



Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2018-2019**

L'inclusion des étudiants en situations de handicap
dans les formations sanitaires

L'exemple d'un établissement de formation Croix Rouge

AURELIE LE FLEM
Septembre 2019

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à Eric Trouvé, qui m'a poussée à me lancer dans une reprise d'études.

Je souhaite également remercier toute l'équipe pédagogique du Master SHPS pour leurs éclairages ainsi que Sylvie Moisdon-Chataigner de m'avoir accompagnée dans mes premières réflexions sur ce travail de recherche. Je remercie aussi et surtout Marcel Calvez, mon directeur de mémoire pour ses remarques pertinentes et ses encouragements pour finaliser ce travail de recherche.

Je remercie également grandement les étudiants, les formateurs et responsables qui m'ont accordé de leur temps et ont accepté de répondre à mes questions. Merci pour leur confiance, leur sincérité et leur générosité lors des entretiens proposés.

Un grand merci tout particulier à mes collègues, et plus particulièrement ceux qui ont suivi de plus près mes réflexions et mon travail. Je pense à Hélène, à Virginie et bien sûr à tout le pôle ergo qui durant cette année m'ont encouragée et m'ont chacun apporté leurs conseils et soutien en toute bienveillance. Un immense merci à Dominique et Aurélie pour leur éclairage, leur écoute et leur soutien au moment où j'en avais le plus besoin.

Je remercie aussi ma mère et mon frère pour leurs relectures attentives sur la forme.

Merci bien sûr aussi à Chloé et Raphaël pour leur joie de vivre, leurs capacités d'adaptation et d'avoir préservé mes nuits !

Enfin, je remercie chaudement Arnaud pour son soutien inconditionnel dès le début de ce projet et qui a géré avec aisance le quotidien lors de mes semaines à Rennes, tout en gardant un équilibre occupationnel satisfaisant.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Partie I : L'inclusion des étudiants en situation de handicap dans les formations paramédicales	4
1.1 De l'intégration à l'inclusion, définition et cadre législatif régissant l'accueil des étudiants reconnus handicapés	4
1.1.1 Le passage de l'intégration à l'inclusion.....	4
1.1.2 La loi du 11 février 2005, vers l'inclusion	5
1.1.3 Définition de l'inclusion	6
1.1.4 B) Entre compensation et accessibilité, un équilibre à trouver	7
1.1.5 Une démarche inclusive perfectible	9
1.1.6 L'université, précurseur de l'accueil des étudiants reconnus handicapés....	10
1.2 Les formations en santé : une certaine complexité	14
1.2.1 Une variété de professions, mais un point commun : la relation d'aide	14
1.2.2 Des référentiels de formation nationaux.....	15
1.2.3 Une exigence d'aptitudes	17
1.2.4 Être étudiant en situation de handicap dans les formations paramédicales	19
1.2.5 Être formateur d'une profession de santé	21
1.2.6 L'importance de l'accompagnement pédagogique dans les formations sanitaires	22
1.2.7 Définition des représentations professionnelles	24
1.2.8 Quelles représentations chez les anciens étudiants reconnus handicapés devenus des professionnels de santé ?	25
1.2.9 Quelles représentations par les formateurs et tuteurs ?	26

2	Partie 2 : Un état des lieux de l'accueil des étudiants en situation de handicap.	29
2.1	Description du lieu d'études.....	29
2.2	Méthodologie pour l'enquête auprès des formateurs	30
2.3	Vers une meilleure compréhension grâce aux formateurs	31
2.3.1	Estimation du nombre d'apprenants en situation de handicap dans l'institut de formation.....	31
2.3.2	Comprendre les actions pensées ou menées par les équipes pédagogiques	33
2.3.3	Connaissance des dispositifs et outils dédiés aux apprenants en situation de handicap.....	35
2.3.4	Les craintes des formateurs.....	37
2.4	Méthodologie pour l'enquête auprès des apprenants en situation de handicap .	38
2.4.1	Description de la deuxième partie de l'enquête.....	38
2.4.2	Résultat de l'enquête auprès des étudiants reconnus handicapés.....	39
2.5	Que retenir de cette enquête ?	43
3	Partie 3 : les représentations et les possibilités d'action des formateurs	46
3.1	Une enquête à partir de situations types.....	46
3.2	Une enquête auprès des formateurs.....	46
3.3	Présentation des situations-type et questions	48
3.4	Une compréhension plus fine des représentations des formateurs et de leurs modalités de réponses face à leurs missions	50
3.4.1	Qu'est-ce qu'être un bon professionnel de santé ?	50
3.4.2	Être reconnu handicapé et être un professionnel de santé ?	51
3.4.3	Les réponses des formateurs à leurs missions	55
4	Conclusion.....	64
	Bibliographie.....	69
	Liste des annexes.....	74

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CUA : Conception Universelle de l'Apprentissage

ECTS : European Credits Transfer System

FHP : Fonction Publique Hospitalière

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFAS : Institut de Formation d'Aide-Soignant

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IUT : Institut Universitaire de Technologie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

ONU : Organisation des Nations Unies

PAEH : Plan d'Accompagnement de l'Etudiant Handicapé

PPH : Processus de Production du Handicap

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAAEH : Service d'Accueil et d'Accompagnement des Etudiants Handicapés

UE : Unité d'enseignement

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Introduction

Notre mémoire porte sur l'inclusion d'étudiants en situation de handicap dans les formations paramédicales. Il s'inscrit dans un contexte dans lequel le chômage chez les personnes handicapées est deux fois plus important que pour l'ensemble de la population française (Défenseur des droits, 2016). Pourtant la loi de 1987 pour l'emploi des travailleurs handicapés oblige toute entreprise privée de plus de vingt salariés à employer 6% de personnes ayant une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) (Loi N° 87-157 du 10 juillet 1987). Elle a été étendue au secteur public dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹ (Loi N° 2005-102 du 11 février 2005). Cependant, il est rare que les entreprises réussissent à atteindre ce taux. Plusieurs causes ont pu être mises en avant: la croyance que toute personne handicapée ne peut être un travailleur accompli et rentable, mais aussi la difficulté à recruter des personnes reconnues handicapées, soit parce qu'elles ne le précisent pas lors de leur embauche, soit parce qu'elles manquent de formation. Une étude réalisée au sein de la Fonction Publique Hospitalière (FHP), qui est le premier employeur des professionnels de santé en France, le confirme. Le taux de travailleurs handicapés représente 5,14%. Ce taux se rapproche des exigences de la loi. Mais cette étude indique que la majorité des fonctionnaires ayant une RQTH ont un poste grâce à un reclassement professionnel. La proportion de professionnels embauchés directement avec une RQTH en revanche est très faible car la proportion de professionnels de santé diplômés avec une RQTH n'est pas suffisante, encore en 2019. (FHP, 2016). Elle préconise donc que plus d'étudiants en situation de handicap puissent être formés aux métiers de la santé.

Pourtant en France, le nombre de personnes en situation de handicap inscrites dans l'enseignement supérieur ne fait que s'accroître depuis quinze ans. Selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation (MESRI), près de 30.000 étudiants en situation de handicap étaient inscrits sur la totalité des établissements d'enseignement supérieur français lors de la rentrée universitaire 2017-2018. Ils étaient sept fois moins en 2005. Cette augmentation du nombre d'étudiants en situation de handicap est un point positif. Des raisons concourent à cette évolution et notamment la promulgation de la loi du 11 février 2005 qui a pour ambition de lutter contre les

¹ Pour ne pas alourdir notre propos dans la suite de cet écrit nous nommerons cette loi « la loi de 2005 »

discriminations face aux personnes handicapées et de favoriser l'inclusion de tous dans la société, notamment dans l'éducation ou le monde du travail. Depuis sa mise en œuvre, une augmentation de ces étudiants de 13,3% est constatée chaque année dans l'enseignement supérieur. L'accueil de ces étudiants qui ont des besoins particuliers s'est transformé et environ 80% des étudiants en situation de handicap peuvent profiter d'un plan d'accompagnement personnalisé et/ou d'aménagements des examens au niveau de leurs modalités de passation (CPU, 2012).

Mais être étudiant en situation de handicap inscrit dans une formation paramédicale: Voilà un projet professionnel apparemment peu courant. Parmi les 29 989 étudiants reconnus handicapés dans l'enseignement supérieur, seulement 1,9%, soit 469 d'entre eux s'orientent vers ce secteur (MESRI, 2018). Selon l'étude "Etudiant et handicap" de la FHP, "la relation binaire du "soignant" et du "malade", ancrée dans les représentations des professionnels et du grand public repose sur un partage inégal : celui de l'appropriation de la bonne santé associée à la capacité d'agir et de prendre soin par les premiers. (FHP, 2016, p3)". Il ne semble toujours pas envisageable en 2019 que le soignant puisse vivre lui-même ou ait connu des situations de handicap. Pourtant quelle preuve avons-nous de cette incompatibilité ? Ces représentations apparaissent très ancrées dans la population en général tout comme chez les professionnels de santé selon cette même étude. En conséquence, les personnes en situation de handicap ne s'autoriseraient pas toujours à tenter ce projet professionnel.

Nous pouvons alors nous interroger sur ces quelques centaines de ces étudiants. Sont-ils finalement diplômés, comment se déroule leur formation et comment la vivent-ils ? Quel regard portent les formateurs sur ces étudiants en formation paramédicale ? Ces formateurs suivent les étudiants tout au long de leur formation, tant par des enseignements que par des rencontres en groupe et un accompagnement individualisé. Sont-ils dans une démarche inclusive ? Vont-ils tout mettre en œuvre pour permettre à ces étudiants de réaliser leur projet professionnel dans de bonnes conditions ?

Des recherches sur les étudiants en situation de handicap à l'université en France et dans le monde sont fréquentes. L'effectivité des services d'accompagnement pour les étudiants reconnus handicapés, les aménagements pour les examens et peut être dans une moindre mesure les principes de la Conception Universelle de l'Apprentissage pour favoriser l'inclusion de ces étudiants sont ainsi bien connus. Or les formations paramédicales en France ne font pas partie du système universitaire (ou pas toutes et pas

pleinement). Il pourrait donc y avoir des spécificités lorsque l'on s'engage dans ces formations et que l'on est un étudiant en situation de handicap. Par exemple et jusqu'à cette année il n'y avait pas obligatoirement de service dédié à la question du handicap, ni de référent handicap dans ces établissements de formations. Quelles sont alors les démarches que les étudiants peuvent effectuer pour bénéficier des mesures de compensations dont ils ont besoin pour réaliser leurs études ?

Notre démarche de recherche a été de nous appuyer sur des apports théoriques et de les confronter à notre lieu d'études. Celui-ci est un institut de formation sanitaire et sociale de la Croix Rouge Française, qui propose une quinzaine de formations professionnalisantes et accueille 1200 apprenants. La création d'une mission de référent handicap y est interrogée et a constitué notre mission durant cette année de formation. Nous nous sommes particulièrement intéressés à repérer qui sont les étudiants en situation de handicap dans l'établissement, à déterminer leur nombre, mais surtout à envisager leur vécu, leurs besoins et leurs attentes. Notre attention s'est aussi posée sur le regard que porte leurs formateurs sur ces étudiants et sur les actions qu'ils mettent en place. Nous avons choisi, faute de temps, de ne pas nous pencher sur le regard que portent l'ensemble des étudiants, ni sur les interactions entre tous ces apprenants, mais cela aurait aussi pu constituer un apport très riche.

Afin de répondre à nos premières interrogations, nous tenterons de comprendre dans une première partie ce que signifie l'inclusion dans l'enseignement supérieur et quels dispositifs pour les mettre en œuvre sont à disposition en France. Puis nous décrivons les formations paramédicales, avec leurs particularités, leurs obligations et leur fonctionnement avant de nous intéresser aux représentations sur le handicap dans ce milieu. Nous confronterons ensuite cet apport théorique à une étude sur le terrain. Cette étude, qui est constituée de plusieurs parties a permis d'interroger 4 étudiants reconnus handicapés et 10 formateurs et responsables pédagogiques exerçant sur cet institut de formation sanitaire et social. Il ne peut donc pas être représentatif de l'ensemble des instituts de formation sanitaire, mais nous permettra de mettre en avant les points positifs, les ressources et l'organisation ainsi que les manques à combler pour favoriser l'inclusion des étudiants en situation de handicap dans cet établissement.

1 Partie I : L'inclusion des étudiants en situation de handicap dans les formations paramédicales

Afin de pouvoir répondre à notre question de départ, nous allons nous intéresser tout d'abord au concept d'inclusion et à sa mise en œuvre dans l'enseignement supérieur, puis nous tenterons de comprendre le fonctionnement des formations sanitaires et leurs spécificités pour enfin nous intéresser aux représentations du handicap dans les professions de santé.

1.1 De l'intégration à l'inclusion, définition et cadre législatif régissant l'accueil des étudiants reconnus handicapés

1.1.1 Le passage de l'intégration à l'inclusion

L'inscription des étudiants dans l'enseignement supérieur a connu un véritable essor à la suite de la loi de 2005. Cette loi propose un changement de paradigme, passant de l'intégration à l'inclusion et donc d'un modèle biomédical vers un modèle social. Il importe à présent de définir ces termes, en fonction des époques et d'en comprendre leur application dans l'enseignement supérieur.

A) Le concept d'intégration dans l'enseignement

L'intégration est selon le Larousse, "le fait pour quelqu'un ou un groupe de s'intégrer à quelque chose". Dans les années 1960-1970, le modèle biomédical est prédominant. Selon ce modèle, l'objectif est de permettre à la personne "porteuse de handicap" de se réadapter pour faire partie de la norme et donc s'intégrer. Cela rejoint l'idée que « l'un des procédés majeurs pour tenter l'intégration est celui de la normalisation. (Ravaud et Sticker, 2000, p7). » C'est à la personne de faire les efforts principalement pour s'intégrer au groupe, à sa promotion. La médecine doit permettre d'aider la personne à retrouver toutes ses capacités (ou du moins à viser le maximum de progrès afin de ressembler aux autres). Au niveau législatif, la loi du 30 juin 1975 pour l'intégration des personnes handicapées, précise dans l'article 4 que les "enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut une éducation spéciale [...] assurée soit dans des établissements ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés en priorité au sein de l'école ordinaire, et à défaut dans un établissement spécialisé". (Loi N° 75-534 du 30

juin 1975). Ce n'est donc pas un droit associé à chaque personne mais une obligation pour la société. Dans la pratique, c'est plutôt l'école qui se déplace vers les établissements médico-sociaux où sont suivis les enfants et non les professionnels de santé et de la rééducation qui se déplacent vers le monde de l'enseignement pour accompagner chaque enfant qui en a besoin.

Nous pouvons noter ici qu'il n'est pas évoqué la possibilité d'étudier dans l'enseignement supérieur. En effet, la loi de 1975 a comme objectif de permettre aux enfants handicapés de pouvoir bénéficier au moins à l'instruction scolaire obligatoire, qui concerne alors les enfants de 6 à 16 ans. Mais pour que cela devienne réellement effectif, il faut attendre près de 25 ans et le plan Handiscol. C'est à cette même période que les premières statistiques concernant les étudiants reconnus handicapés inscrits dans l'enseignement supérieur apparaissent. On en comptabilise alors 4157 (Martel, 2015). À la rentrée de 2017, ils sont 29 989 étudiants soit sept fois plus en moins de vingt ans. Une véritable augmentation s'est opérée à partir de 2006, grâce à la loi 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1.1.2 La loi du 11 février 2005, vers l'inclusion

Cette nouvelle loi se veut novatrice. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes reconnues handicapées dans l'ensemble de leurs situations de vie, au niveau de l'accessibilité au sens général, mais aussi dans leur accueil dès le plus jeune âge dans les collectivités, dans la scolarisation, dans l'accès à l'emploi. Elle instaure l'accès aux droits fondamentaux de tous les citoyens, afin de favoriser la participation de tous à la vie de la communauté et de lutter contre les discriminations face au handicap.

Elle définit pour la première fois le handicap de la manière suivante : "constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable et définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. (Loi du 11 février 2005, Art L114)". Cette définition permet de considérer l'environnement comme cause de la situation de handicap. Dans le cas d'un étudiant, les méthodes et outils pédagogiques, les enseignants eux-mêmes, tout comme le bâti ou la taille de la promotion appartiennent à la catégorie "Environnement". Ils peuvent constituer des facilitateurs pour une formation dans de bonnes conditions, mais constituent plus

généralement des obstacles et sont susceptibles d'engendrer des situations de handicap. Afin de les contrer, cette loi, bien qu'elle ne la nomme pas, a pour objectif de favoriser l'inclusion de toute personne handicapée dans la société. Mais qu'entend-on par inclusion ?

1.1.3 Définition de l'inclusion

L'inclusion est définie par l'UNESCO comme "un processus visant à tenir compte de la diversité des besoins de tous les apprenants et à y répondre par une participation croissante à l'apprentissage, aux cultures et aux collectivités, et à réduire l'exclusion qui se manifeste dans l'éducation. (UNESCO, 2003)" Dans le domaine de l'éducation, Eberhold précise que "si à l'origine le terme d'inclusion soulignait la volonté de scolariser les enfants présentant une déficience ou un trouble d'apprentissage en milieu scolaire, il désigne désormais l'exigence faite au système éducatif d'assurer la réussite scolaire et l'inscription sociale de tout élève indépendamment de ses caractéristiques individuelles ou sociales. (Ebershold, 2009)". C'est donc l'influence du modèle social du handicap qu'il faut ici entendre, à savoir considérer « l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacles à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées ». (Ravaud, 2000). La société a donc dans ce modèle une part de responsabilité majeure pour favoriser la participation de chacun. Elle a pour obligation de trouver et de mettre en œuvre les moyens favorisant les mêmes chances pour tous dès le début de la formation et jusqu'à la diplomation et l'insertion dans la vie active.

Cela rejoint la définition de Gardou, qui précise que « l'optique inclusive se caractérise par la capacité collective à conjuguer les singularités, [...] sans singularités, à l'intérieur d'un tout, où chacun a le droit de se différencier, de différer ». (Gardou, 2014, p15)" Nous retrouvons ici les principes fondateurs de la déclaration de Salamanque sous l'égide de l'UNESCO en 1995 qui réaffirme déjà le droit fondamental à l'éducation pour tous, (elle-même faisant suite à la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948). Mais surtout, les Etats, dont la France, se sont alors engagés "en faveur de l'éducation pour tous, conscients qu'il est nécessaire et urgent d'assurer l'éducation, dans le système éducatif normal, des enfants, des jeunes et des adultes ayant des besoins éducatifs spéciaux (Déclaration de Salamanque, 1995)". Par besoins éducatifs spéciaux, il est entendu "des besoins liés à une situation particulière, impactant la relation à l'école et aux apprentissages ; il s'agit de contraintes ou d'obstacles que ne rencontrent pas la majorité des élèves."(Ibid) Cela rejoint le second point à savoir, que "chaque enfant a des caractéristiques, des intérêts, des aptitudes et des besoins d'apprentissage qui lui sont

propres” Nous comprenons que cela ne concerne pas uniquement les élèves qui sont porteurs d’une déficience et qui se retrouvent en situation de handicap, mais un champ plus vaste d’élèves qui peuvent aussi être en grande difficulté scolaire pour des raisons variées, comme être allophone, en situation familiale et/ou sociale complexe, etc. Le souhait est de pouvoir permettre l’éducation pour tous en prenant en compte les spécificités de chacun. En pédagogie, il ne s’agit donc plus à l’étudiant de faire les efforts pour réussir à suivre la formation, c’est au contraire à l’enseignement de pouvoir favoriser l’acquisition de savoirs et de compétences. Le rôle des équipes pédagogiques est donc essentiel et il leur appartient d’être force de proposition et de créativité pour proposer des modalités pédagogiques accessibles à tous en prenant en compte les besoins spécifiques de chacun. Cette obligation fait d’ailleurs suite à la loi du 11 février 2005 qui précise que « les établissements d’enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l’organisation, le déroulement et l’accompagnement de leurs études. (Loi 2005-102 du 11 février 2005) ».

1.1.4 B) Entre compensation et accessibilité, un équilibre à trouver

L’apport principal de la loi de 2005 concerne deux principales notions : l’obligation d’accessibilité à tous et le droit à la compensation.

L’accessibilité est décrite comme “la possibilité donnée aux personnes handicapées d’avoir accès, au même titre que les autres, à l’environnement matériel, aux transports, aux technologies et aux systèmes d’information et de communication ainsi qu’à d’autres installations et services » (Plaisance, 2013, p220). Quant au principe de compensation, il est précisé par l’article 11 de la loi de 2005 ainsi : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l’origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie”. Cela peut être traduit par le fait que si la situation de handicap persiste, par manque d’accessibilité, alors une compensation est à proposer. Ainsi “dans la mesure où l’environnement est encore inaccessible, la compensation généralisée vise à créer les termes d’une égalisation des chances” (Blanc, 2012, p98).

Les mesures d’accessibilité sont envisagées pour tous, tandis que les compensations constituent des réponses individuelles, du fait d’un manque d’accessibilité. Mais un même dispositif peut être pensé soit en termes de compensation (et donc plutôt

d'intégration) ou bien en termes d'accessibilité (et donc d'inclusion). Si l'on propose à un étudiant qui a une déficience auditive d'utiliser les boucles magnétiques portatives cela relèvera de la compensation, alors qu'installer des boucles magnétiques de manière permanente dans les lieux d'enseignement constituera une mesure d'accessibilité (CPU, 2012). De même, mettre en place une majoration du temps d'examen pour l'étudiant reconnu handicapé sera une compensation, alors que réaliser un examen prévu sur une durée déterminée et proposer à tous de pouvoir bénéficier du temps majoré nécessaire pour l'étudiant reconnu handicapé constituera une mesure d'accessibilité, s'inspirant des principes de la conception universelle de l'apprentissage (CUA). De la même façon proposer différentes modalités d'évaluation pour un même examen sera inspiré des principes de la CUA. (Tremblay, 2016)

Les compensations envisagées sont notifiées par une nouvelle instance en 2005, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), pensées comme un guichet unique pour toute demande des personnes ayant ou requérant le statut de personne handicapée. Dans le domaine de l'éducation dans l'enseignement post bac par exemple, les missions de la MDPH peuvent être de notifier la présence d'une aide humaine, d'une aide matérielle comme un ordinateur, d'une aide animalière ou financière, d'aménagements spécifiques pour les examens nationaux. C'est la CDA-PH, instance de la MDPH qui prend les décisions. Nous verrons néanmoins ultérieurement qu'un autre dispositif est à la disposition d'une certaine partie des étudiants pour les formations universitaires.

