



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

**Promotion : 2009**

**Date du Jury : septembre 2009**

---

**Les interruptions en cours  
de formation en IFSI**

---

**Marie-Ange PROVE - DELEPLACE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

Les étudiants qui ont accepté de revenir sur leur parcours parfois difficile, de m'accorder du temps et de partager leurs expériences afin de m'aider à mieux comprendre les phénomènes à l'origine de leur décision d'interrompre la formation infirmière.

Les professionnels et les directeurs de soins chargés de formation qui ont favorisé mes rencontres avec les personnes interviewées, accepté de me recevoir pour les entretiens et partagé leur vécu.

Mesdames, Karine CHAUVIN, Anita GARCIA et Marie Elisabeth COSSON pour leur aide méthodologique précieuse.

L'ensemble du personnel de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour la qualité des cours dispensés, la disponibilité et l'écoute.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Favoriser la compréhension par un contexte défini .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La formation des infirmiers : d'hier à aujourd'hui.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les étapes de la formation infirmière .....	5
1.1.2 Les évolutions en matière d'interruption de formation .....	8
<b>1.2 Deux acteurs, des choix, des contraintes .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 L'étudiant en soins infirmier .....	9
1.2.2 Le directeur d'IFSI .....	11
<b>1.3 Une enquête limitée mais représentative .....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Les lieux d'enquête.....	12
1.3.2 La population enquêtée .....	12
1.3.3 L'organisation de l'enquête.....	14
<b>2 Faire émerger les causes d'interruption et les limites de collaboration.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Des critères multifactoriels à recenser et à prendre en compte .....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Les causes liées au profil des étudiants .....	16
2.1.2 Les causes liées au recrutement .....	19
2.1.3 Les causes liées à la formation infirmière .....	19
<b>2.2 Une collaboration IFSI, DRASS et Conseil Régional existante mais à conforter .....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Le Conseil Régional .....	23
2.2.2 La Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.....	23
<b>2.3 Un volet social présent mais non formalisé .....</b>	<b>25</b>

<b>3</b>	<b>Restreindre les interruptions .....</b>	<b>27</b>
3.1	Revoir l'organisation du recrutement.....	27
3.2	Mettre en place des actions liées à la pédagogie .....	28
3.3	Modifier les représentations sur la profession .....	29
3.4	Mieux gérer les interruptions .....	30
3.4.1	Prévenir les abandons .....	30
3.4.2	Accompagner la réintégration .....	31
3.5	Développer le volet social .....	31
	<b>Conclusion.....</b>	<b>33</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>III</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS :	Agence Régionale de Santé.
ASHQ :	Agent de Service Hospitalier Qualifié.
DARES :	Direction de l'Animation, de la Recherche des Etudes et des Statistiques.
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
DS :	Directeur des Soins.
DSF :	Directeur des Soins Formation.
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
ESI :	Etudiants en Soins Infirmiers.
FPH :	Fonction Publique Hospitalière.
IADE :	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
IBODE :	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
IDE :	Infirmier(e) Diplômée d'Etat.
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers.
LMD :	Licence, Master, Doctorat.
MSP :	Mise en Situation Professionnelle.
ONDPS :	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
ONEMFPH :	Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière.
SNICS :	Syndicat National des Infirmières Conseillères de Santé.
SPH :	Service Public Hospitalier.
SRFP :	Schéma Régional des Formations Professionnelles.
VAE :	Validation des Acquis et de l'Expérience.

## Introduction

Le secteur de la santé connaît depuis plusieurs décennies des évolutions considérables. Au cours des prochaines années, le nombre de personnes atteintes de pathologies multiples ou chroniques (cardiaques, neurovasculaires, cancéreuses) et une dépendance aggravée va considérablement augmenter<sup>1</sup>. L'amélioration globale de la santé se traduisant par l'allongement de la durée moyenne de vie aura pour conséquence une augmentation de la population, on comptera « 70 millions d'habitants en 2050 soit plus 9,3 millions par rapport à 2005 »<sup>2</sup>. Les pathologies telles que l'Alzheimer qui touchent les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âges sont en pleine explosion. Enfin, les usagers sont de plus en plus exigeants vis-à-vis de notre système santé, la demande en actes de diagnostic et de prévention croît régulièrement.

Les évolutions énoncées en amont vont influencer les besoins en personnel de santé, besoins qui selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), « n'ont pas été suffisamment anticipés pour les professions paramédicales et médicales ». Avec le vieillissement de la population il faudra de plus en plus d'infirmières et d'aides-soignantes au sein des établissements d'hébergement ou dans les services de soins à domicile.<sup>3</sup> Les évolutions démographiques vont induire une augmentation de la demande en matière de recrutement de personnels qualifiés. La pression démographique sera la plus forte à l'horizon 2020-2030 selon les hypothèses de projection retenues dans les études de référence.<sup>4</sup> Or, les départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière (FPH) qui représentent actuellement environ 40% des effectifs de 2002 vont continuer de croître. Le pic devrait se situer en 2012<sup>5</sup>. La décélération ne commencera qu'à partir de 2013 (annexe 1).

Les tensions risquent de se renforcer dans les métiers paramédicaux, infirmiers notamment. Certes, l'augmentation des quotas amorcés depuis plusieurs années a permis une augmentation globale des effectifs. Cependant, depuis 2007/2008 l'insuffisance en personnel de santé est variable selon la spécialité, la région, le secteur d'exercice ou le lieu d'activité. Les difficultés à recruter, à remplir les quotas dans certains Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), l'augmentation des abandons en cours d'étude, la réflexion en cours sur la délégation des compétences médicales et la validation

---

<sup>1</sup> DHOS : Etude prospective sur les métiers de demain : tendances d'évolution à 5/10 ans, 2007 : « Entre 2005 et 2050 les populations âgées de 60 ans ou plus passeront de 12,6 millions à 22,3 », page 9

<sup>2</sup> DHOS : Etude prospective sur les métiers de demain, Op.Cit

<sup>3</sup> CHARDON O, ESTRADE MA et TOUTLEMONDE F, Décembre 2005« Les métiers en 2015 l'impact du départ des générations du baby-boom », Premières Informations Premières Synthèses, DARES, , n° 50.1

