de croissance intra-utérine ;
  - post mature ;
  - nouveau-né de mère diabétique ;
  - nouveau-né de mère consommatrice de stupéfiants, de médicaments, d'alcool, de tabac.
3. Réanimation néo-natale et transport du nouveau-né.

### ***III. Approche psychologique et sociologique de la période néo-natale***

1. Le premier mois de la vie : la dépendance à autrui et la découverte des repères extérieurs.
2. Conceptions contemporaines de la psychologie du nouveau-né, de sa mère, du groupe familial,
3. L'accueil du nouveau-né selon les valeurs socio culturelles de son milieu familial, selon la filiation.
4. L'abandon,
5. L'allaitement maternel.
6. Le handicap. La prématurité. Le retard de croissance intra-utérin. Implication de l'équipe soignante dans la prise en charge de l'enfant et de sa famille.
7. La séparation précoce.
8. La mort du nouveau-né.

### **Techniques de soins**

A l'issue de cette période, l'élève doit être capable

*a) De dégager les grands principes d'une technique, d'en maîtriser les gestes, d'éviter ceux inutiles ou dangereux.*

L'apprentissage d'une dextérité manuelle ne doit pas faire oublier la prise en compte de l'enfant dans sa globalité.

Application pratique des règles d'asepsie.

Soins spécifiques au nouveau-né en salle de travail :

- soins d'hygiène ;
- aspiration ;
- oxygénation ;
- instillation oculaire ;
- préparation pour cathétérisme ombilical pour transfusion d'échange ;
- techniques et matériels de réanimation ;
- installation de l'enfant en différentes postures ;
- surveillance des constantes vitales (prise des paramètres et transmissions) ;
- manipulation des appareils de monitoring des pompes à perfusion ;
- utilisation, entretien et surveillance de l'incubateur ;
- surveillance et soins au nouveau-né en incubateur : transport du nouveau-né.

Mise en route et poursuite de l'allaitement

Réalisation de préparations diététiques.

Préparation et stérilisation de biberons,

Gavage.

Alimentation continue.

Alimentation parentérale.

Prélèvements de sang, d'urine, de selles, divers, etc.,

Perfusion.

Transfusion.

Photothérapie : installation, surveillance et soins.

Lavage en abduction.

*b) De développer des attitudes professionnelles, acquérir des techniques, d'apprendre à les utiliser dans la relation de travail en liaison avec d'autres professionnels, notamment lors :*

- des visites à domicile,
- des consultations de nourrissons,
- de la mise en œuvre d'activités collectives d'animation et d'éducation pour la santé ;
- des permanences,
- de l'accueil des familles dans les institutions.

Pour le maintien de l'enfant dans sa famille.

Pour la préparation de l'accueil d'un nouvel enfant dans la famille (naissance, adoption, placement).

Pour l'aménagement de la séparation de l'enfant d'avec sa famille (halte-garderie, crèche, assistante maternelle, pouponnière, hôpital).

Pour le retour de l'enfant dans sa famille (enfant hospitalisé, enfant prématuré ou nouveau-né, enfant transféré ou hospitalisé dès la naissance, enfant placé dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance).

## **PÉRIODE DE UN MOIS A QUINZE ANS**

### **OBJECTIFS UN MOIS A SIX ANS**

A l'issue de cette période, l'élève doit être capable de :

- 1° Identifier les besoins physiologiques, psychologiques et sociaux d'un enfant ou d'un groupe d'enfants.
- 2° Assurer les soins ou les faire assurer pour y répondre de façon adaptée en sachant qu'au cours de cette période l'enfant développe l'essentiel de son potentiel tant au niveau de la croissance, de la maturation, qu'au niveau de l'apprentissage de la socialisation.
- 3° Dépister les signes traduisant une pathologie, assurer la surveillance d'un enfant ou d'un groupe d'enfants et l'application des traitements,
- 4° Faciliter l'apprentissage des soins aux enfants aux personnes qui en ont la charge en tenant compte :
  - de leurs propres ressources ;
  - des ressources des enfants ;
  - de l'environnement ;
  - de la demande ;

Et les préparer à faire face à certains symptômes fréquents au cours de cette période.

- 5° Permettre à un enfant ou un groupe d'enfants d'acquérir progressivement leur autonomie et les encourager dans cette démarche.
- 6° Sensibiliser les personnes qui ont la charge d'un enfant ou d'un groupe d'enfants aux risques auxquels ils sont exposés ainsi qu'aux moyens de les prévenir.
- 7° Concourir à la surveillance médico-sociale d'un enfant ou d'un groupe d'enfants en tenant compte de la législation en vigueur.
- 8° Évaluer la qualité et l'efficacité des plans d'action mis en place.