Afin de mettre en place ces compensations et cette mise en accessibilité, la loi de 2005 propose de recueillir les besoins de la personne et qu'elle puisse définir son projet personnalisé. Ce plan d'accompagnement de l'étudiant handicapé (PAEH) dans l'enseignement supérieur propose ainsi de coordonner le projet en fonction des attentes et besoins et les actions à mettre en place pour l'étudiant par l'institution. Mais répondre à ces besoins, c'est aussi considérer les aménagements raisonnables. Ceux-ci sont particulièrement évoqués dans la Convention internationale des Droits des Personnes Handicapées (CDPH) du 10 décembre 2006, que la France a ratifié en 2010. Sous le terme "aménagements raisonnables", la CDPH entend "les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales. (CDPH)". L'aménagement raisonnable a pour objectif de proposer une meilleure accessibilité pour la personne

handicapée, donc de diminuer ses situations de handicap. Il ne s'agit pas seulement d'aménager l'espace physique de la personne, mais bien de lui fournir toutes les conditions pour lui permettre de vivre pleinement ses expériences d'étudiant dans notre cas (aménagement d'horaires, sensibilisation des équipes et des étudiants, mise en place de matériel spécifique...). Il est visé de rétablir l'égalité des chances entre tous les citoyens et éviter toute forme de discrimination. En effet, dans son article 2, la CDPH précise aussi que "la discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable" (CDPH, 2006). Dans notre cas, il s'agira d'offrir l'égalité de traitement tant pour l'entrée, mais aussi tout au long des études, dans toutes les situations d'apprentissage (enseignement théorique, clinique, ...) et de préparer l'accès au monde du travail. Ces aménagements vont servir à une personne, mais peuvent bénéficier à d'autres étudiants aussi. C'est à l'établissement de formation de mettre en œuvre ces solutions. La notion de charges reste assez floue également. En effet, il s'agit tant de frais occasionnés, que de changements dans les organisations de l'institution.

Ainsi, la France, les universités et les autres établissements de formation dans l'enseignement supérieur ont obligation d'accueillir les étudiants handicapés et de favoriser l'éducation de chacun, sans discrimination. Cependant, "construire concrètement une université inclusive s'avère plus complexe que d'adhérer à l'idéal d'inclusion sociale » (Marcellini, 2017, 137). Cela est d'ailleurs pointé par différentes analyses que nous allons présenter maintenant.

1.1.5 Une démarche inclusive perfectible

A) Quelle effectivité en France au regard de la CDPH ?

La réalité de terrain ne suit pas forcément les politiques publiques mises en place. La CDPH n'est pas toujours appliquée dans le rapport de 2019. Il fait suite à une visite de la rapporteuse de l'Organisation des Nations Unies (ONU) datant de 2017. Ainsi, il est mis en avant des retards importants dans certains domaines par le pays. Concernant l'application dans le domaine de l'enseignement supérieur, elle pointe notamment l'absence d'échéance pour la réalisation des plans stratégiques de mise en œuvre d'un système éducatif inclusif. Elle insiste également sur la nécessité de veiller à ce que les "étudiants handicapés aient accès aux mêmes programmes et aient les mêmes chances que les autres élèves".

B) Quel retour du défenseur des droits ?

Outre ce rapport, le Défenseur des Droits, Mr Toubon et son équipe, recueillent les plaintes des personnes s'estimant discriminées en France. Il réalise régulièrement un constat de l'avancée de la mise en œuvre des droits des personnes discriminées, dont handicapées. Depuis 2017, la première cause de plainte pour discrimination concerne le handicap, avec 22,8% des plaintes en 2018. Selon le rapport d'activité du Défenseur des Droits, l'accès à l'éducation est la deuxième cause de discrimination pour les personnes en situation de handicap, après l'accès à l'emploi tant dans le public que dans le privé.

Selon le rapport du défenseur des Droits, "2005-2015, Dix ans d'action pour la défense des droits des personnes handicapées" les questions de discrimination du handicap sont particulièrement pointées dans l'enseignement primaire et secondaire. Concernant l'enseignement supérieur, les plaintes sont encore relativement limitées dans ce rapport de 2015. Elles font remonter une différence de moyens entre les divers types d'établissements supérieurs. Cependant compte tenu de l'augmentation toujours plus importante des personnes en situation de handicap dans l'enseignement supérieur, il peut être envisagé une augmentation des plaintes si les dispositifs mis en avant ne sont pas suffisamment efficaces. Parmi les raisons à envisager, est indiqué dans le rapport que les établissements privés ou autres qu'universitaires ne bénéficient pas toujours de services ou de personnels dédiés à l'accueil des étudiants en situation de handicap et surtout de moyens financiers similaires. Des refus d'aménagements de la scolarité ou des examens ont pu être notés, ainsi que des difficultés à transmettre les informations concernant la situation de chaque étudiant reconnu handicapé (ses besoins, les aménagements raisonnables qui lui ont été bénéfiques au lycée) et qui pourraient être utiles aussi l'enseignement supérieur. (Défenseur des Droits, 2016)

1.1.6 L'université, précurseur de l'accueil des étudiants reconnus handicapés

En France, l'université n'est pas l'unique voie de formation dans l'enseignement supérieur, mais elle en est la principale, avec 61,3% des inscriptions (MESRI, 2018). Or 1.85% des étudiants inscrits à l'université sont reconnus handicapés, soit 26 740 étudiants en 2017-2018. Bien qu'il s'agisse d'une minorité d'étudiants, cette proportion est encore plus faible dans les autres types d'établissements supérieurs (1,55%) (MESRI, 2018). 29 989 étudiants sont recensés sur l'ensemble des formations de l'enseignement supérieur. Forte de son expérience, l'université a donc rapidement mis en place des outils et des

dispositifs pour favoriser l'accueil des étudiants en situation de handicap. Nous allons les décrire à présent.

A) Des orientations : Une charte et un schéma directeur Handicap

Sous l'impulsion de la loi de 2005, des besoins pour mieux organiser l'accueil des étudiants reconnus handicapés sont identifiés afin d'homogénéiser les pratiques. Une première charte université/handicap est réalisée en 2007 qui engage au moins moralement les universités et le ministère de l'Enseignement supérieur. Cette charte a pour objectif entre autres de lancer une dynamique, de rendre effective la volonté politique, de favoriser l'égalité des chances entre tous les étudiants et d'impliquer l'ensemble des partenaires à tous les niveaux hiérarchiques.

Cette charte d'une durée de cinq ans est renouvelée et améliorée en 2012 par les mêmes partenaires. Elle s'oriente autour des quatre objectifs suivants :

- “Consolidation des dispositifs d'accueil et développement des processus d'accompagnement des étudiants handicapés dans l'ensemble du cursus universitaire et vers l'insertion professionnelle
- Développement des politiques de ressources humaines à l'égard des personnes handicapées
- Augmentation de la cohérence et de la lisibilité des formations et des recherches, dans le domaine du handicap
- Développement de l'accessibilité des services offerts par les établissements”
(Charte Université Handicap, 2012)

Il est intéressant de noter la volonté d'envisager la question du handicap de manière transversale, à tous les niveaux possibles dans l'université. Dans l'idée d'une démarche inclusive et non d'intégration, l'ensemble des strates et des services de l'université sont sollicités pour favoriser l'accueil des étudiants en situation de handicap, sans nier leurs besoins spécifiques.

Pour compléter l'amélioration des pratiques sur l'ensemble du territoire, la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, oblige tout établissement de l'enseignement supérieur à établir un Schéma Directeur Handicap pluriannuel. Ce document a pour objectif, à partir d'une évaluation de la situation de l'établissement, de pouvoir donner les orientations principales des actions à mener ainsi que les moyens

proposés, pour favoriser l'accueil des étudiants et les salariés en situation de handicap dans l'institution. Actuellement, 80% des établissements de l'enseignement supérieur se sont dotés d'un schéma directeur (MESRI, 2018).

B) Une application concrète portée par de nombreux acteurs

Afin de faciliter la mise en œuvre de l'inclusion des étudiants en situation de handicap et pour harmoniser les pratiques, le *Guide de l'accueil de l'étudiant handicapé à l'université*, (CPU, 2007), puis sa seconde version le *Guide l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université* (CPU, 2012) constituent une base commune pour toutes les universités. Il y est précisé notamment quels sont les différents acteurs et dispositifs qui y participent. En effet, il ne s'agit pas de proposer un service spécifique pour l'accueil des étudiants en situation de handicap, mais bien, dans une visée inclusive, d'un projet porté par tous. Ainsi, différents partenaires, services vont apporter leurs compétences, à différents niveaux hiérarchiques.

Tout d'abord, le **président d'université** est le garant de l'application de la loi sur l'établissement. Il doit "définir et rendre lisible sa politique d'établissement en matière de handicap. (CPU, 2012, p18)" Pour ce faire, il doit veiller à ce que la question du handicap soit une des missions d'un membre de la direction, il doit garantir l'accessibilité au sens large de l'établissement, faire connaître la procédure pour l'accueil et l'accompagnement des étudiants en situation de handicap, permettre le fonctionnement d'une structure d'accueil de ces étudiants, tant d'un point de vue organisationnel que financier, ainsi que désigner de correspondants handicaps dans les diverses composantes universitaires. Enfin, il valide les aménagements éventuels pour les examens et concours, sur les conseils du médecin désigné par la CDA-PH et de l'équipe plurielle (CPU, 2012).

L'équipe plurielle est entendue comme l'élément clé du dispositif d'accompagnement de ces étudiants. Elle a pour mission de "conseiller et d'accompagner les étudiants dans leur demande de compensation au handicap et d'instruire ces demandes dans toutes les dimensions pouvant relever de l'université [...]: études, examens, accompagnement à l'insertion professionnelle, accès à l'environnement de travail. (CPU, 2012, p19)". Elle comprend tant l'équipe pédagogique, que les services supports (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), Centre de documentation, ...) et la structure d'accueil et d'accompagnement des étudiants handicapés, ainsi que les partenaires tels que la MDPH ou LE CROUS. (ibid). Toute cette

équipe doit être à même de proposer des réponses aux besoins de l'étudiant demandeur. En sollicitant des acteurs agissant sur différents temps de la vie de l'étudiant, il est visé une réponse plus juste et adaptée à la réalité, donc une efficacité des aménagements raisonnables envisagés.

La structure d'accueil et d'accompagnement des étudiants handicapés permet de mettre en lumière les besoins des étudiants, propose un PAEH et veille à la mise en œuvre des aménagements déterminée par l'équipe plurielle, que ce soit pour la formation, les examens et la vie universitaire. (CPU, 2012) Elle constitue le lien entre les différents partenaires. L'étude de Martel, ayant pour finalité de créer un réseau des dispositifs handicap des universités, fait remarquer que ces dispositifs portent des noms variés et peuvent avoir des organisations très différentes (Martel, 2015). Nous les nommerons ici Service d'Accueil et d'Accompagnement des Etudiants Handicapés (SAAEH), selon les termes employés dans le guide d'accompagnement de l'étudiant handicapé (CPU, 2012). Leur ancienneté est très variable. Certains sont très anciens comme celui de l'université d'Orléans qui a instauré ce type de service dès 1985. Conscients de la présence de plus en plus nombreuse des étudiants en situation de handicap, diverses initiatives ont vu le jour avant même la loi de 2005 (Segon, 2017).

Autre élément indispensable : le **correspondant handicap** (ou référent handicap) de la composante sera alors le garant opérationnel de la mise en œuvre de préconisations décidées par l'équipe plurielle. Celui-ci devra présenter à ses collègues les mesures envisagées, afin que le PAEH soit compris et respecté.

Nous constatons que de nombreuses personnes sont sollicitées pour favoriser l'accueil des étudiants en situation de handicap au sein de l'université. Elle propose ici des réponses individualisées. Mais pour que celles-ci puissent être effectives, il est envisagé par le CPU des actions de sensibilisation et de communication, tant auprès des étudiants que des salariés de l'université. "Organiser et participer à des actions de sensibilisation au sein de l'université reste un moyen de préparer l'ensemble de la communauté universitaire à la spécificité de l'accueil de ces usagers. (CPU, 2012, p 30)" L'idée est de pouvoir agir sur l'environnement de l'étudiant en situation de handicap, et ainsi favoriser son parcours de formation au même titre que les autres. On retrouve cet objectif dans certains schémas directeurs (Schéma directeur Handicap de l'université de Tours, 2017-2020, Schéma Directeur handicap de Nantes 2017-2019).

1.2 Les formations en santé : une certaine complexité

Nous allons à présent nous intéresser à la spécificité de la formation des professions paramédicales, d'une part dans leur conception, mais surtout dans l'organisation des formations

1.2.1 Une variété de professions, mais un point commun : la relation d'aide

Les professions de santé sont d'une grande diversité tant dans les tâches et responsabilités de chacun que dans leur niveau d'études. Selon le Code de la santé publique, ces professions se déclinent en trois catégories que sont les professions médicales, les professions de la pharmacie et de la physique médicale et les professions d'auxiliaires médicaux. Ces dernières sont très nombreuses et comprennent entre autres les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. C'est à cette dernière catégorie que nous allons nous intéresser à présent. Toutes possèdent un référentiel de compétences qui régit leurs actes.

La séparation des différentes professions paramédicales est le fruit d'un partage du travail, car les situations, les clés de compréhension et les solutions proposées pour répondre aux besoins des personnes soignées sont de plus en plus variées et précises. Cette séparation est elle-même organisée par la profession prescriptive, la médecine. Le médecin conserve donc parmi ses missions et ses rôles ce qui lui semble être le plus prestigieux et délègue à d'autres ce qu'il ne peut pas ou ne souhaite pas faire. Carribaru et Menoret expliquent la délégation de la façon suivante : « Il y a dans tout l'exercice des soins, des tâches plus ou moins nobles. La profession médicale cherche à garder pour elle-même celles qu'elle estime les plus prestigieuses. (Carribaru et Menoret, 2004, p48) ». Les infirmières en font de même avec les aides-soignants.

Quoiqu'il en soit de cette délégation, l'ensemble de ces professionnels de santé ont un point commun : s'occuper d'une personne qui a un problème de santé. Or quelle que soit la diversité de l'équipe soignante qui entoure la personne, cette dernière est l'experte de son vécu quant à sa propre situation de handicap ou de sa maladie. C'est elle qui la vit et elle est unique. C'est d'ailleurs ce que la loi sur le droit des patients suggère également. Afin de pouvoir comprendre et répondre à ses besoins et à ses demandes, les professionnels de santé doivent instaurer une relation thérapeutique. Cette relation est la base du travail d'accompagnement thérapeutique. Il est donc logique de retrouver cette compétence inscrite dans le référentiel de compétences des diverses professions (Citons par exemple la compétence 6 pour les IDE et ergothérapeute, la compétence 5 pour les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes, la compétence 7 pour les AS,).

Ils doivent aussi être en mesure de communiquer, échanger entre eux afin de favoriser le mieux-être de la personne. Compte tenu de la complexité des situations et du partage des tâches dans une équipe de soins, la communication est indispensable. Cela passe par l'écrit, mais aussi beaucoup par les échanges oraux formels et informels. Cette compétence à travailler en équipe pour favoriser les soins de la personne s'inscrit aussi dans leurs différents référentiels de compétences. (Compétences 9 pour les IDE et les ergothérapeutes, Compétences 10 pour les kinésithérapeutes, Compétences 6 pour les AS, ...). Cette caractéristique est le point commun qui les rassemble tous pour favoriser l'accompagnement optimal de la personne. Il apparaît donc que ces professionnels doivent être en mesure d'écouter l'autre et de travailler en partenariat.

1.2.2 Des référentiels de formation nationaux

Les référentiels de compétences de chaque profession précisent les actes que chacune peut réaliser en coordination avec les autres professions de santé. Dans ce sens, les référentiels de formation nationaux pour chaque profession de santé sont pensés pour y parvenir². Ils permettent d'obtenir un diplôme d'état, d'exercer un métier dont les missions sont réglementées. Les instituts de formations en santé ont pour mission et objectif de pouvoir fournir au marché du travail des professionnels capables de répondre rapidement aux exigences du métier et à la réalité du terrain. Ces études professionnalisantes s'appuient sur l'alternance entre les formations théoriques et pratiques pour acquérir des compétences. Les instituts de formations permettent ainsi à des individus de devenir des "travailleurs qualifiés, experts, autonomes, animés des valeurs d'engagement et de responsabilité (Boussard, Demazière et Milburn, 2010, p13) ".

Ces instituts de formation sont régis par le Ministère de la santé et des affaires sociales, et non par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI). Le président de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou son représentant préside les instances décisionnaires, mais sur les formations de niveau III, un représentant de l'université fait partie de l'instance décisionnaire. Ces établissements ne sont pas pleinement des établissements d'enseignement supérieur et n'avaient pas jusqu'alors les mêmes obligations qu'eux. Pourtant les formations de niveau III sont universitarisées et ont donc le statut d'étudiant. De ce fait, certains instituts de formation

² Cette affirmation est vraie à l'heure où nous écrivons ce travail de recherche. Cependant des réformes sont en cours du fait de l'universitarisation de certaines professions paramédicales, avec des transformations en profondeur, tant au niveau des voies d'accès, que des contenus des formations ou des savoirs partagés pour tendre vers une interprofessionnalité.

ont une convention avec l'université de proximité et donc avec le SUMPSS et le SAAEH même si cela nécessiterait des clarifications (FHP, 2016). Cela permet aux étudiants de bénéficier de préconisations d'aménagements spécifiques rapidement (quelques jours à deux mois par exemple sur notre lieu d'études que nous décrirons ultérieurement) assez rapidement et dans une certaine proximité. Ceux qui ont le statut d'élève car sont inscrits dans une formation de niveau IV ou V, ne peuvent effectuer leur demande qu'auprès de la MDPH. Or les délais sont plus généralement longs (sur notre lieu d'études par exemple quatre à six mois pour obtenir une réponse), alors même que leur formation est plus courte (dix mois à deux ans). Il s'agit d'un point contradictoire, puisque les apprenants³, dont la formation est la plus courte et la plus contraignante en termes de référentiel de formation, doivent attendre plus longtemps afin d'obtenir des aménagements pour leur formation.

Autre spécificité, chaque référentiel de formation précise le nombre d'heures d'enseignement théorique et clinique, les enseignements nécessaires pour chaque année ou semestre, mais aussi certaines modalités pédagogiques (réalisation de certains enseignements en cours magistral, en travaux dirigés). Il peut être précisé si c'est un médecin, un professionnel de santé, un universitaire qui doit effectuer cet enseignement). Pour les examens, certaines modalités peuvent être exigées (travail individuel, de groupe, à l'oral ou à l'écrit, sur table, dossier ...). De même, la formation clinique constitue une part importante de la formation. La durée des stages, leur répartition et des obligations dans le parcours de stage, (c'est à dire les types de structure ou de public) sont aussi indiquées. L'ensemble de ces éléments permettent d'offrir un niveau minimum pour tous afin d'exercer la même profession et donc de garantir la qualité et la sécurité des personnes soignées. En revanche, cela peut engendrer quelques complications lorsque l'étudiant a des besoins spécifiques et que certaines modalités pédagogiques entravent l'acquisition des compétences ou leur évaluation (troubles du langage écrit par exemple pour la rédaction d'un dossier individuel ou d'un mémoire de fin d'études par exemple).

Ces référentiels peuvent donc être assez stricts dans leur construction. La conséquence sur les dispositifs de formation entraîne une densité que ce soit pour les enseignements ou les stages. Les étudiants ont en moyenne de 35 à 40 heures de cours par semaine sur cinq jours et des horaires différents tout au long de l'année laissant peu de marge de manœuvre aux étudiants. Néanmoins, une certaine souplesse peut être envisagée, notamment au niveau de la temporalité des études. Par exemple pour les

³ Compte tenu des statuts différents entre élève et étudiant pour des personnes inscrites dans le même institut de formation sanitaire, nous nommerons ce groupe apprenants en parlant de ces deux catégories.

formations en soins infirmiers et en ergothérapie, la durée de formation est de trois ans. Les cours magistraux ne sont pas obligatoires, contrairement aux travaux dirigés. La formation est organisée par semestre, avec des Unités d'Enseignement (UE) à valider et des ECTS (European Credit Transfert System) à acquérir. Ces formations depuis leur réforme en 2009 et 2010 aux accords de Bologne, permettent l'accès à un grade licence et se dirigent vers une forme d'universitarisation. Jusqu'à quatre sessions peuvent être proposées en deux ans pour valider une UE. Pour les stages, une franchise d'absence de 20% du temps de présence pour un stage et de 10% sur la totalité de la formation clinique est tolérée. Chez les AS, la formation dure dix mois. Le cadre est plus strict. L'ensemble de la formation est obligatoire et il n'y a qu'une franchise de 35 heures sur dix mois (formation théorique et pratique). Il n'y a pas de session de rattrapage pensée dans le référentiel de formation. Dans ces conditions, la disponibilité des étudiants handicapés pour aborder leur situation avec les instances concernées pose problème : comment par exemple prendre un rendez-vous avec le médecin, un orthophoniste ou à la MDPH lorsque l'emploi du temps est chargé et qu'il n'est pas autorisé de s'absenter au risque de ne pas valider son année ? La marge d'adaptation est très faible. Cela peut expliquer au moins en partie pourquoi les étudiants ayant des besoins particuliers, mais qui n'ont pas de diagnostic ou n'ayant jamais réalisé de démarche auprès de la MDPH abandonne rapidement ce projet. Une formatrice AS interrogée précise aussi que les élèves AS "ont un vécu scolaire complexe et difficile, marqué d'échecs". Ils ont donc peu de confiance en eux, ce qui ne les aide souvent pas à se mobiliser pour ce genre de démarche, de peur d'un nouvel échec.