<sup>4</sup> DHOS : Etude prospective sur les métiers de demain, Ibid

<sup>5</sup> Pic de départs à la retraite en 2012 pour l'ensemble de ses titulaires, avec presque 30 000 départs prévus.

des acquis de l'expérience (VAE) doivent conduire à suivre de près l'évolution réelle des effectifs infirmiers. Même si, sur la période 1990-2005, la croissance du nombre de professionnels de santé a été de plus 2% par an et même si cette moyenne est supérieure à la croissance de l'ensemble des actifs (+0,7%), elle ne suffira pas à couvrir l'ensemble des besoins inhérents aux départs en retraite programmés.<sup>6</sup>

Pourtant, les quotas de formation en IFSI ont été revalorisés. Entre 1983 et 2004, ils sont passés de 18 000 à 30 000 places (annexe 2). Les IFSI se remplissent globalement bien (excepté dans certaines régions, dont l'Île de France) et, a priori, il ne semble pas exister de perte d'attractivité du métier d'infirmier. Cependant, il convient de prendre en compte que le nombre de postulants au concours d'entrée en IFSI stagne. Depuis la mise en œuvre de l'arrêté du 21 avril 2007, « *le taux d'abandon et/ou d'interruption en cours d'études dans les écoles d'infirmières a atteint la moyenne de plus de 20% au niveau national* ». <sup>7</sup>

En outre, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a élargi le champ de compétences des régions en matière de formation professionnelle en leur confiant la responsabilité des formations sociales, paramédicales et de sages femmes. Désormais, c'est le Conseil Régional qui finance entièrement le fonctionnement et l'équipement des IFSI. Bien que les financements soient accordés sur la base d'un budget global, il semble évident pour les directeurs d'IFSI qu'une perte de 20 à 25% des effectifs en cours de formation ne leur permet pas de réaliser pleinement leurs objectifs de formation. De ce fait, ils s'interrogent sur les répercussions possibles à court ou moyen terme sur le fonctionnement de leurs établissements.

Au niveau national, une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) <sup>8</sup> démontre qu'il existe un écart de 20% entre les entrants en formation et les diplômés qui sortent trois ans plus tard. L'analyse quantitative menée par la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) Nord Pas de Calais annonce 30% de perte en moyenne entre l'entrée en IFSI et l'admission en troisième année de formation infirmière<sup>9</sup>.

Enfin, les enjeux sont importants pour les étudiants en situation d'interruption. Ils ont investi jusqu'à trois ans de formation et finalement doivent interrompre voire se

---

<sup>6</sup> D'après les projections à 2015 réalisées par la DARES, Direction de l'Animation, de la Recherche des Etudes et des Statistiques et le Commissariat Général au Plan, les familles professionnelles de sages femmes, d'infirmiers et d'aides-soignants figurent parmi les 15 familles professionnelles où les postes à pourvoir seront les plus nombreux.

<sup>7</sup> Syndicat National des Infirmières Conseillères de Santé (SNICS)

<sup>8</sup> DANTANT S, MARQUIER R, Novembre 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 » Dossier DREES, Etudes et résultats n°540

<sup>9</sup> CAPRON J, février 2005, Etude de la déperdition des étudiants en soins infirmiers dans la région Nord-Pas-de-Calais, DRASS de la région Nord-Pas-de-Calais.

réorienter. Ainsi, nous retiendrons que sur l'ensemble des abandons, plus d'un tiers des arrêts de formation le sont à l'initiative des étudiants. Pour le Syndicat National des Infirmières Conseillères de Santé (SNICS) : « *Il apparaît urgent d'analyser les abandons d'étude et les échecs au diplôme d'état d'infirmière : plus de 50% d'abandon en 2007 pour la seule région île de France* ».

La prise en compte de l'ensemble de ces constats a fortement suscité mon intérêt pour le sujet. En effet, c'est une trajectoire professionnelle articulée sur un parcours partagé entre formation et gestion qui a favorisé l'émergence de mon projet. Cette double expérience m'a permis de porter un regard objectif sur l'évolution des soins et par voie de conséquence celle de la formation. Les IFSI forment les professionnels de demain. Promouvoir les formations sanitaires et sociales représente un enjeu majeur au niveau de l'emploi et du service à la personne. Aussi dans le cadre de ma future mission, ce travail me permet de m'interroger sur le rôle du Directeur de Soins chargé de Formation (DSF) dans la gestion des interruptions de formation. Cette problématique relève des missions du Directeur de Soins (DS) conformément au décret 2002-550 du 19 avril 2002, article 5, portant statut particulier du corps des directeurs de la fonction publique hospitalière. Aussi, dans un contexte démographique en mouvance, ce dernier ne peut omettre d'analyser les facteurs en capacité d'influencer la formation. Ce qui m'amène à poser la question de départ suivante :

### **Pourquoi existe-t-il plus de 20% d'abandons de formation en IFSI ?**

Plusieurs hypothèses ont été formulées afin de faciliter le questionnement :

- 1- Les critères multifactoriels à l'origine des abandons en cours d'études ne sont pas répertoriés et analysés,**
- 2- IFSI, DRASS et Conseil Régional ne collaborent pas assez dans le but prévenir les abandons,**
- 3- Les directeurs d'IFSI n'ont pas suffisamment développé le volet social dans leur projet d'école.**

Afin de vérifier ces hypothèses, j'ai mobilisé des outils tels que l'analyse de documents (bases documentaires, rapports nationaux et pédagogiques d'école). J'ai aussi réalisé une enquête par entretiens semi directifs auprès d'étudiants et de directeurs d'IFSI dont la méthodologie sera explicitée en aval.

Ainsi, ce travail a pour finalité de favoriser la connaissance des éléments à l'origine des arrêts de formation (causes d'interruption, difficultés rencontrées par les

étudiants en soins infirmiers (ESI)), de faciliter leur gestion et d'étudier les leviers utilisables par le DSF pour restreindre les « pertes ».

Déclinée en trois axes, cette étude cherchera dans un premier temps à mettre en évidence le long cheminement de la formation infirmière et les modalités gestion des interruptions de formation au regard des textes réglementaires. Présenté par thème et étayé d'arguments bibliographiques, l'axe deux analysera les résultats de l'enquête menée auprès des étudiants et des directeurs. Enfin, je tenterai de dégager quelques préconisations utiles pour l'exercice professionnel à venir.