### **OBJECTIFS SIX ANS A QUINZE ANS**

A l'issue de cette période, l'élève doit :

- Etre capable d'assurer ou de faire assurer les soins aux enfants et adolescents malades en prenant en compte les données physiologiques, intellectuelles, psycho-affectives et psycho-sociales propres à cette tranche d'âge ;
- Etre sensibilisé aux problèmes psycho-sociaux les plus fréquents pour participer à leur prévention ;
- Etre Informé sur les principales mesures législatives et sur les différents types d'équipements éducatifs prévus pour prévenir la délinquance et les inadaptations.

## CONTENU

### **1. L'enfant**

1. Évolution du développement staturo-pondéral, neurologique et sensoriel.
2. Évolution de la physiologie du sommeil.
3. Bases de l'alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent :
  - les aliments : valeur nutritive, introduction, élaboration de régime ;
  - les aliments lactés diététiques pour nourrissons ;
  - le lait de vache ; hygiène, conservation, conditionnement ;
  - les farines : leur utilisation ;
  - les différentes classes d'aliments ;
  - les boissons ;
  - les différents modes de conservation des aliments ;
  - les associations de consommateurs.

### **2 - Pathologie**

1. Pathologie Infectieuse et parasitaire.
  - 1.1. Prophylaxie des Infections acquises dans les collectivités d'enfants (muguet, maladies éruptives, diarrhées, méningites, primo-infection tuberculeuse).
  - 1.2. Indications, contre-indications et complications des vaccins, sérums, immunoglobulines.
  - 1.3. Signes d'appel et conduite du traitement des infections rhino-pharyngées et des otites aiguës.
  - 1.4. Signes d'appel et conduite du traitement des principales parasitoses (paludisme, parasitoses digestives).
2. Dépistage et prévention des caries dentaires.
3. Pathologie accidentelle :
  - 3.1. Épidémiologie générale de la pathologie accidentelle de l'enfant.
  - 3.2. Prévention et conduite à tenir devant :
    - traumatisme crânien ;
    - brûlures ;
    - inhalation d'un corps étranger ;
    - ingestion de substances toxiques.
4. Mort subite inexpiquée du nourrisson : Fréquence, prévention.
5. Enfants victimes de sévices : Facteurs de risque et prise en charge.
6. Dépistage et prévention des troubles sensoriels.
7. Pathologie respiratoire.
  - 7.1 Sémiologie des insuffisances respiratoires aiguës (y compris la coqueluche).
  - 7.2.Principales insuffisances respiratoires chroniques, causes et prise en charge,
8. Pathologie cardio-vasculaire,
  - 8.1. Signes d'appel des principales cardiopathies congénitales.
  - 8.2. Sémiologie de l'insuffisance cardiaque : conduite du traitement médical.

## 9. Hématologie.

Dépistage et conduite du traitement :

- des anémies ferriprives,
- des anémies hémolytiques héréditaires,
- des leucoses aiguës,
- de l'hémophilie,
- kala-azar.

## 10. Pathologie digestive.

10.1. Conduite à tenir devant

- anorexie,
- vomissements,
- diarrhées aiguës et chroniques,
- déshydratation,
- constipation.

10.2. Signes d'appel des principales pathologies chirurgicales viscérales : hernie, invagination, appendicite, tumeur abdominale

## 11. Pathologie endocrinienne et métabolique.

11.1. Dépistage et conduite du traitement : de la mucoviscidose, de la phénylcétonurie, de l'hypothyroïdie, de l'hyperplasie surrénale congénitale.

11.2. Retards de croissance : Rappel sur la croissance normale, principales causes et conduites à tenir devant un retard staturaire.

11.3. Anomalies de la puberté. Rappel sur la puberté normale et conduite à tenir devant la puberté précoce, retard pubertaire.

11.4. Obésité de l'enfant, prise en charge.

11.5. Diabète insulino-dépendant, épidémiologie, dépistage, conduite et guidance du traitement,

## 12. Pathologie carencielle,

12.1. Prévention, dépistage et conduite du traitement du rachitisme et de l'avitaminose K.

12.2. Hypotrophie staturo-pondérale du nourrisson : principales causes.

## 13. Pathologie génito-urinaire.

13.1. Signes d'appel et principes du traitement de l'infection urinaire.

13.2. Glomérulo-néphrite aiguë et syndrome néphrotique, dépistage et surveillance du traitement.

13.3. Insuffisances rénales chroniques ~ prise en charge.

## 14. Pathologie du système nerveux.

14.1 Prévention et conduite du traitement des convulsions fébriles.

14.2 Dépistage et principes thérapeutiques des méningites aiguës bactériennes.

14.3.Épidémiologie, dépistage et prise en charge des encéphalopathies chroniques et d'infirmité motrice cérébrale.