Cependant une dernière possibilité d'adaptation proposée par les référentiels de formation est la suspension de scolarité. Il s'agit alors de réaliser une pause dans la formation, que ce soit pour se soigner, réfléchir sur son projet professionnel ou tout autre besoin. Il permet à l'étudiant de conserver l'ensemble de ses notes acquises jusqu'alors. Cette possibilité permet une pause dans une certaine sécurité. Il peut être proposé une année de suspension, pas plus qu'il s'agisse d'une formation d'un an ou de trois ans.

1.2.3 Une exigence d'aptitudes

Outre le référentiel de formation et les petites marges de manœuvre qu'il propose, pour devenir un professionnel de santé, certaines aptitudes sont nécessaires pour intégrer ces instituts. Cette notion d'aptitude nécessite d'être précisée. Selon le Larousse, l'aptitude est la "Disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose : ". C'est aussi,

et cela se rapproche davantage de notre propos “l'état de quelqu'un que la loi considère comme qualifié pour jouer un rôle ou exécuter un acte”.

L'aptitude professionnelle est tout d'abord déterminée par un concours d'entrée. Les modalités sont différentes entre chaque formation et peuvent même varier entre deux instituts de formation d'une même profession (chez les ergothérapeutes par exemple). Nous ne rentrerons donc pas dans les détails de ces modalités complexes, mais elles indiquent qu'un minimum est exigé pour intégrer la formation, notamment en termes d'écrit, de raisonnement, ... Ces modalités par concours sont néanmoins en voie de changement du fait d'une réforme vers l'universitarisation des formations de santé de niveau III. Ainsi pour la rentrée 2019, le concours d'entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) a été supprimé et est remplacé par une inscription via Parcoursup. Pour les ergothérapeutes, le concours d'entrée est supprimé dans les Instituts de Formation en Ergothérapie (FE) pour la rentrée 2020, mais on ignore encore quel choix sera effectué (Parcoursup? Validation d'une première année de licence ?). Il est ainsi trop tôt pour déterminer si le public inscrit sera différent ou non, si le concours empêchait certains candidats d'intégrer et réussir leur formation, malgré la mise en place d'aménagements pour les concours. En Institut de formation pour les Aides-Soignants (IFAS), le concours persiste pour l'heure.

Une autre exigence a été pensée pour pouvoir prouver son aptitude à devenir un professionnel de santé. Il s'agit du certificat médical d'aptitude. Un médecin agréé doit ainsi établir si “le candidat ne présente pas de contre-indications psychologiques ou physiques à l'exercice de la profession et vérifie que celui-ci présente les conditions d'immunisation requises par les professionnels de santé”. (Référentiel de formation infirmier, 2009, référentiel de formation en ergothérapie) Le médecin est donc considéré comme le professionnel qualifié pour déterminer si une personne présente les dispositions physiques et psychologiques minimales pour se former en vue d'une profession paramédicale et possède le potentiel pour exercer le métier choisi. Cet exercice est complexe, notamment à propos des contre-indications psychologiques, puisque l'examen d'aptitude s'effectue auprès d'un médecin que la personne ne connaît pas.

Cependant inaptitude et situation de handicap ne renvoient pas aux mêmes éléments. Dans certains cas, la situation de handicap peut entraîner une inaptitude, mais pas nécessairement, puisque si l'on s'appuie sur la définition du handicap de la loi de 2005, celui-ci renvoie à des situations dans des environnements donnés. (FHP, 2016). Celle-ci pointe d'ailleurs le très faible nombre d'impossibilités d'accéder à la formation du fait d'une

inaptitude psychologique ou physique (ibid). Un autre élément vient confirmer cette possibilité d'être IDE ou AS et reconnu handicapé. Il existe à notre connaissance un IFSI et deux IFAS en France qui présentent la spécificité d'accueillir principalement des étudiants possédant une RQTH. Ces instituts de formations sont intégrés au sein des centres de réadaptation professionnelle de Castelnau le Lez et de Mulhouse. Pour s'y inscrire, il est nécessaire de réussir le concours d'entrée et d'avoir une notification MDPH vers ces centres de formations. Le référentiel de formation est le même, mais les modalités pédagogiques divergent. Les promotions sont constituées d'un faible nombre d'étudiants et les temps d'accompagnement avec les référents pédagogiques sont renforcés. Bien que l'on puisse s'interroger sur ce type d'établissements qui ne sont pas dans une mouvance inclusive, ils permettent de prouver la légitimité d'exercer les métiers d'IDE ou AS tout en étant reconnu handicapé. Cela n'est pas incompatible et constitue un exemple pour les candidats et les professionnels de santé que cette équation est possible. Mais qu'en est-il dans l'ensemble des instituts de formation en santé ?

1.2.4 Être étudiant en situation de handicap dans les formations paramédicales

A) Combien d'étudiants ?

Selon les chiffres du MESRI, la part des étudiants en situation de handicap est de 1.55% dans l'enseignement supérieur, ce qui correspond à 29 989 étudiants (MESRI, 2018). Il existe des spécificités dans les choix des étudiants en situation de handicap dans leur orientation. Ils sont très majoritaires en Licence (79,4% au lieu de 66,2% pour l'ensemble des étudiants) et poursuivent beaucoup moins leurs études en Master (20,0% au lieu de 30,3% et sont une minorité à poursuivre en doctorat 0,8%, au lieu de 3,5%). Le MESRI constate que "les écarts entre les populations, générale et en situation de handicap, diminuent significativement et régulièrement depuis les cinq dernières années, notamment grâce au renforcement des dispositifs handicap mis en place et à l'adoption des schémas directeurs handicap".

Les étudiants en situation de handicap sont surreprésentés dans les formations en lettres et sciences humaines (35,4% au lieu de 26,4% pour l'ensemble des étudiants), ainsi que dans les formations paramédicales, dans une moindre mesure (1,9% au lieu 0,8%), ou dans les Institut Universitaires Technologiques (IUT) (11,6% au lieu de 7,6%) tandis qu'ils sont sous représentés dans les formations médicales (7,3% au lieu de 14,5%). Ces différents éléments peuvent suggérer que les étudiants en situation de handicap préfèrent des formations plus courtes voire plus encadrantes (professions paramédicales et IUT),

Pour les formations paramédicales, dont certaines sont peu connues, il peut aussi être envisagé que ces étudiants ont pu les connaître dans le cadre de leur expérience personnelle (soin, rééducation) et les a motivés à aller vers ce projet.

Plus précisément, les chiffres du MESRI, pour 2017-2018, mettent en évidence une répartition non homogène en fonction des déficiences des étudiants et des filières de formation choisies. Dans les formations paramédicales, ces étudiants ont majoritairement un trouble du langage ou de la parole (150 étudiants/469 étudiants qui ont sollicités le SAAEH), suivis de troubles visuels (111 étudiants/469), de troubles moteurs (51 étudiants/469) et de troubles viscéraux (43/469). Les moins courants concernent les troubles psychiques (24 étudiants/469), les troubles auditifs (16 étudiants/469) et les troubles du spectre de l'autisme (2/469). (MESRI, 2018). Il existe un certain nombre d'étudiants reconnus handicapés inscrits dans les formations paramédicales. Ils sont la preuve qu'être étudiant reconnu handicapé et être inscrit dans une formation paramédicale n'est pas un cas isolé. Mais quel est leur vécu quant à leur formation où l'on prône de prendre soin de l'autre ?

B) Des difficultés dans les formations

Roulier fait part de son témoignage d'ancienne étudiante en situation de handicap devenue aide-soignante en France, tandis que Taylor et Chacala nous proposent des témoignages d'étudiants en ergothérapie en Australie et en Angleterre. Ces témoignages peuvent servir de base pour caractériser des difficultés rencontrées dans les formations. Ces professionnels de santé évoquent une "peur de ne pas être acceptés par les autres et de ne pas y arriver" lors de leur formation (Roulier, 2015, p 27). La fatigue voire l'épuisement sont des conséquences très fréquentes. Le principe de l'alternance entre formation théorique et pratique a pour objectif de favoriser l'acquisition de compétences et des bons réflexes professionnels. Pour les étudiants en situation de handicap, cela signifie aussi découvrir de nouvelles situations de handicap à vivre, et donc de devoir s'adapter et rechercher encore de nouvelles stratégies. (Comment sélectionner les informations pertinentes dans un compte-rendu écrit ou une transmission pour réaliser son plan d'intervention lorsque lire est difficile ? Comment réaliser un geste technique physique si on manque de force ?). Ces diverses situations ont pu ou non être anticipées ou découvertes au moment du stage (transmissions orales ou écrites, répondre au téléphone), mais les imaginer ou les vivre n'implique pas la même énergie pour y répondre, surtout dans l'instant. (Taylor, 2007)

Autre constat, outre découvrir leur futur métier, ils passent aussi beaucoup de temps à expliquer leurs déficiences et faire comprendre à leur entourage comment faciliter leurs apprentissages (Comment parler à une personne malentendante par exemple). Cette action n'est possible que lorsque l'étudiant est prêt à parler de ses situations de handicap et qu'il se connaît suffisamment bien pour proposer des solutions. En fonction des particularités de chaque étudiant, les difficultés pourront être différentes entre les temps de formation théorique et clinique, mais dans la majorité des témoignages, des difficultés sont relevées dans ces deux parties de la formation. (Roulier, 2015, Taylor, 2007, Hirneth, 2004, Brown, 2006)

Les témoignages mettent en avant des réactions très différentes de la part des tuteurs de stage pendant la formation clinique. Les étudiants rapportent souvent des changements dans la relation avec leur tuteur dès que leurs situations de handicap sont évoquées. Les tuteurs peuvent se montrer alors soit plutôt dans un rejet et préciser à l'étudiant que c'est à lui de s'adapter, non au tuteur (Roulier, 2015) ou au contraire faire preuve d'une surprotection donnant l'impression à l'étudiant de le considérer comme un patient et non plus comme un thérapeute en devenir. D'autres refusent d'accueillir un étudiant en situation de handicap, car ne se sentent pas compétents (Taylor, 2007).

Ces réactions peuvent paraître étonnantes car les professionnels de santé sont confrontés au quotidien à des personnes vulnérables, ou en situation de handicap. Elles interrogent sur la posture que chaque professionnel entretient dans la relation d'aide et sur le handicap, mais aussi sur cette impossible équation entre être soignant et soi-même en situation de handicap. Les témoignages l'évoquent surtout chez les tuteurs de stage, mais aussi parfois chez les formateurs. Chez ces derniers, les retours des anciens étudiants sont contradictoires. Certains parlent de déception, car leur formateur, malgré leur passé de professionnel de santé semble occulter les difficultés des étudiants. Peut-être parce qu'ils sont sortis de leur rôle de soignant, comme les étudiants précédemment. D'autres précisent que c'est grâce à leur formateur qu'ils ont pu mieux vivre leur formation (ibid). Ces professionnels peuvent donc avoir un rôle majeur dans le parcours des étudiants et vers leur professionnalisation. Nous allons à présent préciser qui sont les formateurs en santé et leurs missions spécifiques.

1.2.5 Être formateur d'une profession de santé

Un formateur dans un institut de formation sanitaire est généralement un professionnel diplômé d'état de la formation en question, avec une exception pour la formation en IFAS. Les formateurs en IFAS ont pu exercer comme aide-soignant, mais ont

continué leur formation par au minimum un diplôme d'infirmier. Si possible, il est souhaité que le formateur ait obtenu le diplôme de cadre de santé ou l'obtienne dans les années qui suivent son embauche. Auparavant et dans tous ces cas, il a une expérience professionnelle, voire une expertise dans le domaine du soin, de la santé. Puis ces professionnels orientent leur carrière vers la formation. Ils vont alors avoir la possibilité de s'appuyer sur leur expérience, sur leurs représentations de la profession pour développer les compétences des étudiants.

Diverses raisons peuvent amener au métier de formateur en IFSI. Pour une majorité, la motivation à transmettre, à enseigner sont le point crucial. (Boudier, 2005, p143). « L'enseignement attire parce qu'il représente un moyen de prendre du recul par rapport à une activité de soin qui a beaucoup mobilisé mais qui n'a pas rempli ses attentes. Cette insatisfaction est à la mesure de l'investissement professionnel et du désir de transformer le milieu ». (Boudier, 2005, p145)

Devenir formateur est rupture dans le parcours, avec la pratique clinique sur le terrain. En passant d'un public de personnes « malades ou fragilisées » à un public en majorité jeune et en bonne santé. Il faut donc changer de repères, passant de ceux du soin à ceux de la pédagogie. (Boudier, 2005, 146). Mais cette pédagogie sera marquée par la culture soignante. Comme le précise Peoc'h, "pour le cadre de santé formateur⁴, les représentations des termes "accompagnement" et "soigner" utilisent le même appareil de notions : écoute, centration sur la personne, démarche relationnelle, assistance, aide... (Peoc'h, 2008) ». Nous pouvons donc envisager que le formateur va utiliser ces mêmes outils, les mêmes valeurs dans ses missions de professionnel de santé que de formateur dans le but de « prendre soin pédagogiquement » de l'étudiant.

1.2.6 L'importance de l'accompagnement pédagogique dans les formations sanitaires

L'accompagnement pédagogique individualisé des étudiants infirmiers a été mis en place lors de la réforme de la formation dès 2009. Celui-ci a été pensé face au taux d'abandon massif des étudiants tout au long des trois années. Ce phénomène des abandons de formation ne semble pas lié à un public particulier (étudiants en situation de

⁴ L'étude s'intéresse ici au cadre de santé formateur infirmier. Compte tenu des pratiques très proches avec les formateurs d'autres professions de santé, tels qu'Ergothérapeute ou AS, il apparaît que cela pourrait être généralisable aux diverses formations en santé.

handicap par exemple), mais plutôt parce qu'il y a un fossé entre les représentations professionnelles des étudiants et la réalité de terrain, ou bien parce que se confronter à la maladie et la mort est trop difficile. (Guillemin, 2018) Les ergothérapeutes ont saisi aussi cette occasion et ont pu formaliser dans leur référentiel de formation des temps d'accompagnement pédagogique avec les étudiants. On retrouve cette démarche d'accompagnement individualisé dans d'autres formations paramédicales, mais pas toujours formalisée dans les référentiels de formation. Cette spécificité des formations en santé doit permettre d'assurer la professionnalisation des étudiants, en évoquant avec eux leur vécu en stage, leurs éventuelles difficultés et leur permettre une pratique réflexive. Ils constituent à la fois un atout pour prévenir les abandons mais aussi tout simplement pour que l'étudiant se sente "accompagné dans sa formation pour apprendre les bons gestes et les bonnes attitudes, ce qui est une base indispensable pour limiter le désarroi de la confrontation à la maladie grave et à la mort. (Lamaurt, 2011, p 48)".

Le formateur a ici une responsabilité importante. Par son accompagnement pédagogique, il va contribuer à la construction professionnelle et à l'émergence des représentations professionnelles de l'étudiant. Pour ce faire, et puisqu'il y a une similarité pour les formateurs entre l'accompagnement du patient et de l'étudiant, nous pouvons supposer que le formateur exploitera son expérience acquise dans la démarche de soin, qu'il utilisait déjà avec les "patients", dans son accompagnement des étudiants. Il va donc se référer à sa propre démarche professionnelle antérieure. En référence aux référentiels de compétences ergothérapeutes et infirmiers, qui sont d'ailleurs assez proches dans leur démarche, nous supposons que le formateur va évaluer une situation (clinique) et établir un diagnostic. Il recherchera alors les informations pertinentes, avec des axes de vigilance en lien avec ses connaissances, il conduira des entretiens, il recherchera les ressources et potentialités de la personne pour établir un plan d'action et le mettre en œuvre. (Référentiel de compétences infirmier, 2009, référentiel de compétences en ergothérapie, 2012)

Ces accompagnements pédagogiques sont plébiscités par l'ensemble des étudiants infirmiers (Lamaurt, 2011). Ils sont mis en œuvre par des entretiens individuels et en groupe avec le même formateur qui devient le référent pédagogique tout au long de la formation. Une relation de confiance mutuelle peut alors s'instaurer et l'apprenant, outre les temps obligatoires peut solliciter à tout moment son référent pédagogique et inversement. De même, et bien qu'il ne s'agisse pas d'une des missions principales des formateurs, mais plutôt d'une activité annexe en termes de temps, l'accompagnement pédagogique des étudiants est souvent très apprécié des formateurs car valorisant. "Il permet de mesurer la

pertinence de la formation envisagée et les réajustements nécessaires (Boudier, 2002, p104)».

Ce temps pédagogique n'a pas été pensé particulièrement pour les étudiants en situation de handicap. Pourtant il s'agit bien d'un dispositif dont ils peuvent profiter sans nécessité d'aménagements supplémentaires. Nous pourrions envisager qu'il est dans une démarche inclusive, car c'est un espace où les particularités de chaque étudiant peuvent être prises en compte et travaillées. C'est aussi dans cet espace qu'un travail sur les représentations professionnelles, pour l'étudiant comme pour le formateur peut avoir lieu.

1.2.7 Définition des représentations professionnelles

Il convient à présent de préciser ce qui est entendu par représentation et plus précisément les représentations sociales et professionnelles. Ces termes ont été en effet définis par de nombreux auteurs et ont évolué au fil des années.

Pour Jodelet, une représentation sociale "est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une vision pratique, concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social" (Jodelet, 1989). La représentation est aussi définie comme « une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner du sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir sa place) » (Abric, 1999, p13) Grâce à la constitution de ces représentations, chaque individu peut décrire et comprendre son environnement, soi-même donc sa place. Il y a un rôle prépondérant du contexte humain, matériel, institutionnel et relationnel de leur élaboration. (Péoc'h, 2008). Plus précisément, les représentations sociales, seraient constituées, selon les travaux d'Alric d'un noyau central qui regroupe les éléments communs à tous. Il y aurait aussi un noyau périphérique qui regrouperait des représentations partiellement communes. Ces derniers éléments sont ainsi dépendants du noyau central (Alric, 1987). Les éléments centraux permettent d'apporter un éclairage et contribuent à "fournir un cadre d'interprétation et de catégorisations des nouvelles informations (ibid, p66)". Par exemple, le handicap peut être le noyau central. Mais en fonction des situations que chacun vit : La personne qui vit la situation de handicap personnellement ou comme thérapeute, les représentations périphériques seront différentes et il pourra y avoir une incompréhension mutuelle.

Dans la pratique professionnelle, les personnes exerçant un même métier vont avoir des représentations professionnelles qui porteront sur des objets appartenant à ce milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelles : opinions, prise de position, savoirs, etc... (Bataille, 1997). Plus précisément « Si les représentations s'installent dans un groupe et qu'elles y perdurent, ce n'est pas du seul fait du poids des habitudes, mais elles ont, pour le groupe, une fonction identitaire et orientent et prédisent l'action. (Formarier, 2007, p35) » Nous pouvons alors supposer que les ergothérapeutes vont partager les mêmes représentations professionnelles, tandis que les aides-soignants ou les médecins pourraient en avoir d'autres. De même les formateurs en santé peuvent avoir des représentations professionnelles similaires, soit le noyau central, par exemple qu'est-ce qu'un bon étudiant? Qu'est-ce qu'un bon professionnel de santé ? Quelle place pour le handicap dans les métiers de la santé ? En fonction de leurs professions initiales et expériences, ces représentations peuvent diverger sur certains points (noyau périphérique) et amener un part d'incompréhension mutuelle.

1.2.8 Quelles représentations chez les anciens étudiants reconnus handicapés devenus des professionnels de santé ?

Si l'on considère l'étude de la Fonction Publique Hospitalière (premier employeur des métiers de la santé), il apparaît que l'équation entre déficiences et profession de santé n'est pas compatible dans les représentations tant du grand public que des professionnels de santé aux mêmes. Le constat effectué lors de cette étude montre que "de telles représentations constituent un facteur majeur d'autocensure chez les personnes porteuses de handicap et un risque non moins important de réticence, voire d'opposition, chez les directeurs, formateurs des instituts et tuteurs de stage". (FHP, 2016). A cette lecture, Il semble encore fréquent de penser qu'il n'est pas possible d'être à la fois un professionnel de santé et en situation de handicap.

Ces évocations font écho à des témoignages dans la littérature, à propos de professionnels IDE, AS ou ergothérapeute. Ils ont réalisé leurs formations alors qu'ils étaient en situation de handicap. La formation a pu être difficile, faite de combats, d'explications, de désillusions que ce soit durant leurs formation théorique ou pratique notamment tant de la part de leurs formateurs, eux-mêmes d'anciens professionnels de

santé (Chacala, 2014, Roulier, 2015, Taylor, 2007). L'éclairage sur les représentations sociales nous permet de comprendre qu'il peut être difficile voire impossible de se comprendre mutuellement, car les représentations ne sont pas partagées.