# 1 Favoriser la compréhension par un contexte défini

## 1.1 La formation des infirmiers : d'hier à aujourd'hui

Dans ce premier chapitre, je vais aborder l'évolution de la formation depuis l'origine de la profession d'infirmière pour aboutir aux textes concernant la suspension des études. Ce long cheminement de la formation étroitement lié à celui de la profession permet d'en intégrer la spécificité.

### 1.1.1 Les étapes de la formation infirmière<sup>10 11</sup>

#### ❖ En amont de la reconnaissance professionnelle

L'histoire de la profession d'infirmière montre comment la discipline s'est forgée au cours du temps, autour de la religion, puis des guerres et enfin autour des besoins évolutifs de la société en matière de santé. Ainsi, la profession et les soins infirmiers ont évolué avec l'histoire de la médecine et la philosophie des sciences.

Au Moyen Age pour s'occuper des lépreux, c'est d'abord les prostituées qui sont sollicitées. Puis, les ordres religieux organisent la profession selon des principes religieux et de charité. Sous l'appellation « des Sœurs de Saint Vincent de Paul » la première formation naît en 1633 en France. L'enseignement comprend alors, des lectures religieuses, de la couture, la préparation de tisanes et les soins au malade. De l'assistance aux pauvres et aux malades, les missions des religieuses s'étendent progressivement aux enfants trouvés, aux forçats et aux aliénés. Elles s'installent dans les hôpitaux avec une reconnaissance professionnelle soignante. Le soin est bénévole, et n'a de valeur que culturelle. Les religieuses vont garder leur emprise sur les hôpitaux pendant de nombreuses décennies.

Avec la révolution de 1789, naît l'hôpital laïc. Le personnel infirmier apparaît progressivement au côté des religieuses qui conservent toutefois une place prépondérante. Recrutées dans les catégories sociales défavorisées, sans emploi et sans instruction, les soignantes sont nourries, logées, habillées et blanchies par l'hôpital.

---

<sup>10</sup> Sylvie WARNET, octobre 2007, la profession infirmière d'hier à aujourd'hui, la revue de l'infirmière, dossier formation, n°134, éléments au fil de l'eau

<sup>11</sup> Catherine DUBOYS FRESNEY, Georgette PERRIN, 2005, le métier d'infirmière en France, pages 65 à 100, Editions PUF, Que sais je ?, éléments au fil de l'eau

Au 19<sup>ème</sup> siècle, le positionnement et les publications de Florence NIGHTINGALE<sup>12</sup> marquent une étape décisive vers la conceptualisation des soins infirmiers. Dans le même temps, la Croix Rouge Française fonde ses écoles. Le soin est encore bénévole et conserve sa valeur culturelle. En 1878, les hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre ouvrent les premiers cours municipaux de formation infirmière. La formation qui se déroule sur un an est validée par un diplôme. Elle comprend un enseignement théorique primaire, un enseignement pratique auprès des malades et des cours magistraux dispensés par les médecins.

La circulaire ministérielle du 28 octobre 1902, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières, ouvre une nouvelle ère d'évolution pour la formation infirmière.

En 1907, l'école d'infirmières de la Salpêtrière ouvre ses portes avec un programme qui accorde une part importante aux enseignements théoriques (anatomie, physiologie, soins de base et démonstrations pratiques). Cette école formera des générations d'infirmières qui seront appelées « les petites bleues » en raison de la cape et du voile bleu qu'elles portaient pour sortir. A cette même époque, Léonie CHAPTAL<sup>13</sup> donne sa première définition au mot « infirmière », participe activement à la création d'écoles, à leur réglementation et à la conception des programmes.

Il faut cependant attendre la laïcisation et la première guerre mondiale pour que s'affirme la profession. Les infirmières s'illustrent dans le secours aux blessés, dans les hôpitaux, sur le terrain, dans les ambulances militaires. Elles y gagneront la reconnaissance en tant que corps professionnel formé et compétent. C'est aussi à cette période que la nécessité de développer une formation plus complète voit le jour.

#### ❖ **La formation et l'apprentissage professionnel**

La création du brevet de capacité professionnelle, officialisé par l'arrêté du 24 juin 1924, justifie le premier programme d'enseignement qui se déroule sur vingt deux mois. Il pose les fondements de la profession, apprentissage et transmission officielle d'un savoir.

---

<sup>12</sup> Florence NIGHTINGALE : est née en Angleterre en 1820 dans une famille bourgeoise. Rien ne la destinait à devenir infirmière. Mais, rebelle elle prend sa décision très jeune. Sa carrière débutera au sein des hôpitaux militaires. Elle se fait connaître pour son dévouement et son courage lors de la guerre de Crimée. En 1860, elle ouvre une école d'infirmière. Elle est à l'origine de la modernisation du métier d'infirmière, de systèmes de soins à domicile, de maisons de naissance. Elle fut la première femme à recevoir l'ordre du mérite. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)

<sup>13</sup> Léonie CHAPTAL : infirmière hospitalière des hôpitaux parisiens, née en 1873, Léonie CHAPTAL a oeuvré pour la formation infirmière et le développement de la profession. Elle a participé à l'élaboration de plusieurs textes législatifs. Professionnelle, attachée à l'éthique des soins, expérimentée, elle avait une vision humaniste de la société. Militante, elle a affirmé ses idées en réclamant, un salaire et des conditions de travail décentes pour les infirmières. Personnalité marquante, elle reste une figure symbole pour la profession. [http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Infirmi%C3%A8re\\_Magazine](http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Infirmi%C3%A8re_Magazine)

Quarante trois écoles dont quinze de la Croix Rouge bénéficient alors d'un agrément national.

Le décret du 18 février 1938 marque la date de la création du diplôme d'état et détermine la durée de formation des infirmières hospitalières en deux ans. Dès 1951, l'arrêté du 18 septembre fixe le programme d'enseignement théorique et pratique en vue de l'obtention du diplôme et les modalités d'examen dans les écoles préparant à ce concours. Cependant, jusqu'en 1960, les recrutements s'effectuent de manières très diverses et souvent antagonistes : infirmières Croix Rouge, religieuses, infirmières diplômées d'écoles.