14.4. Signes d'appel et conduite à tenir devant hématome sous dural, hypertension intra crânienne, hydrocéphalie et cranio-sténose,

## 15. Dermatologie.

15.1 Prévention, détection et conduite du traitement : de l'érythème fessier du nourrisson, de la maladie de Leïner-Moussous, de l'eczéma, des pyodermes, de la gale, de la teigne, de la pédiculose.

15.2 Notions pronostiques sur les angiomes.

## 16. Pathologie ostéo-articulaire et musculaire,

- 16.1. Ostéo-arthrite, signes d'appel.
- 16.2 Pronation douloureuse.
- 16.3 Notions pronostiques du genu-valgum,
- 16.4 Détection des troubles de la statique vertébrale.
- 16.5 Rhumatismes chroniques de l'enfant, prise en charge de l'enfant et de sa famille.
- 16.6 Myopathies signes d'appel et conduite à tenir.
- 16.7 Tumeurs solides : signes d'appel, prise en charge de l'enfant.

### 3- Psychologie

#### A- Développement psychomoteur et socio-affectif

Par souci de clarté, pédagogique, ce programme présente le développement de l'enfant selon un découpage artificiel

Se référant aux différents courants de la psychologie génétique (Piaget, Wallon, Gesell, Lezine, etc.) et de la psychanalyse (Freud, Klein, Winnicott, Malher...) il propose de grandes périodes qui ponctuent des moments plus sensibles, plus féconds, des moments organisateurs. Cette présentation ne doit cependant pas faire oublier que le développement est un processus dynamique dont le rythme n'est pas parfaitement uniforme et continu et que si ces acquisitions apparaissent dans un ordre constant, il existe une grande diversité d'âge d'apparition.

Les indications apportées à chaque période ne se veulent pas exhaustives, elles cherchent seulement à insister sur quelques repères significatifs qui peuvent guider les futures puéricultrices dans l'approche de l'enfant.

#### Les grandes étapes, leur signification dans le développement de l'enfant

**Période de 1 à 4 mois :** On insistera notamment sur la dépendance du nourrisson à autrui et sur la « compétence » qu'il possède déjà pour entrer en relation avec l'autre et le monde extérieur, pour instituer des repères dans la continuité et la permanence, pour fonder une sécurité, de base et pour commencer très précocement à organiser les premières activités de jeux et les processus préverbaux de communication.

**Période de 5 à 9 mois :** On insistera notamment sur l'acquisition des rythmes de vie; l'adéquation et l'équilibre entre les demandes, les réponses et les frustrations nécessaires; l'élargissement de l'environnement avec la verticalité et la motricité de plus en plus riche, la différenciation entre l'environnement familial et étranger ; l'angoisse de séparation et la « permanence » de l'objet et des personnes.

**Période de 10 à 15 mois :** On insistera en particulier sur le fait que l'enfant sort d'une période fusionnelle pour maîtriser de plus en plus la différenciation, l'individuation, la distanciation, aidé en cela par l'acquisition de la marche, des premiers mots dont le NON et des jeux de construction.

**Période de 18 à 27 mois :** On insistera notamment sur l'importance des découvertes spontanées, des interdits de l'équilibre à trouver entre les deux sur l'apprentissage des contrôles sphinctériens et de l'autonomie dans certains moments de la vie quotidienne (habillement, alimentation, etc.) sur l'explosion verbale (phrase, prénom, moi, etc.) sur l'imitation socio-affective (identification à l'entourage dans les activités), sur l'affectivité, encore marquée par une mode duel de relation.

**Période de 30 mois à 3 ans :** Age charnière, On insistera particulièrement sur « cette majorité de la petite enfance » du MOI au JE ; Ouverture aux relations triangulaires et situation œdipienne ; élargissement de la socialisation enrichissement des images mentales et du langage (par rapport à ta période antérieure où prédomine l'intelligence sensori-motrice).

**Période de 3 à 6 ans :** On insistera sur l'évolution de la situation œdipienne, sur le rôle de l'école maternelle et du jardin d'enfant, la part du réel et de la vie imaginaire, le dessin l'accès aux symboles écrits la latéralisation.

**Période de 6 à 7 ans :** On insistera sur l'entrée dans une période de « latence » et d'amnésie infantile », sur le passage du stade pré opératoire au stade opératoire, sur un autre type d'organisation familiale et sociale qui intègre peu à peu de nouvelles prises de conscience (la naissance ta mort, l'appartenance à une histoire individuelle, familiale, sociale, humaine), sur d'autres modes d'individualisation et de séparation vacances loisirs.