Ils sont depuis devenus des professionnels et considèrent souvent leur vécu de personne ayant connu des situations de handicap comme une force, car ils ont le sentiment d'avoir une sensibilité, une compréhension de la situation de l'autre, une empathie plus développée. Ils constatent qu'ils partagent avec les personnes qu'ils accompagnent une histoire commune, avec des points communs dans les attitudes, les incompréhensions et le vécu au quotidien. (Chacala, 2014). Cela devient un atout qu'ils mettent en avant dans leur pratique professionnelle et qui peut parfois compenser d'autres points faibles (Roulier, 2015)

1.2.9 Quelles représentations par les formateurs et tuteurs ?

De leur côté, quelles sont les représentations des professionnels de santé, devenus formateurs ou tuteur de stage ? Une particularité des professions paramédicales est qu'elle ne reflète pas la diversité de la population. L'étude de Taylor, à propos de la diversité chez les ergothérapeutes en Angleterre, montre qu'elle n'est pas représentative ni de la diversité de la population en général, ni de la population qu'ils accompagnent au quotidien. Les ergothérapeutes sont principalement des femmes (88%), de classe moyenne, blanches et en bonne santé physique et mentale (Taylor, 2007). Les fichiers ADELI en France, qui enregistrent les professionnels de santé en France retrouvent des chiffres assez similaires. Ces constatations sont similaires en France, tant pour les ergothérapeutes que pour de nombreuses formations paramédicales (IDE, AS, auxiliaire de puériculture, psychomotricien...) Ainsi, le métier est principalement exercé par des femmes, blanches, originaire de la classe moyenne et peu d'ergothérapeutes présentent une déficience ou s'estiment en situation de handicap. Il y aurait chez les professionnels de santé une hiérarchisation des déficiences, considérées comme plus ou moins acceptables et dont voici la liste :

Quelqu'un qui :

1. A une dyslexie
2. Est malentendant
3. A une épilepsie contrôlée
4. A une amputation fémorale⁵
5. A une malvoyance
6. A une surdité
7. Se déplace en fauteuil roulant
8. A une cécité
9. A des troubles alimentaires
10. A des troubles dépressifs
11. A une schizophrénie (Taylor, 2007)

Si l'on observe davantage cette liste, nous observons que les troubles jugés les plus acceptables (dyslexie, troubles sensoriels partiels, amputation d'un membre inférieur) concernent des problématiques plutôt corporelles ou touchant les sens. En revanche, l'intelligence et le comportement sont préservés. Les trois déficiences qui sont jugées les plus négativement (troubles alimentaires, troubles dépressifs, schizophrénie) touchent le psychisme et donc de manière plus directe la relation à l'autre. D'autres auteurs, dans l'enseignement supérieur toutes formations confondues, évoquent les mêmes constatations. Des aménagements raisonnables sont plus facilement mis en place pour les étudiants ayant une déficience visuelle, auditive ou motrice que s'ils sont atteints d'un trouble du comportement ou d'une déficience intellectuelle.

Taylor précise également que "cette hiérarchisation est similaire que l'on considère ces déficiences dans les situations de vie en général, mais aussi comme ce qui peut être envisageable ou non lorsqu'on est un thérapeute". Néanmoins elle rappelle "qu'il est particulièrement important que nous le prenions en considération lorsque nous pensons aux manières de répondre, et d'aménager, les besoins de nos étudiants et collègues en situation de handicap" (Ibid.).

Autre élément, ces formateurs, qui ont  ouvr  pour aider les autres, font aussi partie de ceux qui sont les plus à même d'aider ces étudiants (Dion, 2013). Le manque d'information voire de formations y est aussi évoqué. Elle précise que les enseignants

⁵ Une amputation fémorale est une amputation qui se situe au niveau du membre inférieur au niveau du fémur.

souhaitent pouvoir orienter correctement les étudiants, pouvoir répondre à leurs besoins en termes de pédagogie. Cependant, l'une de leur principale crainte est de favoriser, soit par souci de trop bien faire, soit naturellement les étudiants en situation de handicap par rapport au reste du groupe. Ainsi, on retrouve aussi cette peur du manque d'équité.

Il y a ainsi une spécificité des formations paramédicales, avec des référentiels de formation, un cadre plus strict, mais aussi un encadrement soutenu pour favoriser la professionnalisation des étudiants quels qu'ils soient ces étudiants ont des compétences à acquérir et un référent pédagogique qui peut les aider à cheminer, à construire leurs représentations professionnelles. Ces représentations professionnelles dominantes dans les professions paramédicales tendent vers une inadéquation entre être un professionnel de santé accompli et être en situation de handicap. Pourtant un certain nombre d'étudiants reconnus handicapés s'inscrivent dans les formations paramédicales et obtiennent leur diplôme, malgré un parcours pouvant être semé d'embûches. Cela nous permet alors de poser la problématique suivante : Compte tenu des spécificités des formations paramédicales, quelles sont les représentations sur le handicap et sur quel(s) levier(s) peut-on s'appuyer pour favoriser l'inclusion des étudiants en situation de handicap dans un institut de formation sanitaire?

2 Partie 2 : Un état des lieux de l'accueil des étudiants en situation de handicap.

2.1 Description du lieu d'études

Notre terrain d'étude est un institut de formation sanitaire et sociale de la Croix rouge dans une ville moyenne de province. Pour des raisons de confidentialité, nous choisissons de ne pas nommer cet établissement, ni sa localisation. Il forme à 15 métiers d'accompagnement à la personne, proposés sur quatre pôles différents. Certains sont dans le pôle sanitaire tels qu'infirmier diplômé d'état (IDE), aide-soignant (AS), auxiliaire de puériculture (AP), d'autres dans le champ des travailleurs sociaux comme assistant de service social, conseiller en économie sociale ou familiale ou technicien d'insertion sociale et familiale. Un troisième concerne uniquement la formation en ergothérapie et un dernier, celui de la formation continue forme entre autres à des diplômés d'ambulancier, Diplômé d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social, ...

Le niveau de qualification à l'entrée en formation et à la sortie du diplôme sont très divers, certains étant de niveau IV et V, d'autres de niveau III. Les statuts sont différents, certains sont des élèves (niveau IV et V, pour les formations d'ambulancier, d'AS, d'Auxiliaire de Puériculture, Technicien d'Insertion Socio-Familial, ...), d'autres sont des étudiants (de niveau III, dont les IDE et les Ergothérapeutes). Ces derniers sont inscrits à l'université. Pour faciliter la lecture, nous désignerons toutes les personnes formées dans cet établissement par le terme d'apprenants pour la suite de notre écrit.

La durée des études est variable également, allant d'un mois pour la formation d'ambulancier à 10 mois pour les AS et AP, à trois ans pour les IDE, Assistants de Services Sociaux et ergothérapeutes par exemple.

Le nombre d'inscrits par formation est également très différent d'une formation à une autre : Un agrément de 150 apprenants est donné par promotion pour la formation d'IDE, de 32 pour la formation d'ergothérapeute et de 50 pour la formation d'AS. L'établissement accueille environ 1200 apprenants.

L'établissement emploie près de 100 salariés, dont la moitié sont des formateurs. Ceux-ci s'occupent dans la majorité des cas d'une seule formation. Chaque formation fonctionne par équipe, avec un coordinateur à sa tête et un directeur de pôle. Les équipes pédagogiques sont de tailles différentes, allant de 2 formateurs chez les AS par exemple, à 5 chez les ergothérapeutes et 20 chez les infirmiers. Les dynamiques d'équipe,

l'organisation et la répartition du travail, la circulation de l'information sont aussi différentes de l'une à l'autre.

Il n'y a actuellement pas de démarche d'accueil formalisée pour les apprenants ayant des besoins spécifiques au sein de l'institut de formation, dont en situation de handicap. Il n'y avait ni charte de l'accueil de l'apprenant handicapé, ni référent handicap ou schéma directeur sur 2018-2019. Depuis le changement des modalités d'entrée aux études d'infirmiers et d'assistants de services sociaux, via Parcoursup, il est obligatoire d'avoir dans l'établissement un référent handicap.

Par ailleurs, il n'y a pas d'informations facilement accessibles (brochures, posters, site internet, écran) pour les apprenants sur les démarches et dispositifs pouvant les aider.

Les instituts de formation sanitaire de la Croix Rouge sont présents dans toutes les régions de France et ont à leur tête une direction nationale. Celle-ci ne fournit pas de documents spécifiques ou de recommandations particulières quant à l'accueil des étudiants en situation de handicap.

Au début de notre enquête, le nombre d'apprenants en situation de handicap dans l'institut de formation est inconnu.

2.2 Méthodologie pour l'enquête auprès des formateurs

L'objectif de notre première enquête a été de réaliser un état des lieux de l'accueil des étudiants en situation de handicap. Pour ce faire, nous l'avons séparé en deux parties. Puisque nous ne connaissions pas l'ensemble des étudiants en situation de handicap, la seule solution a consisté à interroger en premier lieu les équipes pédagogiques. Nous avons choisi d'interroger 2 formateurs (pôle sanitaire), 2 coordonnateurs (sanitaire et social) et le directeur du pôle social afin d'essayer d'avoir une vision d'ensemble. Nous avons choisi à ce stade de l'enquête de ne pas interroger des membres de l'équipe du pôle ergothérapie, puisque nous en sommes un des membres et connaissons déjà bien les pratiques dans cette filière, ainsi que ses étudiants en situation de handicap.

Les entretiens ont duré de 45 minutes à 1 heure, en fonction de la disponibilité de chacun et des expériences à partager.

Dans cette première partie d'enquête, nous avons plusieurs sous-objectifs :

1. Etablir une estimation du nombre d'étudiants en situation de handicap inscrits dans les diverses formations, de leurs besoins et des aménagements mis en place.
2. Comprendre les actions qui sont pensées et expérimentées par les équipes pédagogiques pour accueillir les apprenants reconnus handicapés, voire s'ils utilisent des outils spécifiques
3. Estimer le niveau d'information des équipes sur les relais possibles (SAAEH, MDPH)
4. Déterminer les manques et les craintes repérés par les formateurs

2.3 Vers une meilleure compréhension grâce aux formateurs

Cette première partie d'enquête nous a permis tout d'abord de questionner l'organisation des différents services et de nous rendre compte de fonctionnement très différents en fonction de chaque formation. Afin de présenter le plus clairement possible nos résultats, nous allons les proposer point par point.

2.3.1 Estimation du nombre d'apprenants en situation de handicap dans l'institut de formation

Une première estimation lors de cette première enquête, sur 2018-2019 serait de 12 apprenants en situation de handicap. Elle a évolué régulièrement, au gré des rencontres et nous comptabilisons :

- 6 étudiants reconnus handicapés et qui ont bénéficié d'une reconnaissance de handicap par la MDPH (2) ou le SAAEH (4). Ils sont tous dans des formations "longues" : IDE (1), ASS (1) et ergothérapeute (4).
- 6 apprenants qui ont des besoins spécifiques repérés ou connus de leur coordonnateur d'année ou référent pédagogique. Ils n'ont pas souhaité faire de démarche de reconnaissance de handicap. Cela s'explique par plusieurs raisons :
 - 3 élèves (formation courte, donc demande à la MDPH) n'ont pas souhaité effectuer des démarches faute de temps ou de bilans récents.
 - 1 étudiant IDE qui avait des aménagements pour le concours d'entrée, mais qui a trouvé des compensations qui lui semblent

satisfaisantes pour ses études. Il reste néanmoins en difficulté durant ces stages, mais n'a pas souhaité en parler avec ses tuteurs de stage.

- 1 apprenante (formation en 2 ans) devrait effectuer une demande auprès de la MDPH durant l'été, après une première année qu'elle estime difficile et épuisante.
- 1 étudiant ergothérapeute qui est en attente d'un diagnostic (délai d'attente long).

Les déficiences associées à leurs situations de handicap sont variées. 11 apprenants ont précisé leur déficience à leur formateur référent ou au coordinateur. Principalement, les étudiants ont des troubles du langage écrit (7/12 apprenants), 2 ont eu une déficience motrice de courte durée (deux-trois mois), 2 ont une déficience motrice et 1 un trouble de la relation. Ils ont donc des profils et des besoins variés. Comme au niveau national, la principale déficience concerne les troubles du langage écrit, suivie par les déficiences motrices et la plus faible un trouble de la relation. Néanmoins, compte tenu du faible nombre de notre échantillon, qui ne s'étend que sur une année, il est difficile d'en tirer des conclusions, et notamment sur la présence ou l'absence de certaines déficiences. D'ailleurs sur cette nouvelle année 2019-2020 une étudiante qui est atteinte de surdité s'est inscrite en IFSI, ce qui montre que d'une année à l'autre les demandes et besoins spécifiques peuvent être très variés.

Les situations de handicap sont inchangées pour certains depuis plusieurs années ; pour d'autres elles se sont aggravées. Pour certains, les situations de handicap apparaissent en cours de formation et vont être plus ou moins définitives.

4 étudiants ont fait appel au SAAEH sur les conseils de leur formateur référent et nous-même. 1 étudiante a fait appel à la MDPH sur les conseils de sa formatrice référente. La dernière étudiante a une reconnaissance de handicap auprès de la MDPH de longue date.

Pour la majorité, les demandes ont émergé lors d'échanges avec leur référent pédagogique. Les apprenants ont pu reconnaître qu'ils étaient plus en difficulté que ce qu'ils auraient imaginé, ce qui les a motivés à en parler avec leur référent pédagogique afin de trouver des solutions. Cet élément indique la place primordiale du référent pédagogique dans l'accompagnement de ces apprenants.

Certains de ces étudiants ont pu bénéficier d'aménagements pour leur scolarité (supports de cours fournis en amont notamment), mais pour la majorité, les demandes concernent les examens (majoration du temps pour les examens et/ou utilisation d'un ordinateur pour les examens écrits). Pour l'une d'entre elles, un aménagement du temps de présence en stage a été effectué. On retrouve ici aussi les mêmes tendances qu'au niveau national, sur l'importance des demandes et besoins pour les examens.

2.3.2 Comprendre les actions pensées ou menées par les équipes pédagogiques

A) Rôle du formateur

Les formateurs sont unanimes pour expliquer qu'ils estiment que l'un de leur rôle est de pouvoir repérer les difficultés potentielles de leurs apprenants et de les accompagner pour progresser. Ces difficultés peuvent entre autres être liées à des déficiences, mais pas uniquement. Ils ne souhaitent pas nécessairement connaître le trouble (bien que cela soit pourtant souvent le cas), mais plutôt connaître les difficultés dans la formation pour pouvoir mieux accompagner les apprenants vers la réussite. Nous pouvons envisager ici que ces formateurs sont davantage dans une posture d'accompagnant pédagogique et non plus de soignant leur démarche est la même quel que soit le problème de l'apprenant. Ils ne font que personnaliser en fonction des retours des apprenants.

C'est souvent le référent pédagogique qui est la personne consultée en premier ou qui évoque l'éventuelle situation de handicap avec l'apprenant

B) Aménagements du concours et des examens

Les aménagements pour le concours sont une procédure assez bien connue et proposée chaque année. Les équipes pédagogiques les appliquent sans difficulté. Une salle spécifique pour tous les inscrits qui bénéficient d'aménagements est prévue. Ce choix permet le respect des règles et consignes pour chaque participant au concours, sans gêner ou faire attendre les autres. Les surveillants de concours sont aussi plus à l'aise pour appliquer au plus juste les aménagements préconisés pour chacun.

Pour les aménagements d'examen, la majoration du temps est bien connue de tous les formateurs. Les modalités de mise en œuvre sont différentes en fonction des formations. Par exemple chez les IDE pour des raisons d'organisation, l'étudiant handicapé réalise ses examens dans une salle à part, généralement le bureau d'un formateur où il ne sera pas

dérangé par les déplacements de 150 élèves, pendant la période de temps majoré. Pour de nombreux examens en effet, les étudiants ne sont autorisés à sortir qu'à la fin du temps de l'épreuve. En ergothérapie, tous les étudiants sont dans la même salle. Ils peuvent sortir à n'importe quel moment de l'examen. Les sessions d'examen s'organisent par une série de 2 à 4 examens par matinée. La pause entre deux examens, lorsqu'il n'y a pas de majoration du temps est généralement de 30 min. Si un étudiant (ou davantage) a une majoration de son temps pour les examens, alors la pause pour tous les étudiants sera de 30 min + le temps de majoration d'examen. Cela a été pensé afin que tous les étudiants aient bien un temps de repos suffisant. L'utilisation d'un ordinateur est connue par l'ensemble des formateurs, mais n'est pas toujours suggéré dans les formations sanitaires. Cela peut s'expliquer par le manque d'expérience antérieure dans ce domaine. Chez les ergothérapeutes, du fait de la pratique professionnelle antérieure, cette aide-technique est bien mieux connue et facilement suggérée aux étudiants, si le besoin est repéré. (3 étudiants en ont bénéficié sur 2018-2019, ce qui a conduit à la mise en place d'une procédure rédigée pour faciliter la mise en œuvre pour les prochaines années et qui pourra être utilisable par toutes les formations).

Il existe des disparités entre les différentes filières concernant les connaissances sur les aménagements pour les examens et concours. Cette disparité peut s'expliquer par la pratique professionnelle antérieure des formateurs. Les préconisations d'aménagements des examens fait partie des missions de l'ergothérapeute. Il n'est donc pas étonnant qu'ils puissent proposer une plus grande diversité d'aménagements à l'étudiant dans ce contexte pédagogique.

Afin d'améliorer la compréhension des aménagements pédagogiques, nous avons pu réaliser une semaine de stage sur le SAAEH de l'université partenaire. Cela nous a permis de mieux comprendre leur fonctionnement, leurs propositions d'aménagements et a favorisé l'orientation des apprenants vers ce service rapide. Ces éléments expliquent également sans doute au moins en partie pourquoi les étudiants en ergothérapie sont les plus nombreux à avoir bénéficié du SAAEH, sur cette année 2018-2019. Les connaissances et représentations de l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) se sont modifiées, ce qui nous a permis d'être plus fiable et efficace dans nos conseils aux étudiants en ergothérapie.

Concernant les examens et concours, une certaine connaissance est présente, mais qu'en est-il au niveau de la pédagogie en termes d'adaptation et d'accessibilité ?

C) Adaptation et accessibilité de la pédagogie

Les formateurs n'évoquent pas d'aménagements pédagogiques (aménagement du cours, des documents, ...), ni de conseils à donner aux apprenants pour adapter la scolarité. Tous s'appuient sur leur référentiel de formation, souvent très strict en termes de présence et d'absence en cours et en stage et la formation théorique. Ils évoquent également que le référentiel de formation précise souvent les modalités pédagogiques (Cours magistral, travaux dirigés), les modalités d'évaluation (oral, écrite, ...) et qu'il est n'est pas possible de s'en détacher. Cet argument est très marqué dans le pôle sanitaire. Ils précisent alors qu'ils n'ont pas d'autres choix que de le respecter, que les aménagements ne sont pas envisageables dans ce contexte, s'ils n'en ont pas une notification par la MDPH.

Une adaptation proposée concerne l'agrandissement des documents pour une étudiante dans le champ social qui ne pouvait pas bien lire des caractères de petite taille. Seuls les formateurs qui ont déjà vécu cette expérience d'accompagnement d'une étudiante envisagent des adaptations. Les autres personnes interrogées ne pensent pas spontanément à ce type d'adaptation.

L'une des formatrices évoque l'importance de parler de la différence à l'ensemble de la promotion. Ce discours est effectué en début d'année. Elle ne parle pas de handicap, mais explique que "tout le monde est différent, avec ses points forts et ses points faibles, mais que tous sont capables et complémentaires". Cela a pour objectif de mettre en confiance les apprenants, mais aussi de construire si possible une vie de groupe la plus sereine possible. Mais aucun des professionnels n'évoque lors de la rentrée ou plus tard la possibilité que les apprenants aient pu bénéficier d'aménagements de leur scolarité auparavant et que cela peut se poursuivre aussi dans leur nouvelle formation. Ils n'invitent pas les apprenants à venir leur parler de leurs éventuels besoins. Pourtant cela permettrait à certains apprenants dont la formation est courte de pouvoir, s'ils l'acceptent, obtenir des notifications d'aménagements de leur scolarité au moins sur la seconde moitié de leur formation.

2.3.3 Connaissance des dispositifs et outils dédiés aux apprenants en situation de handicap

Les divers salariés interrogés connaissent la MDPH, au moins de nom. Ils savent que les apprenants peuvent la solliciter. Tous attendent d'avoir une preuve de notification de la MDPH pour pouvoir réaliser des aménagements. Pour tous, faire une demande auprès de la MDPH est longue. Ils ignorent pour quatre d'entre eux l'existence du SAAEH

de l'université de proximité. Les 2 coordinateurs connaissent l'existence de ce dispositif mais n'y pensent pas spontanément pour leurs apprenants. Il y a ici un manque d'informations concernant cette offre de service.

Les différents professionnels ne connaissent pas d'outils spécifiques. Ils n'utilisent donc pas dans leur pratique le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé, ni ne formalise le parcours de formation par un PAEH. Alors que les coordonnateurs expliquent qu'ils sont les garants de la mise en œuvre des aménagements préconisés, ils constatent que, mis à part les documents fournis par la MDPH, ils ne possèdent pas d'outil particulier (PAEH, contrat pédagogique, ...) précisant les aménagements. Ils ne formalisent pas non plus leur mise en œuvre. L'accord entre l'institution et l'apprenant s'effectue surtout par une rencontre et des décisions énoncées oralement. Les formateurs s'appuient uniquement sur les notifications de la MDPH. Mais il s'avère qu'ils peuvent avoir des doutes voire oublier l'ensemble des notifications ou décisions prises. Ces éléments n'ont rien d'étonnant puisqu'il y a eu peu de situations rencontrées actuellement, mais aussi parce que les liens avec le SAAEH notamment n'étaient pas jusqu'alors très étroits. S'agissant d'outils issus d'un domaine différent, il semble assez compréhensible de ne pas en avoir une réelle connaissance.