C'est l'arrêté du 17 juillet 1961 qui pose enfin le programme d'enseignement exclusivement réservé aux infirmières. Ce programme propose une infirmière formée à l'évolution des sciences et techniques médicales. Celle-ci reste néanmoins technicienne et collaboratrice du médecin. Les mouvements de mai 1968 favorisent la libération de la profession des concepts d'obéissance, de soumission et de charité.

En 1972, le programme de formation est revu. L'enseignement porte sur la santé, la notion de service infirmier, les méthodes de travail, les soins infirmiers. L'infirmière est pour la première fois considérée comme responsable de l'ensemble des soins infirmiers. Ce programme contribue à former des professionnels polyvalents. L'élève infirmière est amenée à prendre conscience de l'environnement du travail et de la structure de la profession.

L'arrêté du 8 avril 1976 autorise les universités à délivrer la maîtrise des sciences et techniques des organisations sanitaires, puis celle des sciences sociales en 1977. Etais ce le premier pas vers l'université ?

L'arrêté du 12 avril 1979 quant à lui, marque l'officialisation du concept de démarche de soins infirmiers. Pour les écoles d'infirmiers la formation passe de 28 à 33 mois avec des contenus de formation plus orientés sur la personne, la santé publique et les sciences humaines sans pour autant remettre en question les connaissances médicales à acquérir. Enfin, en 1992, les écoles d'infirmières sont transformées en instituts de formation en soins infirmiers. Nouveau programme, nouveau diplôme d'état, celui-ci devient unique réunissant les diplômes en soins généraux et en soins psychiatriques. La formation passe à plus de trente six mois. Les principaux changements portent sur une augmentation de l'enseignement de la psychiatrie et une diminution des contenus en pathologies, le développement de la santé publique et des soins aux personnes âgées. L'étudiant est acteur de sa formation, élabore son projet professionnel et initie des travaux de recherche. *« Cette évolution dans le programme de formation est significative d'une*

*évolution des pratiques infirmières en réponse aux besoins de soins de la société », <sup>14</sup>  
« cependant la véritable reconnaissance professionnelle demeure toujours un mythe pour les infirmières »<sup>15</sup>.*

Ce programme est l'aboutissement du long cheminement de la formation et permet de placer l'étudiant en qualité d'acteur, apprenant, avec un rôle actif et reconnu.

Depuis sa mise en application en 1992, jamais un programme de formation infirmière n'avait duré aussi longtemps. Pourtant entre 1992 et 2007, il a connu plusieurs modifications afin d'adapter la formation aux évolutions attendues en matière de contenu, d'évaluation et de gestion des cursus. Ce dernier point nous amène à aborder le paragraphe consacré aux évolutions en matière de gestion des interruptions de formation.

### **1.1.2 Les évolutions en matière d'interruption de formation**

Avant 2001 toute demande de la part d'un étudiant d'interrompre sa formation pour raison personnelle est considérée comme un abandon.

En droit civil, « *l'abandon est le fait de délaisser une procédure déjà engagée* ». Dans ce sens, on parle aussi de renonciation. L'abandon de formation est alors une renonciation car Il n'est pas possible pour l'étudiant de se réinscrire de droit dans le cursus de formation.

L'arrêté du 21 septembre 2001<sup>16</sup> (annexe 3) dans son article 25 précise qu' « *En cas d'interruption de la scolarité pour des raisons justifiées, et avec l'accord du médecin inspecteur de santé publique (...) l'étudiant conserve pendant un an le bénéfice des évaluations déjà acquises durant la période de formation. La scolarité est reprise l'année suivante au point où elle avait été interrompue. Au-delà de cette durée, les conditions de reprises de la scolarité sont fixées par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil technique* ». A partir de 2001, l'interruption de formation s'inscrit donc dans le parcours de formation comme un droit. Néanmoins, l'étudiant doit encore justifier des raisons qui le motivent à interrompre sa formation et n'est pas entièrement libre de sa décision.

D'une manière générale, le mot interruption est défini<sup>17</sup> « *comme un arrêt temporaire dans l'exécution normale d'un programme afin d'exécuter une autre tâche, la cause étant la*

---

<sup>14</sup> WARNET S, la profession infirmière d'hier à aujourd'hui, Op.Cit

<sup>15</sup> DUBOYS FRESNEY C, PERRIN G, le métier d'infirmière en France, Op.Cit

<sup>16</sup> Arrêté du 21 septembre 2001, relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au DE

<sup>17</sup> Petit Larousse, édition 2007

*survenue d'un événement* ». Il convient de remarquer que dans le cas de la formation infirmière la temporalité est toutefois limitée à un an.

Il faut attendre l'arrêté du 21 avril 2007<sup>18</sup> (annexe 3) et son article 38 pour concevoir qu'« *une interruption de formation, quel qu'en soit le motif, ne (puisse) excéder trois ans, durant lesquels l'étudiant conserve le bénéfice des notes obtenues antérieurement à celle-ci. Au-delà de cette durée, l'étudiant perd le bénéfice de la formation acquise. Il conserve néanmoins pendant deux années supplémentaires le bénéfice des épreuves de sélection. La formation est reprise au point où elle avait été interrompue, selon des modalités fixées après avis du conseil pédagogique. Une telle interruption n'est possible qu'une seule fois pour toute la durée de la formation* ». Depuis 2007, l'étudiant peut donc interrompre sa formation sans avoir à le justifier. C'est une avancée considérable en matière de gestion de cursus.

Il s'agit donc de gérer deux types de demande d'arrêt des études. L'interruption temporaire appelée suspension (ou report) d'une part et l'interruption définitive que l'on qualifie d'abandon d'autre part. Les étudiants qui rencontrent des difficultés de parcours et souhaitant interrompre leur formation privilégient désormais la suspension de formation à l'abandon afin de ne pas se fermer définitivement la porte de l'IFSI. Pendant trois ans, la reprise éventuelle de la formation dépendra de l'évolution de leur situation.

Donc, si un étudiant (confronté à des événements personnels ou externes influençant son comportement et sa capacité à suivre sa formation) décide d'interrompre ou de suspendre son cursus, le Directeur de soins en IFSI n'a qu'un seul choix, celui de gérer la demande formulée. Ce point entraîne la nécessité d'identifier les acteurs.

## **1.2 Deux acteurs, des choix, des contraintes**

Ce second chapitre a pour objet de mieux cerner les protagonistes présents au cœur du problème des interruptions de formation.