**Période de 8 à 15 ans :** On insistera notamment sur le stade des opérations concrètes puis des opérations formelles, sur la fin de la période de latence, la sublimation, l'intellectualisation, sur le rôle de l'école primaire et de l'enseignement secondaire sur la période pré-pubertaire et pubertaire ; connaissance et relation à son corps (pudeur), signification de l'adolescence par rapport au développement, ta crise nécessaire, réactivations des problèmes antérieurs à la période de latence et de ta petite enfance.

## **B.- Notions fondamentales de la psychologie de l'enfant**

1° Notions de globalité, de continuum, d'interdépendance des fonctions, d'interactions enfant milieu.

Application pratique ~ cahier d'observation, de transmission, etc.

2° Notions de dépendance, compétence.

Attachement, détachement, symbiose, individuation, séparations dans leurs aspects structurants nécessaires, éléments de maturation

3° Notions de dynamique du développement et de rythmes de développement

Diversité des âges d'apparition des acquisitions dans un ordre constant, périodes successives, fécondes, sensibles, moments organisateurs,

4° Processus de construction de ta personnalité.

Interactions et communication. Projection, identification, mécanismes de défense. Notion d'individu, de milieu, Rôle de l'histoire individuelle et familiale.

## **C. Pathologie**

1° Signes d'alarme, dépistage, prévention.

L'enfant :

- comportement,
- manifestations somatiques.

Son environnement :

- Inadéquation des interrelations des rythmes des réponses à l'enfant ;
- Familles à risque ~ notion de répétition, de transmission de situation.

2° Carences.

3° Mauvais traitements.

4° Les retards psychogènes, les retards d'origine organique. L'interaction de ces deux facteurs et leur imbrication,

5° Névroses, psychoses.

6° Notions sur les différents moyens thérapeutiques : chimiothérapie, psychothérapie, psychanalyse, rééducation.

## **4. Approche psychologique et sociologique**

Rôle de l'école, dans la maturation de l'enfant

Inadaptation scolaire, échec scolaire.

Maternité de l'adolescente.

L'enfant et la mort. Implication des soignants.

Le suicide de l'enfant.

Tabagisme, drogue, alcoolisme.

Délinquance, prostitution.

Prévention de la marginalisation :

- Equipes de prévention, clubs de prévention, action des foyers de jeunes travailleurs (stages de réinsertion) ;
- Mesure d'AEMO ;
- Structures d'accueil Pt d'hébergement, centres d'hébergements classiques structures éclatées, appartements sociaux et thérapeutiques ;
- Centres d'écoute et d'accueil pour toxicomanes et leur famille.

## **5. Techniques de soins**

L'apprentissage d'une dextérité manuelle ne doit pas faire oublier la prise en compte de l'enfant dans sa globalité.

A l'issue de cette période l'élève doit être capable de dégager les grands principes d'une technique, de les maîtriser et d'éviter les gestes inutiles ou dangereux.

Etablissement de régimes alimentaires :

Sevrage.

Elaboration de menus,

Préparation des aliments diététiques lactés, des aliments de diversification.  
Préparation des régimes anti-diarrhéiques.  
Méthode d'organisation d'un service de diététique infantile en milieu hospitalier et en collectivité d'enfants sains

Aérosols, humidification.

Nursing des insuffisances respiratoires.

Préparation pour tubage gastrique et duodéal et réalisation Tests tuberculiniques.  
Préparation en vue d'une vaccination Préparation du matériel et de l'enfant pour une ponction de moelle ; une ponction lombaire. Gestes d'urgence. Postures. Lutte contre l'hyperthermie. Surveillance de plâtre. Test de la sueur.

## **PSYCHOPÉDAGOGIE DU JEUNE ENFANT**

L'élève puéricultrice doit acquérir des connaissances en psychopédagogie en rapport avec le développement de l'enfant, utilisables tant en collectivité d'enfants qu'en famille.

Ces connaissances lui permettront de :

- Former et d'encadrer le personnel dont elle est responsable ;
- Conseiller les parents ;
- Collaborer efficacement avec les autres professionnels qui s'occupent d'enfants.

Eveil et activité du jeune enfant.

Rythme de vie (temps de repos, temps d'activité).

Approche critique que du jouet.

Stimulation sensori-motrice du nourrisson. Danger des stimulations non significatives et des sur-stimulations.

Utilisation des différents matériaux tels que : eau, sable, pâte à modeler, terre, etc.

Eveil musical

Livre pour enfants : caractéristiques et utilisation.

Marotte et marionnette : fabrication et utilisation.

Graphisme et peinture.

Motricité et expression corporelle.

## **FONCTION DE GESTION ET D'ORGANISATION**

### **OBJECTIFS**

En fin de formation l'élève doit être capable de participer à :

- La gestion d'un service ;
- La gestion administrative ;
- La gestion financière ;
- La gestion du personnel ;
- L'organisation d'un service ;
- L'organisation du travail ;
- L'utilisation et l'entretien des locaux et du matériel.