Les formateurs et coordonnateurs interrogés sont unanimes sur le fait qu'ils ne pensent pas pertinent qu'un membre de l'équipe soit plus spécialisé dans l'accompagnement des apprenants en situation de handicap. Ils estiment que cela pourrait être stigmatisant. Ils envisagent plutôt que tous les référents pédagogiques soient tous capables de répondre à leurs besoins spécifiques

Les manques repérés par les formateurs. Tout d'abord, les formateurs constatent des manques organisationnels. Ils estiment pour trois d'entre eux, qu'il serait nécessaire qu'une personne ressource soit identifiée pour répondre à leurs questions et à celles des apprenants. La mise en place en cours d'un référent handicap constitue une première réponse. Ils déplorent que le temps soit un luxe et qu'il est difficile de se réunir pour parler des situations individuelles complexes en équipe. Le manque de temps pour se poser, pour réfléchir est une constante. L'un "craint de devoir encore plus individualiser l'accompagnement pédagogique, alors qu'il n'en a pas les moyens physiques". Il faut entendre ici plutôt une incapacité à répondre aux besoins individuels qu'un manque de volonté personnelle.

D'autre part, ils observent des manques personnels. Ainsi, quatre d'entre eux indiquent qu'ils ont une représentation partielle des conséquences des situations de

handicaps que peuvent vivre les apprenants. Il leur est ainsi peu aisé de se rendre compte de l'ensemble des difficultés que peuvent vivre ces étudiants, que ce soit dans le domaine des apprentissages, des efforts fournis, des répercussions dans la vie sociale et de l'estime de soi ... Or c'est bien ici que les malentendus vont se jouer. Chacun a son vécu, sa compréhension de la situation et des représentations qui ne se rejoignent pas. Pour eux, s'entendre et se comprendre devient un défi difficile à surmonter. En conséquence, ils considèrent tous que ce manque de connaissances nuit aux conseils qu'ils peuvent transmettre aux apprenants et à la qualité de leur professionnalisation. Ils considèrent aussi qu'ils n'ont pas assez de connaissances sur la MDPH ou le SAAEH, sur les conseils à proposer aux étudiants, mais apparaissent néanmoins curieux d'apprendre et d'améliorer leur compréhension de la situation et des dispositifs disponibles.

2.3.4 Les craintes des formateurs

Les craintes des formateurs portent surtout sur la possibilité d'être travailleur handicapé et professionnel de santé ou travailleur social. Chez les équipes du sanitaire, la question de la responsabilité est très marquée, avec la peur de la faute grave pouvant entraîner des conséquences sur la vie de la personne. Que se passe-t-il si l'infirmier se trompe entre « à piquer » (donc à faire) ou « piqué » (fait) ? Quelle est sa responsabilité sur le soin, voire la vie de la personne. Cette question a été récurrente. Mais aussi quelle est la part de responsabilité de l'IFSI qui a validé son diplôme ? Chez les ergothérapeutes ou les travailleurs sociaux où il n'y a pas cette notion d'urgence vitale, on ne retrouve pas ce type d'inquiétudes. En revanche, tous évoquent l'impossibilité qu'un apprenant ait un trouble de la relation, car c'est le cœur de leur métier de pouvoir « écouter l'autre, le comprendre dans ses besoins et dans ses demandes ».

Grâce à cette première enquête, nous avons pu cerner davantage comment chaque formation s'organise, les actions mises en place, les craintes et les manques. Cela nous a aussi permis d'avoir une estimation plus claire du nombre d'étudiants en situation de handicap. Ce chiffre est en constante évolution, d'une année à l'autre (au gré des inscriptions). Il évolue aussi tout au long de chaque année en fonction des situations de vie de chacun. La difficulté ou non à gérer les études et la nécessité de parler de faire part de ses difficultés dans la formation est un autre point dont il faut tenir compte.

2.4 Méthodologie pour l'enquête auprès des apprenants en situation de handicap

2.4.1 Description de la deuxième partie de l'enquête

Grâce à cette première enquête, nous avons pu repérer un plus grand nombre d'apprenants en situation de handicap inscrits dans les diverses formations. Il importait alors de pouvoir les rencontrer, les questionner pour mieux comprendre leur point de vue, leurs besoins, leurs attentes, mais aussi les obstacles et les facilitateurs qu'ils ont pu repérer dans leur vie d'apprenant. L'objectif de cette nouvelle partie de la recherche est en effet de déterminer si des besoins sont à combler ou non. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le modèle du PPH, qui analyse la situation de handicap en fonction de trois éléments : la personne, ses habitudes de vie et ses rôles et son environnement. (Annexe I) nous avons interrogé les apprenants afin de :

- Découvrir s'ils estiment en situation de handicap dans leur formation
- Repérer s'ils ont des difficultés dans leurs relations avec les formateurs
- Savoir s'ils ont des difficultés avec leurs pairs
- Déterminer quels facilitateurs ils ont trouvé
- Savoir s'ils estiment que leurs situations de handicap peut-être un atout

Pour répondre à ces différentes questions, nous avons eu l'opportunité d'interroger quatre apprenants reconnus handicapés., ce qui nous permettait d'avoir une première vision. Il nous semblait difficile de rencontrer ceux qui n'ont pas encore effectué de démarche de reconnaissance de handicap. Nous avons supposé qu'ils n'avaient pas le même niveau d'acceptation de leur situation et que cela pourrait être un frein dans les échanges, voire pour la suite de leur cheminement personnel dans leurs études. Leurs formateurs référents respectifs étaient aussi de cet avis.

Les quatre apprenants rencontrés sont tous engagés dans une des formations de trois ans (1 IDE, 1 ASS et 2 ergothérapeutes). Deux d'entre eux ont une déficience invisible (trouble du langage écrit, qui les pénalise pour lire, prendre des notes, rédiger...). Deux autres ont une déficience motrice, plus ou moins sévère et visible. L'une utilise un fauteuil roulant électrique pour se déplacer, tandis que l'autre porte une attelle de poignet. Leurs besoins et difficultés touchent donc des sphères différentes et leurs situations de handicap sont aussi variées.

Nous leur avons proposé un entretien semi directif et avons constitué un guide d'entretien pour répondre à nos questionnements. Ces entretiens ont été réalisés en face à face en individuel. Ce choix s'explique par plusieurs raisons :

- Permettre à chacun d'exposer librement ses difficultés, sans le regard d'autrui. (Deux sont dans la même classe).
- Niveau de proximité avec les étudiants très différents en fonction de leur formation
- Impossibilité de les réunir tous ensemble du fait de leur planning et de leurs stages respectifs

Ces entretiens ont duré de 30 minutes à 2 heures.

2.4.2 Résultat de l'enquête auprès des étudiants reconnus handicapés

Les entretiens ont fait émerger de nombreux points communs. Ils concernent

- La peur du regard/jugement de l'autre, surtout des pairs, mais aussi dans une moindre mesure des formateurs pouvant entraîner un refus des moyens de compensation.
- Le manque de compréhension de leur propre situation par les autres
- Les possibilités limitées d'intégration à la vie du groupe
- Le rôle facilitateur des formateurs référents

A) La peur du regard de l'autre

Nous avons constaté que les quatre apprenants ont refusé (au moins dans un premier temps) des aménagements pour les examens tels que la majoration du temps voire l'utilisation d'un ordinateur pour les examens. Ils expriment leur peur du regard des autres et des réactions que cela pourrait engendrer de la part de leurs camarades.

Benoit illustre bien ce propos. Il a redoublé sa première année d'études. Ses troubles du langage écrit le pénalisaient car les modalités d'enseignement et d'évaluation n'étaient pas adaptées à ses difficultés. Alors qu'il avait eu des mesures de compensation au lycée (majoration du temps pour les évaluations), il n'en avait pas fait la demande durant sa première année de formation. Il l'explique par deux raisons : "Je ne savais pas à quoi m'attendre concernant les exigences des cours et voulait voir comment j'allais pouvoir m'en

sortir. Et puis au lycée, seuls mes amis très proches étaient au courant de ma situation. Je l'ai toujours cachée au reste du groupe, car je ne voulais pas montrer ma différence".

Il en fut de même pour Vanessa qui avait bénéficié d'aménagements pour le concours d'infirmier, mais qui a choisi de ne pas les demander sur les premiers mois de première année.

Cette peur du regard de l'autre se retrouve aussi, même lorsque la demande d'aménagement de l'examen est acceptée sur le principe. Sa mise en œuvre reste source d'inquiétudes aussi. Benoit et Jeanne, sont étudiants en ergothérapie. L'équipe pédagogique a fait le choix que l'ensemble des étudiants soient dans la même salle et que les besoins de chacun soient pris en compte. Néanmoins la visibilité nouvelle de leur situation de handicap par la mise en place d'un ordinateur pour chacun lors des examens a été acceptée avec réticence et quelques craintes. Ils réalisaient en effet leurs examens dans la même salle que l'ensemble de la promotion. Qu'allait dire le reste du groupe ? La peur d'être jugé comme favorisé (surtout si l'examen est difficile et trop court) ou d'être repéré comme l'étudiant handicapé les a inquiétés. (Nous verrons un peu plus loin comment cette peur a pu être contournée). Ni l'un, ni l'autre n'a souhaité que ces aménagements soient évoqués avec le groupe, préférant voir si des remarques émergeraient.

B) Conséquences de la fatigue

Autre point commun, bien que sans surprise, tous constatent qu'ils ont besoin de plus de temps, soit pour apprendre, soit pour réaliser certains gestes de la vie quotidienne. Cela a des conséquences sur le temps qu'ils peuvent consacrer aux loisirs et notamment avec leurs camarades de promotion. Ils se sentent pour 3 d'entre eux frustrés par cette différence, qui limite leur intégration dans le groupe. (Participation à des soirées, à des sorties à la fin des cours, ...). Ils notent aussi tous une grande fatigue dont l'entourage semble peu tenir compte. Ils ont ainsi moins de possibilités de se reposer, car prennent plus de temps, soit pour apprendre, soit pour réaliser certains gestes du quotidien. La fatigue fait partie de la partie invisible du handicap, celle qui est rarement envisagée par les personnes qui ne vivent pas la situation de handicap.

C) Incompréhension mutuelle

Le plus grand point de frustration concerne la non-compréhension par les autres de leurs situations de handicap. Jeanne a vécu une situation de handicap temporaire (2 mois)⁶. Devant porter une attelle de poignet nuit et jour, elle était particulièrement gênée pour écrire à la main, se préparer le matin, pour porter ses affaires. Elle ne s'attendait pas à être autant gênée dans son quotidien, mais s'en est accommodée, réussissant à s'organiser, au prix d'adaptations et de fatigue supplémentaire. En revanche, Jeanne raconte aussi qu'elle a "été très agacée d'entendre certains étudiants de sa promotion d'ergothérapie pendant un cours de confection d'orthèses dire qu'ils aimeraient porter l'orthèse qu'ils venaient de confectionner toute la journée et non 5 minutes". Elle-même en avait assez de porter son attelle nuit et jour, car cela la limitait dans ses activités, entraînait des douleurs et l'empêchait de dormir. Ce fut une vraie souffrance pour elle de se rendre compte que ses camarades et amis de promotion ne pouvaient pas la comprendre, alors même qu'ils se destinaient au métier d'ergothérapeute. (Donc à écouter l'autre et le comprendre). Pourtant de la part de ses camarades, on peut aussi entendre que cette remarque constituait une satisfaction, voire d'une fierté d'avoir réalisé un acte technique compliqué. Ils étaient ici centrés sur eux même, leur propre réalisation et non sur leur camarade de promotion. Les réalités sont ainsi très diverses et les maladresses proviennent de ces différences de réalité même pour un évènement similaire.

Florence évoque le même sentiment. Elle présente une déficience motrice sévère, qui l'oblige d'une part à se déplacer en fauteuil roulant électrique, mais aussi à faire appel à un auxiliaire de vie, matin et soir, pour réaliser certaines activités telles que se laver ou s'habiller. Mis à part certains amis de la promotion, les autres étudiants n'en ont pas connaissance. Cette auxiliaire de vie vient à horaire fixe tous les jours, ce qui ne lui permet pas toujours de pouvoir sortir avec le groupe. De même, toute activité nécessite un temps supplémentaire pour elle. Cela induit d'une part de la fatigue, mais aussi moins de temps pour la spontanéité, les loisirs, le repos et les moments de partage et davantage pour les obligations du quotidien. Par ailleurs, pour ses déplacements en ville, elle n'a pas d'autre choix que d'utiliser les transports adaptés de l'agglomération. Elle doit toujours les prévenir à l'avance pour chaque déplacement, ce qu'elle a expliqué au groupe. Elle estime que les autres étudiants ne semblent pas s'en rendre compte, ce qui l'agace et peut créer des tensions et des malentendus. Toutefois, ils ne sont pas ici dans un rôle de thérapeute, mais

⁶ Nous avons bien conscience que cette situation de handicap temporaire ne correspond pas à la définition du handicap en référence de la loi de 2005 car une durée de 2 mois ne peut être considérée comme durable. Nous avons toutefois choisi de présenter son expérience et son récit, car ils sont très proches en termes de vécu que pour les autres apprenants rencontrés.

bien d'étudiants. Dans ce rôle-là, ils n'ont pas pris conscience des difficultés particulières de Florence. A nouveau, on observe de la part de certains des remarques blessantes involontaires, des jugements hâtifs par méconnaissance des problématiques de l'étudiant, ainsi qu'une non prise en compte des besoins particuliers par les autres étudiants, car ils ne sont pas dans leur rôle de thérapeute, mais dans celui d'étudiant.

D) Une relation aux formateurs variable

Les relations avec les formateurs sont également complexes et parfois ambivalentes. Mais il apparaît que les formateurs sont considérés comme un obstacle, lorsqu'ils n'ont pas conscience ou connaissance des difficultés rencontrées par l'étudiant. Ainsi Vanessa pointe la souffrance qu'elle ressent lorsqu'elle voit sur ses copies d'examen les remarques et corrections de ses erreurs orthographiques, voire les points en moins. Ses troubles pour restituer à l'écrit ne lui permettent pas de rédiger sans erreur orthographique et de syntaxe, alors même que les formateurs ont une exigence sur la formulation des écrits. Elle a une reconnaissance de handicap par la MDPH, une augmentation du temps pour les examens, mais il n'a pas été notifié de non prise en compte de la qualité rédactionnelle. Les copies d'examen sont anonymes, celle de Vanessa comme celle des autres. Si une indication est mise en place sur sa copie, car elle est la seule dans sa promotion à bénéficier d'aménagements spécifiques, l'anonymat n'est plus respecté. Au contraire, si une indication de non prise en compte de l'orthographe est précisé sur sa copie, alors l'anonymat n'est plus respecté (risque d'être influencé pour noter), mais ses difficultés seront prises en compte et son vécu des examens peut être plus positif. Il s'agit d'une situation qui mériterait d'être discuté avec Vanessa et l'équipe pédagogique.

Les quatre étudiants pointent aussi que leurs formateurs et notamment le formateur référent constitue un facilitateur. Pour trois d'entre eux, c'est le formateur référent qui a pointé leurs difficultés dans la formation et donc les risques pour leur réussite professionnelle. Cela les a aidés à prendre conscience du chemin à parcourir pour réaliser leur projet professionnel. Grâce à la relation de confiance instaurée par leur référent pédagogique, les étudiants ont accepté de parler de leurs troubles, pour ensuite effectuer des démarches auprès de la MDPH ou du SAAEH, au moins pour un aménagement des examens. Les résultats de Benoit et Vanessa depuis qu'ils bénéficient de ces aménagements sont bien meilleurs. On peut supposer que leur mise en place leur a permis d'accéder à une certaine égalité des chances.

E) Vivre une situation de handicap, aussi un atout

Enfin et dans un autre registre, ce que ces étudiants interrogés retiennent, c'est aussi que leur vécu peut constituer un atout pour eux dans leur future pratique professionnelle. Ils imaginent qu'ils seront plus à l'écoute des problématiques des autres, questionneront différemment les personnes qu'ils accompagneront, car savent qu'il ne faut pas se cantonner à ce qu'on voit ou ce qu'on a appris, mais bien qu'il faut questionner davantage, être plus ouvert et à l'écoute des autres pour répondre aux besoins et demandes personnalisées de chacun.

2.5 Que retenir de cette enquête ?

Cette première enquête de terrain, interrogeant formateurs et apprenants nous permet d'avoir une meilleure compréhension de la situation.

Nous avons pu repérer 6 étudiants ayant eu une reconnaissance de handicap, ce qui correspond à 0,5% des apprenants de l'institut de formation. Or les chiffres du MESRI évaluent leur présence dans les formations paramédicales à 1,6% (toutes formations confondues). La proportion dans notre institut de formation est donc trois fois moins importante. Nous avons pu aussi estimer que 6 autres étudiants étaient repérés comme en situation de handicap, mais sans avoir réalisé de démarches de reconnaissance. Plusieurs raisons peuvent éclairer cette information quantitative au niveau de l'organisation interne de l'établissement : le manque de connaissances des formateurs sur les dispositifs (SAAEH et MDPH), l'absence de référent handicap dans l'institution, la non-visibilité par les étudiants des dispositifs à leur disposition, la rigidité des référentiels en regard de la densité des temps présentiels obligatoires.

Par ailleurs, plusieurs points de vigilance sont à prendre en compte. La peur du regard de l'autre et de la stigmatisation, mais aussi l'invisibilité du handicap ainsi que les incompréhensions de chacun du fait de ses représentations ou au contraire une acceptation du groupe inattendue. Enfin, le rôle que peut jouer un tiers, en l'occurrence un formateur référent, pour permettre une prise de recul et un changement de la part de l'apprenant.

Le regard des autres chez les étudiants fait partie de leur construction identitaire en tant que jeunes adultes. De surcroît, dans ces formations, une identité professionnelle est en construction. Cette pression de l'acceptation par l'autre, à se montrer sous son meilleur jour et à masquer sa différence, à devenir un soignant peut entraîner des craintes et des freins à la réussite de l'apprenant. Être différent, et notamment se montrer comme

« malade » ou « handicapé » revient à se placer de l'autre côté de la barrière, à ne plus se construire comme un futur soignant, mais comme un soigné. Cette équation ??? peut ainsi sembler complexe à réaliser, en référence à l'étude de la FPH.

De même, ici est pointée la notion d'invisibilité des situations de handicap. Que la déficience soit visible ou non, les autres n'imaginent jamais l'ensemble des situations de handicap auxquels chacun peut être confrontées, ni ses peurs ni les stratégies mises en place. Il y a ainsi une énorme différence entre ce que chacun vit et ce que les autres imaginent de la vie de celui-ci. Cela est lié à différents facteurs, l'intérêt que l'on va porter à l'autre, mais aussi aux représentations que l'on y associe. Ces représentations, comme la compréhension de la situation de la personne sont ainsi souvent parcellaires voire erronées. On a souvent tendance à s'appuyer sur notre vécu, plutôt qu'à découvrir celui de l'autre. Il est, dans ces conditions, difficile de connaître les pensées profondes de chacun, son vécu de la situation, surtout si on n'a pas vécu les mêmes expériences. Pourtant cette incompréhension de l'autre, ces malentendus de réalités vécues différemment sont un point de tension important, tant avec les pairs, qu'avec les formateurs.

Le formateur peut avoir un rôle de médiateur. Il peut permettre de prendre du recul et de trouver des solutions et contribuer au projet d'études et professionnel de l'étudiant dans les meilleures conditions. Il peut être celui qui pointe les difficultés de l'apprenant, mais nous avons pu voir que certains formateurs ont des craintes quant à la réalisation du projet professionnel des apprenants. Nous avons aussi pu constater qu'ils ne connaissent pas bien les SAAEH et la MDPH, ni les outils utilisés par exemple dans les universités. Cela constitue des manques pour favoriser l'inclusion des étudiants. Leurs propres représentations concernant les déficiences et les situations de handicap peuvent conduire à mal accompagner l'apprenant et à l'inciter à prendre de mauvaises décisions.

Afin de proposer l'accompagnement le plus juste pour les apprenants en situation de handicap de cet établissement, dans une relation de confiance mutuelle et permettre aux formateurs de se sentir plus à l'aise dans leur mission d'accompagnement, il apparaît nécessaire de mieux connaître les représentations de ces professionnels quant aux diverses situations de handicap de ce public et de déterminer si ces représentations influent ou non sur l'accompagnement qu'ils leur proposent. Nous étudierons aussi la démarche des formateurs dans l'accompagnement des apprenants, afin de pouvoir, si nécessaire proposer des axes d'amélioration. Cela constitue la phase suivante de l'enquête menée.

3 Partie 3 : les représentations et les possibilités d'action des formateurs

3.1 Une enquête à partir de situations types

La seconde partie de notre enquête a pour objectif de répondre de manière plus fine à notre problématique notamment sur les représentations professionnelles ainsi que sur les leviers des formateurs et de l'institut de formation. À cette fin nous avons construit des situations types qui ont été soumises à quelques formateurs. Il s'agit ici d'interroger les représentations des formateurs et de les conduire à décrire ce qui peut les alerter, ainsi que les actions qu'ils mettraient en place au besoin en tant que référent pédagogique

3.2 Une enquête auprès des formateurs

Nous avons choisi d'interroger cinq formateurs de l'institut étudié. Les critères d'inclusion étaient :

- Être formateur en IFSI, IFAS ou IFE au sein de l'institut de formation étudié
- Remplir une mission de référent pédagogique auprès des apprenants
- Avoir au moins deux ans de pratique comme formateur, afin d'avoir un minimum de recul sur la pratique et notamment sur la mission de référent pédagogique

Nous avons choisi de ne pas ajouter comme critère d'inclusion le fait d'être le référent pédagogique d'un apprenant en situation de handicap, car cela aurait limité le nombre de personnes interrogeables. Cependant certains des formateurs ont eu cette expérience.