### **1.2.1 L'étudiant en soins infirmier**

#### **❖ L'étudiant apprenant**

En sa qualité de premier élément de cette enquête, il convient dès à présent de considérer l'étudiant comme « *un apprenant acteur qui s'engage avec ses ressources personnelles dans un processus pour acquérir une nouvelle connaissance. Il est avant tout celui qui cherche à apprendre et à comprendre. Ce faisant, il attire vers lui l'objet de*

---

<sup>18</sup> Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

*connaissance et se l'approprié (...) Tout apprentissage exige une ardeur soutenue et une application méthodique... »<sup>19</sup>*

Pour apprendre, l'étudiant a besoin d'avoir un maximum de « sécurités ». Toutefois même en situation de sécurité, l'adaptation à l'apprentissage peut se traduire par « *une plus ou moins grande aptitude à prendre en charge son propre apprentissage, à organiser son travail, à gérer son temps et à tirer partie des diverses ressources éducatives, matérielles et humaines disponibles au sein du dispositif ou dans l'environnement familial, professionnel, personnel* »<sup>20</sup>. Ce manque d'aptitude peut le rendre vulnérable et ainsi majorer les risques qu'il encoure.

#### ❖ **Les risques d'abandon liés à ce statut**

L'étudiant arrive avec une histoire, un contexte de vie, des aptitudes et des capacités propres. En outre, comme la formation se déroule sur plus de trois ans, les déterminants ne seront pas statiques. L'étude sur la déperdition des étudiants en soins infirmiers dans la région Nord-Pas-de-Calais<sup>21</sup> a mis en évidence des déterminants majeurs à prendre en compte tels que l'âge, l'histoire de vie, l'estime de soi, la précarité, les aptitudes, la motivation, la conception de la profession...

L'âge de l'étudiant, est une donnée importante. « *Une majorité d'entre eux se présentent au concours en terminale et je pense qu'entrer en formation trop jeune peut être un frein dans la mesure où le caractère est non mature et l'expérience professionnelle quasi inexistante.* » comme le cite un directeur d'IFSI de la Sarthe (dont la moyenne d'âge de promotion se situe classiquement à 19.5 ans à l'entrée en première année). Or, même si elle est minime, l'expérience professionnelle est un atout dans la capacité à s'adapter, à assumer les contraintes du monde du travail et les responsabilités inhérentes à ce dernier.

L'histoire de vie, peut être facilitante (ressources matérielles et financières, facilités intellectuelles, estime de soi, entourage favorable au projet, promotion professionnelle espérée) comme elle peut être handicapante (insuffisance de ressources, décohabitation, famille monoparentale...). De même, en stage, l'étudiant va se trouver confronté à la maladie, la souffrance, la mort. Ces événements, ne manqueront pas de lui rappeler sa propre histoire de vie le cas échéant.

L'étudiant peut aussi, au cours de son cursus de formation revoir sa motivation, changer son regard sur le métier, voir ses sécurités tomber et être confronté à une certaine forme

---

<sup>19</sup> DENOMME JM, ROY M. 1998, Pour une pédagogie interactive, Gaétan MORIN éditeur, page 130

<sup>20</sup> GLICKMAN V, 2002, Education permanente n°152, page 59

<sup>21</sup> CAPRON J, Op.Cit

de précarité<sup>22</sup>. Nous ne pouvons pas transposer aux étudiants en soins infirmiers la notion standard de précarité qui définit la précarité de l'emploi et qui désigne aujourd'hui la pauvreté. Pour les étudiants, il faut entendre l'accroissement des risques d'échec ou d'abandon qui résultent de la concurrence entre différentes exigences : contraintes personnelles, activité rémunérée parfois et exigences des études toujours. Cette concurrence peut se traduire par une interruption prématurée des études mais aussi paradoxalement par leur prolongation (redoublement).

Les étudiants qui n'exercent aucune activité rémunérée sont encore majoritaires. Toutefois, le directeur d'un IFSI de Basse Normandie constate que « *la part des étudiants en situation financière difficile tend à augmenter au fil des années (...) ils sont de plus en plus nombreux à concilier travail à temps partiel et études et les demandes d'aide exceptionnelle se font moins rares* ». Cependant, les DSF ne sont pas en capacité de chiffrer ce constat. Sans doute parce que ce rôle ne fait pas partie de leurs missions initiales ou que ces indicateurs ne sont pas demandés par les tutelles.

### **1.2.2 Le directeur d'IFSI**

Ainsi pouvons-nous nous interroger sur le rôle du Directeur d' IFSI dans la gestion des interruptions de formation. Cette problématique relève-t-elle des missions du Directeur de soins conformément au décret 2002-550 du 19 avril 2002<sup>23</sup> ?

Les missions de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, relevant de l'article 1 de l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI, comprennent en autres, la formation initiale des infirmiers et des aides soignants et la formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers. Le Directeur est responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue, de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique, du contrôle des études, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs, des recherches en soins infirmiers conduites par l'équipe enseignante, du fonctionnement général de l'IFSI incluant la gestion administrative et financière.

---

<sup>22</sup> Précarité : absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant à une personne d'assumer ses responsabilités et de jouir de ses droits fondamentaux. La précarité affecte plusieurs domaines de l'existence et si elle se prolonge dans le temps compromet les chances de s'assumer dans un avenir prévisible. L'insécurité qui en résulte peut avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives (définition officielle de l'état français).

<sup>23</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de la fonction publique hospitalière. *Articles 3 et 5 : « Les directeurs de soins peuvent être chargés de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales... », « Le directeur des soins, directeur d'IFSI est responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation, du contrôle des études, de l'animation et de l'encadrement des équipes, de la recherche et du fonctionnement général de l'IFSI ».*

Le DSF se doit donc de mettre en œuvre dans le projet d'école et le projet pédagogique, les moyens qui vont permettre d'accompagner un maximum d'étudiants jusqu'au diplôme d'état. Toutefois, chaque directeur assure ses missions de manière individuelle en fonction des valeurs et selon les principes qui l'habitent et qui vont déterminer son approche personnelle et conceptuelle (portée par le projet pédagogique élaboré en équipe) de la gestion des interruptions de formation. Enfin, il convient de tenir compte du fait que quel que soient le positionnement, les valeurs ou la philosophie du directeur, l'étudiant est libre d'interrompre sa formation à tout moment.