Nous avons proposé des entretiens individuels semi-directifs, moyen « approprié lorsqu'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur » (Sauvayre, 2013, p. 9). Ces entretiens ont été organisés sur des horaires et dans des lieux choisis par les enquêtés, afin de se sentir le plus à l'aise et disponible tant physiquement que cognitivement, alors même que la période était particulièrement chargée (fin d'année). Trois d'entre eux ont choisi de le réaliser dans leur bureau, lorsque leur collègue était absent, les deux autres ont préféré un bureau neutre, afin de ne pas être dérangé ni par le téléphone, ni par des demandes de collègues.

Le guide d'entretien a été construit grâce à l'analyse des entretiens précédents, mais aussi grâce aux apports bibliographiques. Il comprend deux parties. Une première où quatre situations d'apprenants en situation de handicap sont décrites. Ces quatre situations, imaginées, permettent d'envisager à la fois des situations où les apprenants vivent avec une déficience depuis un temps plus ou moins long, qui ont conscience ou non de leurs troubles, qui sont intégrés ou non dans la promotion et dont les résultats sont satisfaisants ou non. Certaines ressemblent à des situations déjà rencontrées sur l'institution, d'autres non. Dans la seconde partie de l'entretien, il s'agit de s'interroger et de généraliser la question de la double situation d'être apprenant et d'être en situation de handicap.

Les entretiens ont été enregistrés, après accord de chacun des formateurs, puis retranscrits afin de limiter les fausses mémorisations et interprétations de notre part. Ils ont duré entre 45 min et 1h20 et l'ensemble des thèmes prévus ont pu être discutés.

Nous avons choisi de nous interroger sur trois des formations présentes dans l'institut :

- La formation en soins infirmiers
- La formation d'aide-soignant
- La formation d'ergothérapie

Ce choix peut être expliqué par différents éléments :

- Les formations en soins infirmiers et d'aide soignants sont assez proches dans leur modèle conceptuel de pratique, plutôt biomédical. Ces professionnels sont un binôme indissociable dans le quotidien. L'AS exerce sous la responsabilité de l'IDE qui lui délègue certaines tâches. L'ergothérapie, est une profession de santé, mais plus orientée dans le domaine de la réadaptation. L'ergothérapeute n'a pas de lien hiérarchique avec les formations précédemment citées. En revanche, il peut travailler en collaboration avec ces deux professionnels, plutôt sur des actions de prévention, d'installation des usagers, de formation des AS et IDE. Alors que l'ergothérapie s'est longtemps appuyée sur le modèle biomédical, son intérêt pour l'influence de l'environnement sur la personne lui a permis de s'inclure dès les années 2000 dans des modèles intégratifs tels que la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) ou le Processus de Production du Handicap (PPH).⁷

⁷ La définition des trois professions choisies dans notre enquête se trouvent dans l'Annexe II

- Les formations sont construites sur le principe de l'alternance tout au long des diverses formations, du fait de formations professionnalisantes. Les trois formations alternent entre des périodes de cours et de stage tout au long de l'année. Les stages permettent de confronter l'apprenant à ses représentations, d'expérimenter les connaissances apprises et de transformer ces apprentissages en compétences.
- Les IDE et les ergothérapeutes ont accès au SAAEH et à la MDPH, pas les AS qui ne peuvent solliciter que la MDPH.

Nous apercevons une certaine complexité que nous souhaitons décrypter davantage afin de cerner les différents points de tension.

3.3 Présentation des situations-type et questions

Les situations proposées lors de notre enquête sont les suivantes :

Apprenante N°1 :

Apprenante qui présente des difficultés relationnelles avec les autres et dans sa communication orale. Elle est très discrète, peu intégrée au groupe. La promotion ne fait pas beaucoup d'efforts pour lui faire une place, mis à part deux ou trois apprenants. Elle n'est pas très à l'aise dans son corps, elle ne sait pas comment se placer. Elle ne regarde pas toujours ses interlocuteurs dans les yeux. Il n'y a pas de diagnostic à votre connaissance, mais certains collègues suspectent un syndrome du spectre autistique. Lors des enseignements en petit groupe et pour les projets écrits en groupe, personne ne souhaite se mettre avec elle. Elle dit qu'elle a choisi ce métier pour aider les autres.

Apprenant N°2 :

Jeune apprenant qui a un diagnostic de dyslexie, dysgraphie, dysorthographe. Il est très volontaire, motivé, mais en difficulté pour les écrits. Sa prise de notes est laborieuse. Il se dit angoissé par les études car il ne sait pas synthétiser, ne parvient pas à s'organiser dans ses écrits. Il a une mauvaise compréhension des questions et il répond alors souvent hors sujet lors des examens. Il dit qu'il travaille beaucoup, mais ses écrits son difficilement compréhensibles (orthographe, syntaxe, organisation des idées). Il se dit épuisé par le rythme de travail. Très motivé, il est présent régulièrement au centre de documentation en

fin d'après-midi après les cours, alors que les autres sont rentrés. Il est souvent très fatigué en cours et il peut s'endormir notamment pendant les cours magistraux. En stage, il évite d'écrire dans les cahiers de transmission. Il a toujours un carnet avec lui pour pouvoir noter ce qui lui semblerait important : nom des médicaments, termes techniques, matériel. Il est bien intégré dans la promotion.

Apprenant N° 3

Apprenant qui est souvent fatigué, lent dans ses déplacements, dans ses actes. Il a des difficultés pour écrire, pour se concentrer en fonction de la fatigue. Il se déplace généralement sans aide, mais a parfois une canne. Il marche plus lentement que les autres. Il a des résultats tout à fait satisfaisant lors des examens. En période de crise, il est absent car il a besoin de beaucoup dormir. Il peut arriver en retard, car son temps de préparation est alors long le matin. Au niveau du caractère, il peut être irascible, avec des réactions de colère qui laissent perplexe son entourage. Il ne se sent pas compris et ne sort pas toujours à la pause, car marcher est fatigant et long. Il préfère alors rester dans la salle de cours ou dans le couloir pour se reposer. Il se déplace en voiture. Il a une maladie chronique diagnostiqué depuis 1 an.

Apprenant N°4

Apprenante qui présente des résultats satisfaisants, qui participe bien en classe. Elle est autonome dans sa vie étudiante. Elle utilise un ordinateur pour écrire, réussit à réaliser un grand nombre de gestes du quotidien sans difficulté comme manger, s'habiller, se laver, téléphoner... Elle utilise aussi quelques aides-techniques pour conduire, couper son repas car elle peut manquer parfois de force (pression, tenir fermement les couverts). En effet, cette apprenante a une malformation à la main droite (2 doigts permettant une pince pouce-index. Pas de gêne au niveau de l'épaule et du coude. Elle ne peut pas orienter son avant-bras de manière satisfaisante, mais elle a souvent trouvé des solutions pour réaliser les gestes de manière autonome.

A partir de ces quatre situations et de questions complémentaires, nous avons tout d'abord interrogé les formateurs sur la question d'être un bon professionnel de santé et s'il est possible selon eux d'être à la fois en situation de handicap et un professionnel de santé accompli. Par la suite, et parce qu'il s'agit de l'une de leurs missions comme référent pédagogique, nous les avons questionnés sur les points de vigilance particuliers qu'ils retenaient et sur les actions particulières qu'ils pourraient mettre en place pour accompagner ces apprenants dans leur projet professionnel.

3.4 Une compréhension plus fine des représentations des formateurs et de leurs modalités de réponses face à leurs missions

Nous souhaitons préciser avant la présentation des résultats que trois des formateurs (IFSI et AS) ont une expérience personnelle de la question du handicap⁸. Par expérience personnelle, nous entendons qu'ils connaissent dans leur entourage familial, amical et professionnel des personnes avec une RQTH. L'un d'eux vit également des situations de handicap personnellement. Au niveau professionnel, il s'agit par exemple de kinésithérapeutes atteint d'une malvoyance, mais aussi d'un infirmier qui a une maladie dégénérative ou encore de médecins qui n'ont plus l'usage de leurs jambes et se déplacent en fauteuil roulant. Ces exemples sont présentés très positivement par nos interlocuteurs, leurs compétences sont toutes reconnues par les différents formateurs et peu de situations de handicap nous sont évoquées. Cela rejoint l'idée que les professionnels avaient les aptitudes et les compétences pour réaliser leur métier. Nous pouvons supposer que les limitations qu'ils pouvaient rencontrer n'entraient pas ou peu en ligne de compte dans leur pratique professionnelle, ou que des adaptations avaient été trouvées.

3.4.1 Qu'est-ce qu'être un bon professionnel de santé ?

Les cinq formateurs ont été interrogés sur les compétences nécessaires pour devenir un "bon" professionnel dans le monde de la santé actuel. Les compétences techniques ne sont quasiment pas évoquées. Cela peut s'expliquer par la constante évolution des techniques de soins, d'aides-techniques, mais aussi parce que cela s'acquiert avec l'expérience. En revanche, il y a une unanimité concernant les compétences relationnelles et humaines. Elles sont indiquées par tous, à plusieurs reprises. Plus

⁸ Ce que nous ignorions avant les entretiens

précisément, ils parlent particulièrement de compétences telles “qu’être à l’écoute de l’autre”, “être attentif à l’autre”, “être capable d’être dans la relation à l’autre” ainsi que l’empathie. Comme le précise l’une d’elle, “ L’infirmière de demain, sa force, ce sera la relation”. Compte tenu de l’évolution de la technologie, et notamment au niveau de l’intelligence artificielle, les formateurs sont tous convaincus que, peu à peu, ils peuvent être remplacés sur des gestes techniques mais pas sur leurs qualités relationnelles. C’est aussi le message passé aux apprenants. C’est également ce qui est développé dans le projet pédagogique de l’institut de formation. Trois d’entre eux (Formateurs en IFE et IFSI) évoquent aussi de bonnes capacités d’adaptation à l’évolution des pratiques, aux publics, aux situations de souffrance qui peuvent être rencontrés dans l’exercice professionnel, mais aussi et surtout aux besoins et demandes des personnes accompagnées. En ergothérapie, le formateur l’exprime ainsi : “le cœur de métier, c’est la relation à l’autre, la capacité d’accompagner l’autre dans ses changements dans la vie mais aussi dans ses manières d’agir et dans ses activités”. Cela peut aussi être entendu par une formatrice infirmière comme celui “qui va tout mettre en œuvre pour avoir une réponse singulière face à un besoin singulier.”

Il est assez clair ici qu’avant toute chose les capacités à être dans la relation sont essentielles, afin de pouvoir acquérir la capacité durant la formation d’être dans la relation thérapeutique.

3.4.2 Être reconnu handicapé et être un professionnel de santé ?

Les formateurs rencontrés sont dans une attitude de prime abord très ouverte vis-à-vis du handicap. “Qui suis-je moi pour décider si la personne peut ou pas ?” ou encore “L’apprentissage, je crois qu’il a le pouvoir de se créer pour tous”. Une autre déclare “On ne peut pas condamner quelqu’un, dire “Il le fera ou il ne fera pas bien”, on est toujours très surpris par rapport à ça”... Comme cela a été mentionné plus haut, trois d’entre eux nous ont confié spontanément au cours des entretiens qu’ils avaient dans leur entourage familial et professionnel des exemples de personnes en situation de handicap. Cette connaissance personnelle peut être un facteur favorable à cette attitude positive. Par ailleurs, nous notons qu’ils sont tous bien dans une posture de formateur, comme pour tout autre apprenant et non de soignant. Leur objectif est bien de permettre à chaque apprenant de pouvoir réussir son projet professionnel dans la mesure du possible et souhaite pouvoir offrir toutes les chances aux apprenants.

Toutefois, si l'on questionne certaines situations, les formateurs montrent des réticences, des inquiétudes. Ainsi et en tout premier lieu, ils pointent que si les aptitudes relationnelles et de communication ne sont pas suffisamment présentes chez l'apprenant, alors être dans une relation thérapeutique leur semble très difficile à acquérir, voire impossible. "Cette posture-là, en termes de manque de relation, pour moi ça ne correspond pas aux compétences infirmières, c'est clair". Pour une autre, qui s'appuie sur une expérience personnelle, "ce n'est pas un frein total". Mais elle pointe l'impossibilité de pouvoir proposer des solutions pour l'apprenant. La progression de l'apprenant est l'élément recherché, mais lorsqu'elle n'est pas visible, l'atteinte des limites est aussi un signe. Pour les capacités relationnelles, il apparaît plus difficile de trouver des solutions : "Tu n'adaptes pas la relation à l'autre". Ces éléments rejoignent tout à fait à la fois la première enquête et les éléments recueillis dans la littérature.

Concernant les personnes ayant une déficience motrice, les avis sont partagés et les réponses variables du fait de la grande diversité d'atteintes possibles. L'image du professionnel de santé en fauteuil roulant semble compliquée, ne serait-ce que par la représentation du manque d'accessibilité au lit du malade ou pour lui prodiguer des soins comme aide-soignant ou infirmier. En revanche, pour des déficiences motrices plus légères, telles que les apprenants 1, 3 et 4, les formateurs IDE et ergothérapeute estiment qu'il existe de nombreuses adaptations possibles ou à envisager, tant pour les stages que pour l'exercice professionnel, pour compenser les situations de handicap, notamment avec le développement des techniques assistées.

Une autre situation qui semble difficile à gérer serait celle d'une personne qui a des troubles psychiatriques. Mis à part pour une des personnes interrogées qui estime que cela n'est jamais souhaitable, "Quelqu'un qui peut péter les plombs, qui peut faire des délires, des fixettes sur une personne, qui se sent persécutée souvent, par la hiérarchie, par les collègues. Et ça devient insupportable et au bout d'un moment ça explose. Et ça met le malade en danger, je pense." D'autres sont plus optimistes, aussi parce qu'ils ont connu des professionnels dans cette situation. Ils s'appuient sur leur expérience "Cela il y a quelques années, on disait : c'est trop dangereux, elle ne peut pas travailler. Ça a quand même évolué, même s'il reste encore quelques questionnements."

Plus que le trouble, c'est surtout la situation d'instabilité ou de la fragilité de la personne sur un moment de crise qui est évoqué. "Ça devient insécurisant pour la personne, ça parasite. On peut adapter énormément de choses, mais il faut un minimum d'équilibre pour permettre la construction. Ce minimum de stabilité, qui permet à la

personne de se poser”. Cette évocation est finalement très en lien avec la capacité d’être dans la relation à l’autre. Si l’on reprend les raisonnements sous-jacents des formateurs, on peut les formuler de la façon suivante : « Lorsque notre propre santé est fragilisée, notre attention se porte alors sur nous-même et nous ne pouvons plus être dans la capacité d’aide et d’attention à l’autre, car nous ne pouvons plus prendre le recul nécessaire pour être dans la thérapie ou le soin. » C’est alors cette altération de la capacité relationnelle qui constitue un obstacle à l’exercice professionnel.

Dans toutes ces situations, tant le temps de formation que la pratique professionnelle sont évoquées à égalité. En revanche, pour l’apprenant 1, qui est en situation de handicap, car gêné pour apprendre (Rappelons qu’il ne peut pas lire, comprendre ou retranscrire efficacement ou du moins au même rythme que les autres), nous ne retrouvons pas du tout d’inquiétude de la part des formateurs, alors qu’il s’agissait dans notre première enquête d’une crainte marquée. Cet exemple évoque de nombreux apprenants aux formateurs interrogés. Nous notons, qu’il peut y avoir une confusion entre des difficultés de langue écrite (très fréquentes avec les élèves aides-soignants et de plus en plus dans les deux autres formations) et un trouble avéré. Néanmoins les formateurs sont habitués à ces situations. Ils estiment que ces situations de handicap sont majorées au moment des études, mais seront moindres dans la vie professionnelle. Alors que lors de notre phase exploratoire, la question de la compréhension fine de certaines prescriptions (la distinction entre « à perfuser » et « perfusé ») inquiétait une formatrice, les formateurs IFSI interrogés évoquent des solutions, des facilitateurs tels que les systèmes de transmission permettant de pré-coder certains actes ou notes écrites. Concernant la formation théorique, il peut y avoir des inquiétudes sur une analyse fine, sur la mise en place du raisonnement clinique pour les apprenants dont les troubles sont sévères. Mais ils considèrent qu’ils ne seront pas en difficulté sur l’ensemble des évaluations et sont satisfaits s’ils passent avec des résultats tout juste dans la moyenne. A propos d’une élève AS qui n’avait pas de reconnaissance de la MDPH, “Cela ne l’a pas empêché d’avoir son diplôme, même si cela a été difficile”. Cette affirmation questionne. La plupart des formateurs semblent considérer que ces apprenants devront de fait réaliser plus d’efforts, n’auront pas des notes satisfaisantes, ni de connaissances complètes. Le temps est alors un bon moyen pour permettre les apprentissages. Pourtant, si leur difficulté d’apprentissage vient notamment d’une impossibilité à accéder au contenu car la forme ne leur convient pas, alors il est nécessaire pour le formateur de trouver des solutions. Nous n’observons pas ici de

remise en question, sauf de la part d'un formateur, sur les propositions pédagogiques. Cela peut être considéré comme un manque.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux quatre apprenants présentés, les enquêtés émettent leur réponse en fonction de la déficience ou de la situation de handicap proposés. Mais ils prennent aussi d'autres critères en compte : l'insertion dans le groupe, les résultats scolaires et la motivation de l'apprenant. Ils ne s'arrêtent pas à un élément, mais bien à une multitude de signes qui définissent chaque apprenant dans son environnement et rendent la réponse personnalisée.

Pour résumer les représentations des formateurs sur certaines déficiences ou situations de handicap apparaissent comme des freins pour devenir un professionnel de santé accompli. Ces freins ne signifient pourtant pas une impossibilité absolue. Ils se retrouvent aussi dans les choix professionnels qui pourront être faits. Pour la majorité d'entre eux, même si ces apprenants obtiendront leur diplôme et pourront exercer, ils estiment que l'ensemble des lieux de pratique ne seront pas adaptés. Des choix leurs semblent nécessaires. "Oui, elle pourra être aide-soignante, mais plutôt sur des missions transversales. Par exemple sur le réchauffage des plats ou l'organisation de la lingerie", ou encore, "Elle pourrait travailler dans un service de consultation où il y a moins de déplacements ou sur de la recherche clinique". Ces trois professions permettent des carrières diverses que ce soit en termes de fonctionnement de service ou de structure, de public et d'actes. La démarche reste la même, la personne va pouvoir exercer comme AS, IDE ou ergothérapeute. Néanmoins la représentation majoritaire reste que cette pratique sera possible dans un champ d'exercice restreint.

Enfin certains formateurs évoquent la plus-value pour les apprenants d'être ou d'avoir été en situation de handicap. Les formateurs reconnaissent tout d'abord que ces professionnels peuvent avoir une sensibilité à l'autre, une capacité à comprendre et donc à être dans l'empathie plus facilement. Une formatrice parlant d'un médecin se déplaçant en fauteuil roulant indique "Au contraire, elle a une autre dimension, étant elle-même handicapée, avec les jeunes handicapées, qui est formidable !" Une autre raconte à propos du centre de rééducation fonctionnelle où elle exerçait : "Ça avait du sens pour les patients de voir que le médecin était en fauteuil roulant". Nous pouvons ici supposer que si le handicap est bien accepté par le soignant lui-même, alors cette différence peut aussi modifier le regard des autres et notamment des personnes qu'elle accompagne au quotidien. La relation thérapeutique instaurée s'en trouvera aussi différente, passant à une relation de confiance sans doute plus facilement. Nous pouvons envisager que les

informations transmises par le “patient” seront plus fines et personnelles, car il imagine que le “soignant en face de lui” le comprendra mieux, car a vécu ou vit une situation semblable (Et qu’ils partagent les mêmes représentations du handicap). A l’inverse et comme le précise d’ailleurs le formateur en ergothérapie, “Le gros problème des ergothérapeutes pour accompagner les gens, c’est qu’ils n’ont jamais véritablement vécu la situation que la personne vit ou s’ils en ont vécue une (une situation de handicap), c’est souvent édulcoré par rapport à ce l’autre vit”. Cela pourrait être aussi valable pour les IDE et AS. Ainsi, selon nos interlocuteurs, le handicap fourni une expérience de la situation du patient. Pour pallier ce manque d’expérience, les professionnels de santé valides doivent faire preuve de très bonnes capacités relationnelles et d’empathie afin d’être en mesure de comprendre ce que vit l’autre.

Les éléments recueillis ici sont riches, variés mais assez convergents. Ces résultats sont en partie concordant avec les éléments précédemment recueillis. Nous retrouvons bien certaines déficiences dont les représentations sont plus favorables que d’autres. Les troubles de la relation sont ceux qui suscitent le plus de réserve, car ils concernent la base de l’exercice professionnel. Les troubles psychiatriques et surtout l’instabilité de la situation représentent une source d’inquiétudes, voire d’impossibilité de pratiquer (au moins dans cette période d’instabilité). Les troubles moteurs, sauf en fauteuil roulant, ne sont pas envisagées comme créant des impossibilités, car les aides-techniques, des aménagements sont possibles. Alors que nous avons des éléments contradictoires concernant des personnes qui ont des troubles du langage écrit, ici les formateurs ont peu de craintes, notamment d’une faute grave. D’une part des aménagements leur semblent à nouveau possibles, d’autre part car ils vivent cette situation régulièrement avec leurs apprenants. Nous comprenons que l’expérience antérieure auprès d’apprenants en situation de handicap modifie leurs représentations et ici de manière plus optimistes. Nous l’avons déjà observé aussi à propos de leur entourage familial, amical et professionnel. Enfin, nous observons qu’ils partent tous de l’hypothèse que la formation et le métier leur sont ouverts dans la majorité des situations et qu’ils n’ont pas le droit de juger les autres ou de décider pour eux de leur avenir. En revanche, ils estiment tous que leur rôle est d’accompagner les apprenants dans leur projet professionnel avec leurs envies et ce qu’ils sont.

3.4.3 Les réponses des formateurs à leurs missions

Nous avons supposé que les formateurs, dans leur rôle de référent, vont essayer de prendre soin pédagogiquement des apprenants. Ils s’appuient sur leurs expériences et

leur démarche de soin dans leur accompagnement des apprenants. Ils vont établir comme un “diagnostic” de l’apprenant, recherchant certaines informations que nous nommons ici les axes de vigilance. Ils vont ensuite mettre en œuvre un plan d’intervention et des actions, si possible avec l’apprenant, mais aussi les partenaires qui les entoure. Cette hypothèse apparait validée car nous avons retrouvé dans notre analyse thématique l’ensemble de ces éléments de manière récurrente pour l’ensemble des personnes interrogées. L’objet de cette partie est d’en préciser les résultats. Tous les sous-thèmes présentés n’ont pas toujours été évoqués par les différents formateurs, mais au moins par deux d’entre eux.

A) Les axes de vigilance

Un premier axe de vigilance concerne les **facteurs personnels de l’apprenant**, (aptitudes et risques d’engendrer ou d’aggraver des situations de handicap, tant en cours qu’en stage). Outre des difficultés spécifiques, les formateurs sont tous en alerte concernant un éventuel isolement à l’égard de la promotion : “Quelqu’un qui est autant en retrait, ça me pose vraiment question, je veux dire surtout par rapport aux autres collègues”. Ils ont pour trois d’entre eux aussi conscience d’une conséquence invisible : la fatigue, voire l’épuisement. Comment les apprenants le gèrent-ils ? Comment peuvent-ils apprendre à l’apprivoiser, dans un quotidien professionnel de plus en plus intense ? Autre élément, la vie quotidienne n’est pas évoquée par les formateurs spontanément, mais cela ne signifie pas que ce sujet soit oublié, mais peut-être moins prioritaire. L’ensemble des formateurs observent et questionnent. La difficulté ici peut résider dans le défaut ou l’excès de connaissances sur les pathologies. Cette vigilance sur les situations de handicap de l’apprenant a pour objectif de pouvoir en échanger avec lui, afin de les mettre en mot, d’interroger l’apprenant et si possible de trouver des adaptations ou des compensations. L’un des formateurs évoque aussi dans ce thème l’importance de comprendre où en est l’apprenant dans son cheminement personnel quant à la découverte et/ou l’acceptation de sa propre situation.

Le deuxième point de vigilance s’oriente davantage autour des **aspects pédagogiques de l’apprenant**. Tout d’abord, trois formateurs interrogent les méthodes pédagogiques ou les stratégies mises en place par l’apprenant pour pallier les situations de handicap : “Il travaille systématiquement avec son ordinateur, que ce soit en cours, en TD ou pour des discussions” Les stratégies d’évitement vont aussi être repérées. Une formatrice raconte par exemple qu’une apprenante lui a expliqué l’élément suivant : “Je ne lis jamais, ce n’est pas possible, ça me rappelle quand j’ai appris à lire et qu’on me tapait

sur la tête pour apprendre”. Comprendre ces stratégies permet d’avoir un éclairage nouveau notamment sur les blocages de l’apprenant. A partir de là, des propositions pourront être proposées. Une attention va être aussi portée aux examens et plus particulièrement à certaines UE. Pour les apprenants qui ont des difficultés de relation et de communication, l’UE de communication pour les infirmiers et ergothérapeutes sera par exemple souvent un échec. “C’est un métier de communication s’ils ne l’ont pas, et si c’est compliqué on va attendre un minimum pour les laisser sortir”. Tout autant, les apprenants qui ont des difficultés pour rédiger des travaux écrits en individuel peuvent être en échec et avoir de nombreux rattrapages, notamment pour les dossiers individuels, le mémoire.

Toujours dans le domaine pédagogique, **les stages** sont aussi un point de vigilance. Les bilans de stages sont compilés dans le portfolio. Celui-ci constitue une véritable source d’informations, tout comme les visites de stage. Les formateurs sont alors attentifs aux remarques, aux difficultés qui se répètent. Ces expériences cliniques vont constituer un révélateur des situations de handicap que les apprenants pourraient rencontrer une fois diplômés. “La confrontation au terrain est essentielle”. Pour certains formateurs, si en stage le retour est bon, alors ils seront rassurés. Les stages constituent une mise en situation à la future pratique professionnelle donc un révélateur de la réalité de terrain permettant de se projeter dans sa vie professionnelle future. Certains points ne sont pas évoqués par les formateurs rencontrés telle que la double situation de professionnel de santé et personne en situation de handicap, ni la façon dont les apprenants trouvent leur place dans cette démarche de soignant/thérapeute en devenir.

Une attention, en lien avec l’isolement évoqué plus haut concerne un risque de **stigmatisation**. Les formateurs l’évoquent plutôt à propos des stages ou en regard de la promotion. Pour une formatrice, il semble nécessaire que l’apprenant puisse expliquer pourquoi il réalise un geste différemment ou utilise une méthode particulière. Selon elle, il faut “lever les bizarreries et faire tomber les masques du handicap.” Pour y remédier, ils envisagent de passer “par le partage avec le groupe, afin que le groupe comprenne pourquoi à un moment l’apprenant va avoir recours à certains gestes différents, à telle astuce”. Cela nécessite que l’apprenant se sente suffisamment en confiance, ait accepté sa différence pour pouvoir en parler. Les formateurs peuvent être un soutien à ce niveau-là

Un autre point de vigilance concerne le **projet professionnel**. Les formateurs le questionnent systématiquement avec l’apprenant. Ils présentent le contexte de travail actuel. “Je veux être clair avec lui sur ce que peut provoquer une situation de travail dans

tel ou tel secteur et qu'est-ce que ça va lui coûter". Sur ce dernier point, les deux formateurs qui l'évoquent en parlent comme un axe plus important que pour les autres apprenants qu'ils accompagnent.

Enfin, un dernier point de vigilance concerne non plus les apprenants mais les **formateurs eux-mêmes**. Deux d'entre eux évoquent le fait qu'ils doivent se méfier de leurs représentations et de leurs connaissances. "On ne pense jamais à tout, je n'y suis pas confronté. C'est ça la difficulté." ou encore "Je préfère demander si ça correspond ou pas."

Nous pouvons ici conclure que les points de vigilance sont variés, touchant à la fois les facteurs personnels de l'apprenant, ses habitudes de vie (comment il apprend, comment il interagit dans le groupe et en fonction des différents environnements dans lesquels il évolue (institut de formation, stage), ses rôles (camarade, apprenant, ...). Nous constatons alors que de manière implicite ils mobilisent leurs questionnements sur un modèle très proche du PPH. Il apparaît aussi que les formateurs peuvent évoquer par moment des apprenants qui sont en situation de handicap au sens strict du terme, mais peuvent aussi penser à tout apprenant qui a des difficultés. De ce qu'ils disent, leur démarche reste la même quel que soit l'apprenant et ses particularités. Ils accompagnent chacun dans ses spécificités. Cela signifie aussi que la notion de handicap n'est pas entendue pas tous de la même manière. Nous observons enfin que certains éléments comme la confrontation du double rôle soignant/soigné, la remise en question des apprentissages (méthodes employées par le formateur, invisibilité des situations, les ressources de l'apprenant) ne sont pas évoquées.

B) Les actions pédagogiques envisagées

En fonction des réponses à toutes ces questions, le référent pédagogique va pouvoir mettre en place des actions que nous allons à présent préciser.

Nous notons dans une analyse rapide que le thème des actions pédagogiques à mettre en place est celui qui est le plus évoqué par les personnes interrogées. Cela ne semble pas très étonnant. Comme nous l'avons déjà indiqué, la place de l'accompagnement au sens pédagogique est une notion importante dans les instituts de formation sanitaire. Le prendre soin pédagogique induit de mettre en place des actes pédagogiques afin d'apporter son soutien à l'apprenant pour favoriser sa professionnalisation et son projet.

La compilation des cinq entretiens conduit à pointer ces divers éléments, les premiers concernent des actions entre le formateur et l'apprenant, (Permettre à l'apprenant de mieux se connaître, Questionner le projet et Mettre en action l'apprenant), la deuxième évoque les actions entre le formateur et le dispositif de formation (Les modalités d'action à la disposition du formateur, les adaptations) et enfin les actions en lien avec l'environnement humain (les partenaires et la promotion de l'apprenant). Une majorité de formateurs ont fait référence à ces catégories. Mais généralement les formateurs les envisagent partiellement. Cela indique qu'ils n'ont pas pensé à tous ces éléments, n'ont pas les mêmes idées et qu'une mutualisation de ces idées serait enrichissante pour tous pour une amélioration des pratiques.

La première action est appelée "Permettre à l'apprenant de mieux se connaître". Certains formateurs évoquent la nécessité de repérer les éventuels problèmes. "A nous de repérer les signes". L'objectif est alors de pouvoir pointer les difficultés, de les nommer, afin de mettre en éveil l'apprenant. Cela est évoqué, que la déficience soit visible ou non. "Ce n'est pas quelque chose que je vais nier (à proposer de la situation de l'apprenant 3). Je vais questionner ce qu'il en dit". L'idée est alors de pouvoir permettre à l'apprenant de mieux se connaître. Les temps de stage sont souvent un révélateur, car une grande majorité des apprenants est jeune, ne connaissant pas le monde du travail. Ils mettent alors en jeu leurs capacités d'adaptation, travaillent leur maturité. Il est envisagé par deux formateurs un choix spécifique de stage, qui "peut permettre à ces apprenants de découvrir leurs limites et d'approfondir leurs troubles. Ça peut être intéressant pédagogiquement de les envoyer à escient dans ce type de structure pour essayer de mieux se connaître". Il s'agit donc bien ici d'une action pédagogique pour favoriser le développement personnel des apprenants. Ceux-ci sont encore en pleine construction de leur vie d'adulte. Les formateurs ont alors un rôle de miroir. Cette étape est un point crucial et dont va dépendre la suite de l'accompagnement pédagogique. En effet, si l'apprenant n'a pas conscience de ses difficultés ou les nie, alors il ne lui sera pas possible d'évoluer et une forme d'incompréhension mutuelle risque de se mettre en place.

Le deuxième élément concerne le **questionnement du projet professionnel**. C'est l'élément le plus fréquent et le plus évoqué par tous. Les propos recueillis n'évoquent pas de jugement mais plutôt de cerner les motivations de l'apprenant. "Pourquoi être infirmier, pourquoi il veut être soignant, aller voir avec lui où il en est par rapport à ce projet de formation". Il s'agit d'une démarche que certains référents pédagogiques proposent systématiquement lors du premier entretien à leur groupe de référence. D'autres l'évoquent plutôt lorsqu'il y a un changement ou une aggravation de la situation de l'apprenant. C'est

en tous les cas un point central, qui peut être considéré comme la base de la collaboration entre les deux parties pour réfléchir ensemble aux possibilités de professionnalisation. Que peut faire l'apprenant ? Que peut faire l'institut de formation ? (Peut-être aussi via le référent handicap ?). Cette responsabilité partagée fait bien écho à l'état d'esprit dans le modèle social du handicap où la société doit proposer des actions pour favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, mais aussi où l'apprenant est acteur et décideur de son projet.

Le troisième élément fait suite aux précédents et concerne la **mise en action de l'apprenant**. Pour trois des formateurs, il s'agit d'accompagner l'apprenant à travailler sur sa difficulté. "Il faut que notre accompagnement soit aussi sur la compétence à gérer ça avec l'autre". L'axe d'amélioration est pointé. L'accompagnement pédagogique, pour l'apprenant n°2 « il est là-dessus, sur se placer, se positionner par rapport à l'autre, se faire un peu violence pour aller vers les autres ». Les modalités pour le travailler sont principalement par entretien individuel. Il peut être proposé des entretiens supplémentaires en regard des exigences du dispositif pédagogique. Les entretiens de groupe sont aussi un bon support, car le groupe des pairs peut apporter un autre regard, auquel l'apprenant pourra être plus sensible. Cela n'a que très peu été évoqué par les formateurs, pourtant il apparaît que le groupe peut apporter un appui, un recul pour tout apprenant. Dans les propos des formateurs, cela semble abordé de manière bienveillante et positive avec l'idée de "proposer quand même si possible de la compétence qui fait la force de cette personne et d'en ouvrir l'éventail, mais aussi pour déclencher ou en faire naître une nouvelle". Il y a cette métaphore du "jardinier" qui a pour but de développer des compétences chez son interlocuteur. Mais mettre en action l'apprenant c'est aussi l'amener à se responsabiliser, à anticiper par exemple les difficultés pour les stages en l'incitant à parler de ses situations de handicap, à ne pas les nier. L'idée, plusieurs fois répétée, est que l'apprenant puisse informer au moins le cadre de service chez les infirmiers et les aides-soignants, ou le tuteur de stage chez les ergothérapeutes. Cela peut permettre de limiter les incompréhensions, les interprétations et donc les échecs. Cela peut se transformer en un objectif de stage sur lequel travailler avec son encadrant.

La question des **adaptations ou des aménagements raisonnables** est évoquée par des formateurs. Ils en imaginent notamment en lien avec des déficiences physiques et sensorielles. Pour mémoire, elles étaient déjà bien indiquées dans les représentations comme un facilitateur permettant de compenser la déficience et donc de limiter voire de faire disparaître la situation de handicap. Les adaptations pour favoriser les apprentissages sont suggérées principalement par un formateur. Il estime qu'il est de son rôle de

pédagogue de trouver comment permettre l'apprentissage à l'apprenant. Evoquant la situation d'une apprenante, il explique qu'il faut "qu'elle ait un apprentissage de l'analyse et il faudrait trouver un support qui l'aide à l'analyse". Ainsi dans son approche inclusive, en regard avec la déclaration de Salamanque, c'est bien à lui de proposer une solution. Les autres formateurs n'ont pas questionné la question de la pédagogie, de l'accès aux enseignements par tous.

Une autre adaptation concerne les exigences des référentiels. Tous jouent sur ces adaptations possibles pour permettre à chacun d'apprendre à son rythme. Les suspensions de scolarité, les absences pour raisons médicales sont bien connues et bien exploitées par les équipes pédagogiques. Seules les années de césure ne sont pas bien connues.

Nous pouvons ici clairement repérer de multiples propositions pédagogiques ou idées des formateurs. Certaines apparaissent comme bien connues de tous. En revanche le manque d'évocation des modifications de pratique au niveau des modalités d'accès aux enseignements nous interpelle et semble constituer un manque à combler pour la pleine formation adaptée à tous les apprenants. Il s'agirait vraisemblablement d'un sujet pour le schéma directeur et d'action pour le référent pédagogique. Ce dernier pourrait être un partenaire indispensable pour une meilleure pratique que nous évoquerons ultérieurement.

C) Les partenariats

Les trois professions étudiées ont comme base le travail en équipe, à savoir avec ses pairs, mais aussi avec les autres professionnels. C'est donc spontanément que la question du partenariat arrive comme modalité d'action. Tout comme dans leur pratique professionnelle où chacun possède une certaine spécialité dans ses compétences et actes professionnels (Carribaru et Menoret, 2006), les formateurs semblent avoir conscience des limites de leur fonction et de leurs connaissances. Pour l'une, cela s'exprime ainsi "On ne peut pas faire les deux, être le formateur et le thérapeute, on n'a pas assez de recul". Pour une autre, "Il faut du partenariat. Tout seul, on n'y arrivera pas". Il est possible que cette pratique de la collaboration pluriprofessionnelle, voire interdisciplinaire déjà expérimentée dans leur expérience professionnelle antérieure constitue un point positif, un mode d'action assez évident où le formateur référent (au moins ceux interrogés) ne reste pas sur une posture de celui qui doit tout maîtriser. Le psychologue de l'institut de formation constitue un relais connu par tous, pour les élèves en souffrance. L'orthophoniste (en libéral) est

nommé par deux fois. Il est envisagé soit pour des séances auprès de l'apprenant, sous forme de *coaching* pour trouver les méthodes pour réussir les études, soit comme une ressource potentielle pour mieux comprendre des troubles et leurs répercussions par le biais d'une formation envers les formateurs. Le SUMPPS et son SAAEH ne sont évoqués qu'une seule fois. Cela rejoint nos conclusions lors de notre enquête exploratoire. Il avait alors été relevé que les coordonnateurs et les formateurs n'avaient pas toujours le réflexe de les solliciter, d'orienter les étudiants infirmiers et ergothérapeutes vers ce dispositif pour lequel ils payent une cotisation universitaire. Ce dispositif n'est pas situé sur place, les préconisations du SAAEH sont envoyées par mail ou courrier, avec très peu de contacts par téléphone et encore moins en face à face. Ce mode de transmission ne favorise pas les liens et les partenariats. La MDPH n'est pas évoquée comme relais. Cela s'explique sans doute à cause des délais de traitement, mais aussi par la vision d'une institution lointaine, avec encore moins de contacts possibles. Les formateurs rencontrés évoquent également les collègues de l'équipe pédagogique, avec qui il est possible d'échanger et partager des idées, trouver des solutions. Enfin, les tuteurs de stage constituent des partenaires intéressants. Selon les formateurs rencontrés, il pourra leur être demandé une vigilance particulière sur les difficultés pointées et sur les stratégies ou solutions à expérimenter. Dans ce cas, la réflexion pédagogique pourra amener à être très vigilant sur le type de stage, le fonctionnement d'équipe, son rythme et son mode d'accompagnement des stagiaires. Il est d'ailleurs évoqué par une formatrice l'éventualité de réaliser des partenariats spécifiques avec certains lieux de stage. Un autre précise aussi que pour des apprenants en difficulté, il est souvent fait appel au réseau professionnel.

Concernant la pratique professionnelle, deux formatrices évoquent la médecine du travail et l'importance d'informer les apprenants de leur existence et de leur utilité lorsqu'ils intégreront le monde professionnel. Il s'agit ici de faire prendre conscience aux apprenants de l'intérêt pour eux et pour l'établissement de pouvoir obtenir une RQTH.

Aucun formateur en revanche n'évoque la famille, ni les ressources humaines que peut avoir l'apprenant. Il est vrai que dans l'enseignement supérieur et notamment dans une formation professionnalisante, la place des parents est très limitée, voire inexistante. Cela peut expliquer cette absence dans les évocations.

Nous pouvons donc conclure sur la question de la collaboration que les formateurs interrogés voient le travail de partenariat comme une ressource, indispensable à exploiter. Néanmoins, ils orientent les apprenants vers ce qu'ils connaissent. Mais ils manquent de connaissances quant aux services existants tel que le SAAEH ou la MDPH. Cela peut

s'expliquer par un manque d'expériences comme référent pédagogique d'apprenants en situation de handicap, mais aussi par l'absence jusqu'à cette année d'un référent handicap.

4 Conclusion

Notre travail de recherche nous a conduit à nous interroger sur l'accueil et l'accompagnement des apprenants en situation de handicap dans une institution de formation pour des professions paramédicales.

Répartie en deux grandes étapes, notre étude nous a permis d'une part de montrer que des apprenants en situation de handicap étaient inscrits dans l'ensemble des formations proposées par notre lieu d'études, bien que leur nombre soit restreint à ce jour. Ceux-ci pointent plusieurs éléments dont leur peur du jugement de l'autre, notamment de leurs pairs, mais aussi le manque de compréhension de leur vécu par autrui, les efforts et la fatigue liés à leurs études ainsi que des relations pouvant être soit difficiles avec les formateurs, soit au contraire très positives (par exemple avec leur référent pédagogique). Ils estiment également que leur situation de handicap personnelle peut constituer un atout pour leur future pratique professionnelle, ce qui est source de motivation pour poursuivre leur projet professionnel.

D'autre part, notre recherche démontre qu'il y a bien une spécificité des formations paramédicales, à laquelle les formateurs tiennent. Ces dernières, pouvant aller d'un niveau V à un niveau III, possèdent chacune un référentiel de formation national, avec des obligations et contraintes spécifiques qui leur sont propres. Bien que dans un même institut, l'ensemble des apprenants n'ont pas le même statut (élève ou apprenant) selon la formation choisie. Cela ajoute encore de la complexité, puisqu'ils ne peuvent pas tous bénéficier des mêmes services (SAAEH et/ou MDPH). Cependant l'ensemble de ces formations s'appuient sur le principe de l'alternance entre des périodes d'enseignement théoriques et pratiques tout au long de l'année, afin de développer et d'acquérir des compétences professionnelles. Pour le favoriser, un accompagnement pédagogique est mis en place dans l'ensemble des formations, qu'il soit rendu obligatoire par le référentiel de formation ou non. Cet accompagnement pédagogique est mené par le référent pédagogique, donc par l'un des formateurs. Il constitue un levier tout à fait intéressant, offert à tous les apprenants, pour répondre à leurs demandes et besoins spécifiques. Nous pouvons considérer que cette démarche s'approche d'une démarche inclusive.

Au vu des deux enquêtes réalisées, les retours des formateurs sont variés. Les points communs se situent sur l'envie d'accompagner l'apprenant en ayant bien quitté la posture du soignant vers celle du pédagogue. En revanche, alors que dans la première enquête l'inquiétude sur la possibilité d'être un professionnel de santé alors qu'on est en

situation de handicap est très présente, cette crainte a été beaucoup moins marquée lors de la seconde enquête. (A l'exception des troubles psychiatriques et de la relation). Cela peut indiquer que tous les formateurs n'ont pas les mêmes représentations, informations et expériences relatives à la question du handicap et aux situations de handicap que peuvent rencontrer leurs apprenants. Néanmoins, ils ont une démarche similaire dans leur accompagnement pédagogique quel que soit l'apprenant et vont s'intéresser à chacun, à ses difficultés, à ses points faibles, à ses points forts, à son projet professionnel et à ses situations de handicap le cas échéant. Ils vont alors avoir des axes de vigilance et mettre en place des actions pédagogiques pour accompagner l'apprenant en fonction de ses besoins, envisager certains partenariats. Cela dit, nous avons aussi pu mettre en évidence un manque d'informations pour conseiller les apprenants en situation de handicap, mais aussi un défaut de connaissances sur le vécu des études ou l'impact dans leur vie sociale et quotidienne des apprenants. Nous avons aussi pointé un manque de propositions pour des compensations et rendre plus accessibles les enseignements pour les apprenants en situation de handicap.