L'ensemble de ces constats seront-ils confirmés par les données de l'enquête effectuée ?

### 1.3 Une enquête limitée mais représentative

#### 1.3.1 Les lieux d'enquête

Le choix des instituts de formation a été guidé par la possibilité d'y effectuer des stages ou la connaissance antérieure du terrain. D'emblée, les directeurs sollicités ont donné leur autorisation pour que je sollicite les étudiants et que je réalise les entretiens.

Les quatre IFSI ayant apporté leur contribution sont tous adossés à des établissements publics de santé.

IFSI de référence :<sup>24</sup>

Etablissement	Quota d'étudiants par promotion	pourcentage moyen d'interruptions de formation par promotion
IFSI de C – Basse Normandie	71	entre 15 et 20%
IFSI de M – Pays de Loire	105	entre 20 et 25%
IFSI de A – Pays de Loire	40	entre 20 et 25%
IFSI de V – Bretagne	95	inférieur à 15%

#### 1.3.2 La population enquêtée

Le choix s'est volontairement porté sur deux acteurs, l'étudiant qui prend la décision de suspendre ses études et le directeur, responsable de la formation. Toutefois, cette restriction ne remet en aucun cas en cause le travail de fond effectué par les formateurs au niveau du suivi pédagogique, de l'aide individuelle apportée et du repérage des étudiants en difficulté.

---

<sup>24</sup> Source : projets pédagogiques et rapports d'activité des différents IFSI

### ❖ Les étudiants en soins infirmiers :

La participation des étudiants aux entretiens a été retenue selon les critères suivants. Une interruption des études en cours de formation à la demande de l'étudiant, la participation de l'étudiant à l'enquête sur la base du volontariat, un laps de temps entre l'interruption de formation et l'entretien inférieur à quatre ans. Vingt trois étudiants en soins infirmiers issus des quatre établissements ont été sollicités. Dix d'entre eux ont accepté de revenir sur leur parcours, les raisons qui ont motivé leur arrêt et leur ressenti. Cependant au final, huit seulement ont réalisé cet entretien (deux des étudiants ne se sont pas présentés au rendez-vous fixé).

Ces entretiens ont duré en moyenne une heure trente chacun. Ils se sont déroulés dans des lieux divers mais toujours neutres ou sur l'IFSI lorsque cela ne dérangeait pas l'étudiant.

Ci-dessous, tableau de présentation sommaire des étudiants auditionnés.<sup>25</sup>

Prénom	Age d'entrée en formation	Année d'entrée en IFSI	région de référence	année d'interruption	année de formation lors de l'abandon
Pauline	19 ans	2008	Pays de Loire	2009	1 <sup>ème</sup> année
Julie	17 ans 1/2	2007	Pays de Loire	2009	2 <sup>ème</sup> année
Sandra	19 ans	2006	Pays de Loire	2009	3 <sup>ème</sup> année
Virginie	20 ans	2004	Basse-Normandie	2006	2 <sup>ème</sup> année
Aurélie	20 ans	2006	Basse-Normandie	2008	2 <sup>ème</sup> année
Frédéric	19 ans 1/2	2004	Basse-Normandie	2006	2 <sup>ème</sup> année
Emilie	19 ans	2004	Basse-Normandie	2006	2 <sup>ème</sup> année
Baptiste	23 ans	2006	Bretagne	2008	2 <sup>ème</sup> année

### ❖ Les Directeurs de soins :

Les directeurs de soins chargés de formation, issus des quatre IFSI de référence ont été sollicités. Trois ont participé à l'enquête et ont été auditionnés. Leur participation a été essentielle afin de me permettre de mettre en évidence, le rôle du directeur d'IFSI dans la gestion des interruptions, son analyse du phénomène et la façon dont il le gère.

Présentation des Directeurs ayant participé à l'enquête<sup>26</sup>

Directeur	âge	DS depuis	poste	cadre depuis	DE depuis
IFSI de C	51 ans	2007	1 <sup>er</sup> poste	1990	1981
IFSI de M	53 ans	2005	1 <sup>er</sup> poste	1986	1979
IFSI de A	49 ans	2007	1 <sup>er</sup> poste	1990	1981

<sup>25</sup> Source : recueil de données et analyse des entretiens réalisés.

<sup>26</sup> Source : recueil de données et analyse des entretiens réalisés.

### ❖ **Les tutelles**

Une conseillère pédagogique régionale et un représentant du Conseil Régional ont aussi participé à cette étude en raison de leur intérêt pour le thème. Les données recueillies lors des échanges m'ont permis de mettre en évidence les différents points de vue portés sur les interruptions de formation.

### **1.3.3 L'organisation de l'enquête**

#### ❖ **La période d'enquête**

Les entretiens ont été menés sur une période de 4 mois d'avril à juillet 2009. Les premiers entretiens ont été menés auprès des étudiants dans le but de comprendre les facteurs à l'origine des arrêts de formation, puis concomitamment ceux des directeurs. L'enquête s'est achevée par les entretiens avec la conseillère pédagogique de la DRASS et le Conseil Régional début juillet. L'ordre dans lequel les entretiens se sont déroulés était voulu afin de faire coïncider les résultats avec l'évolution de la réflexion sur le thème.

#### ❖ **L'outil**

La technique de l'entretien semi directif a été choisie pour deux raisons majeures. Elle permet d'entrer en relation avec l'autre, de saisir la globalité de l'acteur d'une part et favorise les échanges interactifs d'autre part. Cette technique donne de l'autonomie aux acteurs (interviewer comme interviewé), permet la relance, la reformulation et laisse une liberté plus grande à l'interviewé pour développer les points qui lui semblent plus importants. C'est ce qui fait la richesse de cet outil dont les guides sont présentés en annexes<sup>27</sup>. Cependant, ce type d'enquête ne peut prétendre être exhaustif.

#### ❖ **Les limites de l'enquête**

Une première limite tient au caractère restrictif de l'échantillon qui ne peut conduire à la généralisation des résultats. En effet, compte tenu de la difficulté à obtenir la participation des étudiants, une approche qualitative s'est révélée plus judicieuse.