Rappelons ici que notre travail de recherche a pu être effectué en lien avec notre mission relative à la mise en place d'un référent handicap dans l'institution. Outre une obligation légale qui conduit à proposer cette ressource, il apparaît qu'au regard des constats que nous venons de réaliser dans notre étude, tant à propos des apprenants que des formateurs, certains axes sur cette mission peuvent être proposés. Nous avons conscience que l'une des limites de cette étude reste le faible nombre de personnes interrogées. D'autres axes auraient donc peut-être émergé si nous avions interrogé d'autres formateurs par exemple dans d'autres formations, ou d'autres membres des équipes pédagogiques (secrétaires, enseignants vacataires, ...) mais les nombreux points de convergence nous amènent à penser que de certaines de nos conclusions vont permettre des améliorations de l'accueil de ces apprenants dans cet établissement, avec l'élaboration de missions pour le référent handicap.

En effet, le référent handicap est envisagé comme un levier pouvant favoriser l'inclusion des apprenants en situation de handicap. Dans cette perspective inclusive c'est-à-dire où l'ensemble de l'équipe pédagogique sera capable de répondre aux besoins spécifiques de tous les apprenant à moyen terme, nous pensons donc que le référent handicap, doit avoir en premier lieu, une mission de réponses aux manques actuels des

formateurs et constituer une ressource. Il pourrait être le chef d'orchestre de différentes actions à mener en premier lieu auprès des formateurs.

Ainsi, au sein de cet établissement, le référent handicap pourrait avoir un rôle d'informations, de guidance des formateurs et des coordonnateurs de formation. Il pourrait les inciter à questionner leur propre pratique, leur organisation et leurs représentations sur les apprenants en situation de handicap, mais aussi sur les professionnels paramédicaux avec une RQTH. Il pourrait pointer avec eux les axes de vigilance non envisagés par le référent pédagogique pour l'apprenant (projet professionnel, ressources personnelles et stratégies de l'apprenant, vécu sur la relation soignant/soigné, mesures de compensations et d'accessibilité pédagogiques à proposer pour les enseignements et les évaluations, pour les stages, ...). L'objectif serait ici de ne pas interférer dans le rôle du référent pédagogique auprès de l'apprenant, mais plutôt de le renforcer par une action indirecte. Les formateurs ont le souhait de pouvoir accompagner tout apprenant, de ne pas nommer un référent pédagogique spécialisé pour les apprenants. Il n'est donc pas question de leur enlever cette mission, qui serait d'ailleurs contraire à une démarche inclusive. Il ne serait donc pas nécessaire que le référent handicap soit présent lors des entretiens avec l'apprenant, mais plutôt présent en amont lors d'une réunion préparatoire avec le formateur référent et le coordonnateur de la formation.

Une autre solution complémentaire pour renforcer les capacités d'accompagnement des formateurs serait que le référent handicap, outre ces actions d'informations, propose et organise une action de formation sur cet accompagnement. Cela permettrait à des formateurs des différentes équipes de pouvoir confronter leurs questionnements, leurs idées, leurs pistes de solutions et d'échanger sur les différentes situations individuelles dont ils ont eu l'expérience. Il pourrait ici faire appel à des partenaires extérieurs, dont pourquoi pas les équipes des IFSI et IFAS qui n'accueillent que des apprenants reconnus handicapés, au SAAEH de proximité ou tout autre partenaire déjà repéré.

Par ailleurs, nous avons aussi noté que le nombre d'apprenants reconnus handicapés dans l'établissement est très faible et inférieur à la moyenne nationale. Nous avons repéré qu'il n'y avait pas d'informations disponibles sur ce point dans l'établissement et que les statuts d'élève ou d'étudiant entraînent des orientations soit vers le SAAEH soit la MDPH. Cette complexité ne favorise pas l'annonce par les apprenants de leur situation de handicap aux équipes pédagogiques. Il importerait que le référent handicap puisse coordonner une démarche d'informations permettant de faire émerger l'annonce par les apprenants de leur situation de handicap. Par exemple, lors du discours de rentrée en

formation ou de nouvelle année, évoquer le handicap, faire savoir que les apprenants ont droit comme dans leurs études antérieures à des aménagements pédagogiques, qu'il y a un référent handicap disponible. Cela pourrait être présenté par les équipes pédagogiques elles-mêmes, afin de montrer leur ouverture à cette question et mettre en confiance les apprenants.

Considérons à présent le rôle du référent handicap directement avec les apprenants. Notre enquête indique pour rappel que les apprenants ont peur du regard de l'autre, connaissent mal leurs droits quant aux mesures de compensation possibles pour leur formation, souffrent de ne pas se sentir intégrés au groupe ni compris dans leur différence. Enfin, ils ressentent des difficultés à concilier études et thérapie. Le référent handicap peut alors constituer un levier complémentaire à l'action des formateurs pour faciliter l'inclusion des apprenants en situation de handicap et leur permettre de réaliser leur projet professionnel. Ainsi les apprenants pourraient le rencontrer directement, s'ils le jugent utiles, pour des conseils et des échanges sur leurs droits, sur des pistes de solutions pour favoriser leurs apprentissages dans les meilleures conditions possibles. Il pourrait aussi recueillir les plaintes dans le cas d'une non prise en compte de leur situation par l'équipe pédagogique. Il peut donc constituer un relais si les échanges et la confiance entre le formateur et l'apprenant ne sont pas satisfaisants, ou encore si l'apprenant ne souhaite pas tout confier au formateur. Le référent handicap serait alors soumis à la confidentialité.

Afin de permettre aux apprenants de ne pas se sentir isolés et leur permettre de trouver d'autres stratégies pour réussir leur projet professionnel, des groupes de paroles pourraient être proposés ou des mises en lien sur le principe du mentorat. Le référent handicap pourrait ici coordonner le projet, voire participer aux groupes de parole, mais il serait souhaitable qu'un autre professionnel de l'équipe ou extérieur, capable de mener ce type de groupe, puisse être aussi présent.

Enfin, le référent handicap pourrait être le coordonnateur de l'équipe plurielle notamment lorsqu'il est nécessaire de regrouper les éléments pour réaliser un PAEH et en vérifier la mise en œuvre.

Nous comprenons que de nombreuses pistes d'action sont envisageables pour répondre aux manques repérés dans notre étude, que ce soit directement auprès des formateurs ou des apprenants. Mais il faudrait aussi que le référent handicap puisse

appuyer toutes ces démarches par des outils accessibles à chacun en fonction des situations : procédure pour faciliter l'organisation des aménagements examens et concours pour les apprenants reconnus handicapés, création d'une plaquette d'informations expliquant le rôle du référent handicap, mais aussi les possibilités d'orientations vers la MDPH et le SAAEH. Il pourrait aussi établir une grille d'analyse des besoins de l'apprenant et un document pour le PAEH, en s'inspirant par exemple des versions proposées dans le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé, (CPU, 2012).

Compte tenu de l'ensemble de ces missions et de l'objectif inclusif visé, nous envisageons qu'il puisse non pas travailler seul, mais avec différents salariés intéressés et motivés par cette question, via un groupe de travail. Idéalement, ceux-ci exerceraient dans les différents pôles, à des postes variés (directeur, coordonnateur, formateur, secrétaire...) afin d'envisager l'ensemble des situations et d'amener une dynamique décisionnelle rapidement. Un groupe de 5-6 personnes serait idéal. Mais il serait aussi très intéressant de pouvoir inclure les apprenants qui le souhaitent dans cette démarche d'amélioration en recevant leurs remarques, leurs idées et leurs propositions. Cependant si un groupe de travail incluant des apprenants devait être mis en place, il faudrait bien prendre en compte le peu de temps dont ils disposent pour y participer, compte tenu de leur planning, de leurs contraintes et de leur fatigue.

Enfin, dans la littérature, nous avons retrouvé beaucoup d'éléments concernant les compensations pour les examens, moins pour la pédagogie. La conception universelle d'apprentissage est toutefois un idéal proposé vers lequel les formateurs peuvent tendre. Les enseignements sont la base, le support à toute compréhension des situations et mise en compétences. Ils permettent ensuite de valider les UE et d'acquérir savoirs et compétences. Mais les formateurs et coordonnateurs interrogés ne l'ont pas évoqué. Il pourrait alors s'agir d'un nouvel axe de travail. Pour ce faire, il serait nécessaire de mieux comprendre au préalable les méthodes pédagogiques employées, ce qui est facilitateur ou ce qui fait obstacle. Cela pourrait constituer un nouveau travail de recherche ultérieurement, tout comme les représentations des apprenants tout venant concernant leurs pairs en situation de handicap. Ainsi, la situation est riche et complexe, mais n'est-ce pas grâce à cette complexité que l'on avance ?

Bibliographie

Abric J.C., 1999, *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Paris, Ed Armand Colin

Abric J;-C. 1994, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France, 92p

Bataille M., Blin J.F., Mias C., Plaser A, 1997, *Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles, L'année de la recherche en sciences de l'Education*, Paris, PUF

Becker S., Paladino J., 2016, Assessing Faculty Perspectives About Teaching and working with Student with disabilities, *Journal of Postsecondary Education and Disability*, Vol 29, N°1, p 65-82.

Blanc. A., 2012, *Sociologie du Handicap*, Paris, Cursus, Armand Colin 224p

Bulletin officiel de santé, (2009), Référentiel de compétences infirmier, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf>, consulté le 4 septembre 2019

Légifrance, (2010), arrêté relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute, <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLi en=id>, consulté le 17 août 2019

Boudier C., 2005, *Le métier de formation en soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 192 p.

Boussard V., Demazière P., Boussard V., 2010, *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Presses Universitaires de Rennes, coll. «Des Sociétés», 192 p.

Brown K., James C. et Mackenzie L., 2006, "The practice placement Education Experience, an Australian Pilot Study Exploring the Perspectives of Health Professional Students with a disability", *British Journal of occupational therapy*, Vol 69, N°1, p31-37

Carribaru D. et Menoret M., 2004, *Sociologie de la Santé*, Paris, Armand Colin, 240p

Chacala A., McCormack C., Collins B. et Beagan B.L., 2014, ““My view that disability is okay sometimes clashes”: Experiences of two disabled occupational therapists”, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol 21, N°2, p 107-115

CPU, 2012, “Guide de l’accompagnement de l’étudiant handicapé”, www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid66358/guide-de-l-accompagnement-de-l-etudiant-handicape-a-l-universite.html, consulté le 1er septembre 2019

Défenseur des droits, 2016, *2005-2015, 10 ans d’action pour les droits des personnes handicapées*

Eberhold S., 2009, “Inclusion”, *Recherche et formation*, Vol 61, p71-83

Fonction publique Hospitalière, (2016), “Etudiants et Handicap, étude sur l’accessibilité des instituts de formation paramédicale aux étudiants en situation de handicap”, www.infirmiers.com/pdf/handicap-livre-blanc.pdf, consulté le 25 juin 2019

Formarier M., 2007, “La relation de soin, concepts et finalités” *Recherche en soins infirmiers*, Vol 89, N°2, p33-42

Gardou C., 2014, “Quels fondements et enjeux du mouvement inclusif?”, *La nouvelle revue de l’adaptation et de la scolarisation*, Vol 65, N°1, p 11-20

Guillaumin C, RUSCH E, RENIER S, PESCE S, 2018, *De l’abandon à l’engagement en formation. Enjeux singuliers de parcours de professionnalisation*, Tours, pufr éditions, 280p

HAS, 2012, “Les professions de santé”, www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf, consulté le 30 août 2019

Hirneth M. et Mackenzie L., 2004, "The practice Education of Occupational Therapy Students with disabilities: Practice Educator's perspective", *British Journal of Occupational Therapy*, Vol 9, N°67, p 396-403

Jodelet D., 1989, *Les représentations sociales*, Paris, PUF p188

Lamaurt F., Estryn-Béhar M., Le Moël R., Chrétien T., Mathieu B., 2011, "Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers", *Recherche en soins infirmiers*, Vol 105, N°2, p44-59

Loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>, consulté le 13 septembre 2019

Loi N° 87-157 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512481&dateTexte=20190913>, consulté le 10 septembre 2019

Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>, repéré le 13 septembre 2019

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>, consulté le 13 septembre 2019

Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, <www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027735009, repéré le 10 septembre 2019>, consulté le 10 septembre 2019

Marcellini A., 2017, "Le handicap à l'université : institutionnalisation, dilemmes et enjeux, vers une recherche franco-québécoise", *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Vol 77, N°1, p 131-138

Martel, L., 2015, « Accueillir et accompagner les étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur. Politiques publiques, politiques d'établissements et inégalités territoriales ». *La nouvelle française d'adaptation et de la scolarisation*, Vol 69, N°1, p91-107

MESRI, 2012, "charte université handicap", <www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid66359/charte-universite-handicap-l-insertion-professionnelle-des-etudiants-handicapes.html>, repéré le 16 août 2019

MESRI, 2018, "Les étudiants en situation de handicap dans l'enseignement supérieur", <https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/FR/T243/les_etudiants_en_situation_de_handicap_dans_l_enseignement_superieur/> consulté le 31 août 2019

ONU, 2006, Convention relative aux droits des personnes handicapées, <www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>, consulté le 4 septembre 2019

Plaisance E., 2013, "De l'accessibilité physique à l'accessibilité pédagogique, vers un renouvellement des pratiques ?", *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Vol 63, N°3, p 219-230

Peoc'h N., 2008, "Le MAPP (Mode d'Accompagnement Pédagogique Personnalisé) Un modèle opératoire de compréhension d'une pratique d'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers", *Recherche en soins infirmiers* Vol 92, N° 1), p95-105

Ravaud J.F. et Stiker H.J., 2000, « les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1ere partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion », *Revue de sciences humaines et sociales*, N°86

RIPPH, 2019, le Modèle PPH bonifié, <www.ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/> consulté le 12 septembre 2019

Roulier C, 2015, "Etre aide-soignante et malentendante", *L'aide-soignante*, N°166, p26-28

Sauvayre R., 2013, *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*, Paris, collection Psycho Sup, Dunod 156p

Segon M., Brisset L. Le Roux N., 2017, « Des aménagements satisfaisants mais insuffisants? Les expériences contrariées de la compensation du handicap à l'université ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Vol 77, N°1, p117-129

Taylor C., 2007. "The Casson Memorial Lecture 2007: Diversity amongst Occupational Therapists -Rhétoric or Reality?", *British Journal of Occupational Therapy*, Vol 70, n°7, p276-283

Tremblay S., 2016, "Handicap, éducation et inclusion, perspectives sociologiques", *Education et Francophonie*, Vol 44, N°1, p 9-23

UNESCO, 1994, Déclaration de Salamanque, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427_fre>, consulté le 12 septembre 2019

UNESCO, 2003, "Principes directeurs pour l'inclusion : Assurer l'accès à "l'Education Pour tous", France

Université de Nantes, (2019), "Schéma directeur 2017-2019 de l'université de Nantes", <www.univ-nantes.fr/medias/fichier/sdh20172019_1490964091013.pdf>, consulté le 4 septembre 2019

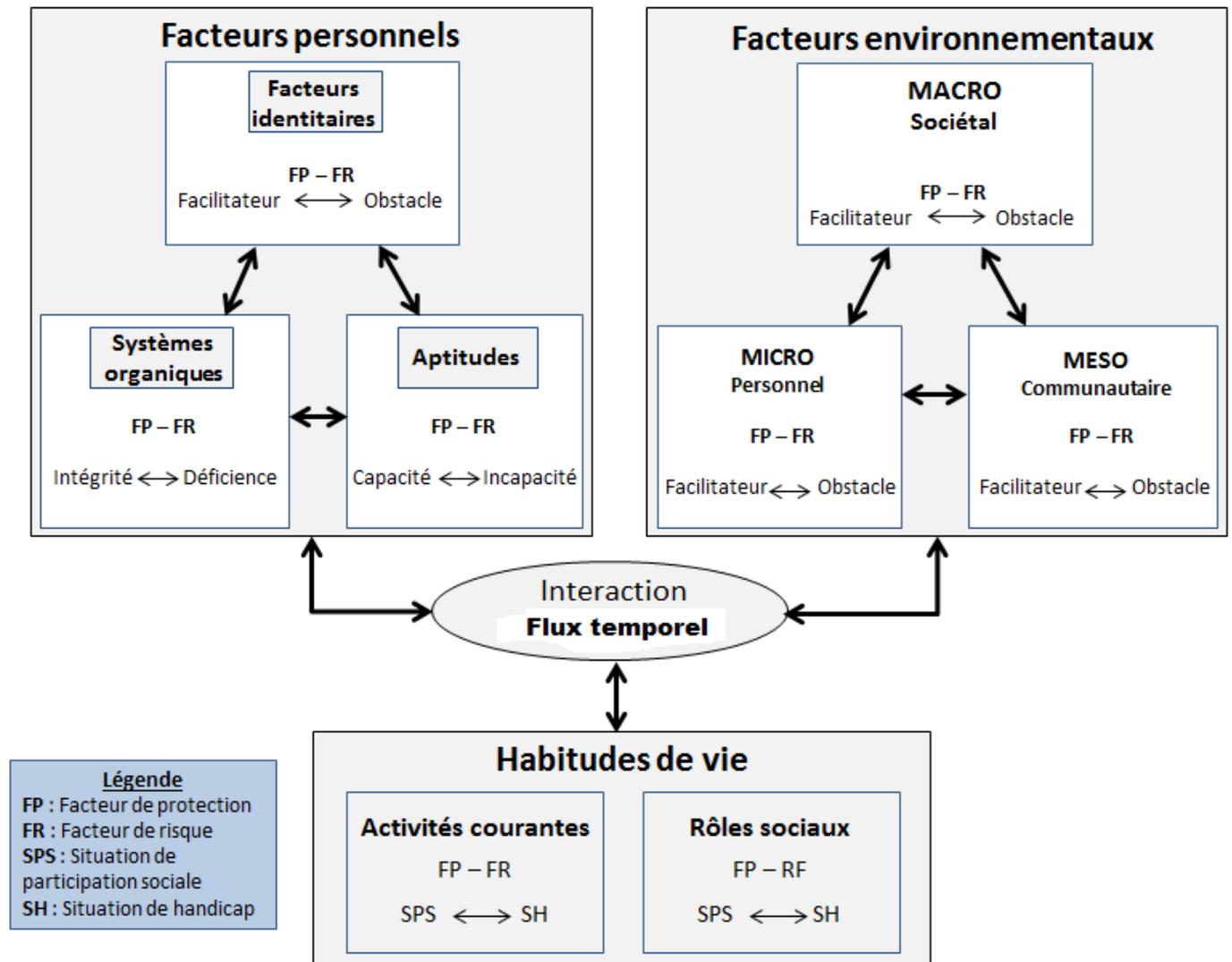
Université de Tours, (2017), "Schéma directeur 2017-2020 de l'université de Tours", <www.univ-tours.fr/l-universite/nos-valeurs/mission-handicap/mission-handicap-le-schema-directeur-handicap-599606.kjsp>, consulté le 4 septembre 2019

Liste des annexes

Annexe I : RIPPH, version 2010	p 75
Annexe II : Définitions des professions de l'étude	p 76

Annexe I

Le modèle du RI-PPH, version 2010



Issu de www.ripph.qc.ca

Annexe II

Définition des métiers d'infirmiers DE, d'ergothérapeute et d'Aide-Soignant en France

Définition de la profession d'infirmier.

L'infirmier DE "réalise des soins destinés à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. Il surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : entretiens avec le patient et sa famille, éducation thérapeutique, préparation et distribution de médicaments, soins de nature technique (pansements, prélèvements, prise de tension, injections...)" (Ministère de la Solidarité et de la Santé).

Définition de la profession d'ergothérapeute :

L'ergothérapeute est "un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation". (Arrêté du 10 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute)³⁰.

Définition de l'aide-soignant

“L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier (...). Il réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et dans sa dignité”.

LE FLEM	Aurélie	
Master 2 Situations de Handicap et Participation Sociale		
L'inclusion des étudiants en situations de handicap dans les formations sanitaires L'exemple d'un établissement de formation Croix Rouge		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>Devenir un professionnel paramédical alors que l'on vit des situations de handicap, est-ce envisageable ? Les représentations de la société en France ne vont pas dans ce sens. Pourtant des apprenants en situation de handicap sont engagés dans ces formations et des équipes pédagogiques sont présentes pour les accompagner dans ce projet comme tout à chacun.</p> <p>Les formations paramédicales, nombreuses, présentent des spécificités dans leur organisation, dans leurs obligations et dans leurs modalités pédagogiques. Afin de faciliter la professionnalisation, les apprenants bénéficient généralement de l'appui de formateurs spécifique, leur référent pédagogique.</p> <p>Notre étude s'appuie sur une enquête de terrain qui s'est déroulée dans un institut de formation sanitaire et sociale, où nous avons pu interroger étudiants et formateurs sur leurs représentations et leurs missions</p> <p>Les résultats de notre étude montrent le rôle primordial du référent pédagogique dans l'accompagnement des apprenants en situation de handicap, les propositions qu'ils peuvent apporter, mais aussi les manques quant à cet accompagnement, liés à leurs représentations ou un défaut d'informations. En complément de leur travail, l'apport et les missions d'un référent handicap, aujourd'hui manquant dans l'établissement, sont proposés pour appuyer une démarche inclusive.</p>		
<p>Mots clés : Etudiants, Apprenants, Formations paramédicales, Inclusion, Référent pédagogique, Référent Handicap, Représentations.</p>		

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.