Une seconde limite tient à l'interprétation et à l'utilisation des résultats. En effet certaines interprétations sont inabouties car Il est difficile de prendre en compte toute l'individualité des interlocuteurs et il est parfois inadéquat de relancer« à chaud » des éléments livrés par l'interviewé.

Enfin, une troisième limite tient au fait que je n'ai abordé que les interruptions à la demande de l'étudiant ce qui donne un caractère restrictif à l'enquête.

---

<sup>27</sup> Annexes 3, 4 ,5

## 2 Faire émerger les causes d'interruption et les limites de collaboration.

Ce chapitre a pour objet de mettre en évidence les causes d'interruption et les limites de la collaboration des directeurs en place avec les tutelles. L'analyse porte sur une enquête qualitative, c'est pourquoi il me sera impossible d'exploiter toutes les clefs de compréhension du phénomène. En effet, dans le but de respecter les propos des acteurs, les résultats portent principalement sur ce qui a été exprimé lors des entretiens.

Les résultats sont présentés en trois points intégrant la logique des hypothèses de départ.

Tableau récapitulatif des interruptions sur les différents IFSI, réalisé à partir des données recueillies au cours des entretiens.

	promotion 2005-2008	promotion 2006-2009	promotion 2007-2010 *	promotion 2008-2011 **
IFSI de C 71 ESI par promo	NR	0 0%	9 12.67%	3 4.25%
IFSI de M 105 ESI par promo	26 25%	14 13.33%	18 17.15%	7 6.66%
IFSI de A 40 ESI par promo	9 22.5%	6 15%	8 20%	2 5%
IFSI de V 95 ESI par promo	8 8.42%	10 10.52	6 6.3%	2 2.14%
moyenne	18.5%	9.75%	14%	4.5%

\* sur les deux premières années de formation

\*\* sur la première année de formation seulement

De ce tableau et des données énoncées antérieurement se dégagent plusieurs éléments d'analyse. D'une part, le pourcentage moyen d'interruptions retrouvé dans l'enquête est légèrement inférieur aux chiffres énoncés dans les données documentaires étudiées. Ce pourcentage ne tend pas à augmenter depuis la mise en place de l'arrêté du 21 avril 2007. D'autre part, les pourcentages sont très variables selon les régions mais semblables dans les deux IFSI géographiquement proches (IFSI de A et IFSI de M), ce qui tend à prouver que le phénomène est représentatif par région. De ces deux constats, je retiendrai la nécessité pour le DSF, de s'appuyer sur les indicateurs spécifiques à l'IFSI

géré et celle de travailler en région, afin de pouvoir adapter ses réponses au plus près de la situation étudiée.

## **2.1 Des critères multifactoriels à recenser et à prendre en compte**

### **2.1.1 Les causes liées au profil des étudiants**

Les déterminants du profil des étudiants sont nombreux mais chacun d'entre eux ne peut, à lui seul, être une cause suffisante d'interruption. En fait, c'est leur juxtaposition qui favorise la prise de décision de l'étudiant. Parmi les critères les plus souvent retrouvés, il est impossible de faire abstraction de l'âge de l'étudiant (plus il est jeune, plus il est vulnérable), des difficultés financières, de la motivation et du rapport au travail qui a évolué avec les jeunes générations.

#### **❖ La vulnérabilité liée à l'âge ou à l'histoire de vie**

Sur les huit étudiants interviewés, sept sont entrés en formation à un âge inférieur ou égal à vingt ans ce qui tend à confirmer la vulnérabilité liée à la jeunesse (ce critère ne pouvant toutefois être généralisé compte tenu de la faiblesse de l'échantillon étudié).

En outre, la séparation familiale<sup>28</sup> si elle est associée à la jeunesse peut être vécue comme une contrainte supplémentaire comme pour Pauline, entrée en formation à 19 ans dans un IFSI distant de son lieu d'origine pour qui la séparation a été trop dure à supporter : *« je me suis retrouvée seule, séparée de mes parents, de mon copain dans un appartement. Je n'avais aucune amie au départ... »*. L'âge et le manque de maturité ont ainsi favorisé le renoncement.

L'histoire de vie peut aussi influencer fortement une décision. Ainsi, Frédéric, âgé de vingt et un ans au moment de son abandon n'a pas pu concilier son homosexualité qui était *« stigmatisée »* selon lui et les contraintes de la formation : *« trop lourd à gérer, je me sentais vulnérable... j'étais gêné en stage, avec le recul je me dis que j'avais peut-être tort...quoi qu'il en soit, aujourd'hui je me sens prêt à tout recommencer »*.

#### **❖ Les difficultés financières**

Les difficultés financières sont régulièrement retrouvées dans les raisons invoquées. *« Le logement est un poste important du budget et l'IFSI ne propose pas de possibilité de logement. Il n'y a pas d'internat, il faut se débrouiller tout seul pour le logement »*<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Cité deux fois par les étudiants

<sup>29</sup> Baptiste ancien étudiant de deuxième année, région Bretagne.

De plus, pour la grande majorité des ESI enquêtés<sup>30</sup>, l'aide financière est apportée par les parents ou une bourse. Les étudiants ayant recours à un travail, même à temps partiel est inexistante dans le cadre de cette enquête. Pour autant, il me paraît important de maintenir ce déterminant en tant que facteur de risque. En effet, il faut tenir compte des difficultés réelles que peuvent rencontrer les étudiants devant concilier études et travail car ce facteur d'influence a été mis en évidence dans toutes les sources documentaires consultées pour cette recherche.

Face aux difficultés financières des ESI, les directeurs adoptent des positions différentes. Ainsi j'ai pu mettre en évidence deux attitudes opposées. La première visait à prendre en compte systématiquement les difficultés rencontrées et à proposer des aides aussi ponctuelles soient elles. Pour une autre, le positionnement consistait à ne pas interférer dans les problèmes des étudiants « *je n'entreprends rien en amont, je n'interviens que si l'ESI vient me solliciter* »<sup>31</sup>.

#### ❖ La motivation

Quelles sont les motivations des jeunes pour le métier d'infirmière ?

« *Faire le bien ( ), soulager ( ), aider les gens ( ), travailler dans le milieu médical ( ), exercer un métier où les motivations humaines sont fortes* » ou encore, « *c'est un choix exprimé depuis l'enfance* »<sup>32</sup>, sont six raisons positives évoquées à plusieurs reprises mais sans toutefois ressortir de manière exhaustive.

Or, si la motivation est couramment définie comme « *l'ensemble des motifs qui expliquent un acte* »<sup>33</sup> force est de reconnaître que deux réponses quant à elles sont confortées. Il s'agit de « *la représentation sociale du métier qui tend à le considérer comme un métier utile et respectable* » ainsi que « *le choix rationnel, lié à l'existence de débouchés dans un contexte social difficile* »<sup>34</sup>. De ce fait il est possible de dégager que la motivation première n'est pas seulement l'envie d'exercer la profession d'infirmière mais la nécessité de trouver un métier pour lequel il ne sera pas difficile de trouver du travail et donc de s'insérer socialement.

Ce dernier point me conduit à évoquer le changement dans le rapport au travail.

---

<sup>30</sup> Pour 7 étudiants sur 8

<sup>31</sup> Propos de directeur d'IFSI, région Basse Normandie.

<sup>32</sup> Citations des étudiants auditionnés et retrouvées à au moins deux reprises.

<sup>33</sup> Petit Larousse édition 2007

<sup>34</sup> Réponses citées 4 fois sur 8

### ❖ Un rapport au travail et à l'institution qui change

Une certaine image sociale véhiculée par l'histoire de la profession et son idéalisation est souvent à l'origine de la décision de devenir infirmière. Pourtant, *« Entrer en formation, c'est accepter de remettre en question ses manières de penser et d'agir singulières. Guidés par des aspirations qui sont le fruit de leur histoire individuelle, les étudiants en soins infirmiers s'engagent avec une représentation idéalisée de la profession, que leurs expériences en formation vont progressivement transformer. Les aspirations initiales et la confrontation à des modèles identitaires vont conduire l'étudiant à se forger une identité professionnelle »*.<sup>35</sup>

Ainsi, au cours du cursus, l'étudiant est amené à modifier sa conception et sa représentation de la profession en fonction des modèles et des situations qu'il rencontre. Basée sur l'alternance, la formation d'infirmière offre à l'étudiant la possibilité de se confronter à son propre « futur » professionnel très rapidement, surtout lors des situations de stage. De sa capacité à accepter les avantages, les joies mais aussi les difficultés inhérentes au métier, sa motivation peut se renforcer ou s'amoindrir pour faire naître des facteurs de démotivation.

Le mot démotivation n'a jamais été prononcé par les ESI au cours des entretiens mais il est au cœur des échanges avec les DSF. *« Certains ESI ne sont pas prêts à faire des concessions en terme de disponibilité, de contraintes et de responsabilités, souvent lorsque j'ai reçu des étudiants souhaitant arrêter leurs études, ces derniers disent que les responsabilités sont énormes par rapport à la reconnaissance professionnelle »*.<sup>36</sup>

Pour autant à aucun moment, l'un ou l'autre des étudiants interviewés n'a évoqué le salaire, le manque de reconnaissance du diplôme, la difficulté du travail en poste ou de nuit. C'est davantage *« le manque de temps pour faire les soins, pour écouter les patients »*<sup>37</sup> que les ESI évoquent au décours des entretiens. Ainsi, deux d'entre eux ont décidé de demeurer aides soignants. Les étudiants interviewés ne se sont pas limités aux aspects négatifs du métier en renvoyant des stéréotypes comme le travail de nuit, les week-ends ou la fatigue. Il fut aisé de percevoir dans les entretiens que leurs doutes étaient liés à des causes multiples que ces dernières soient intra ou extrinsèques.

Ainsi, sur ce premier point nous avons mis en évidence un certain nombre de déterminants liés au profil des étudiants, d'autres tels que les modalités de recrutement, la formation, les stages et les débouchés vont être abordés tour à tour.

---

<sup>35</sup> BOTTIN I : étudiants en soins infirmiers de deuxième année, crise identitaire, la mise à l'épreuve des motivations. Recherche en soins infirmiers, page 67

<sup>36</sup> Propos de directeur d'IFSI, région Basse Normandie

<sup>37</sup> Propos de Julie, étudiante, Pays de la Loire

## 2.1.2 Les causes liées au recrutement

### ❖ L'orientation scolaire en amont du concours

Les directeurs s'accordent pour mettre en exergue que « *ce ne sont pas les candidats ayant les meilleures notes au concours qui entrent en formation* »<sup>38</sup>. Pour eux, les titulaires d'un bac S (scientifique), s'orientent souvent vers des filières plus nobles. « *Entrent plus particulièrement en IFSI, les candidats issus des filières économiques et sociales et sciences médico sociales, alors que leurs notes au concours sont globalement moins élevées* »<sup>39</sup>.

Pour autant, l'étude des rapports d'activité et le cursus des étudiants de l'enquête ne m'ont pas permis de mettre en évidence un taux d'abandon plus important dans une filière plutôt que dans une autre. Il serait peut-être plus pertinent de se demander pourquoi la profession d'infirmière manque d'intérêt pour les candidats issus des filières scientifiques ?

### ❖ les modalités de recrutement

Les étudiants ne remettent pas en cause les épreuves du concours d'entrée. C'est l'entretien de sélection pour l'admission qui s'avère être « *l'épreuve la plus stressante* ».<sup>40</sup> Par contre, les directeurs remettent en cause les épreuves de manière très forte, évoquant l'image « stéréotypée » attendue par les jurys aux entretiens de sélection.

Le rapport réalisé par la région Rhône Alpes fait apparaître des lacunes quant aux modalités de préparation au concours. Selon une formatrice interrogée au cours de l'étude, « *certaines filières comme SMS et prépa (...) préparent le futur étudiant à la réussite au concours et non à la réussite à la formation* »<sup>41</sup>.

Les épreuves de sélection sont repensées dans le cadre de la mise en application du nouveau référentiel de formation. Elles devraient permettre à terme une sélection plus ciblée des postulants.

## 2.1.3 Les causes liées à la formation infirmière

### ❖ L'enseignement théorique

La densité des emplois du temps est annoncée comme une des difficultés majeures. En effet, le temps de scolarité dans le cursus infirmier est de 35 heures de cours par semaine, ce qui est aussi la durée légale du temps de travail en France. Les étudiants

---

<sup>38</sup> Propos de directeur d'IFSI, région Pays de Loire

<sup>39</sup> Propos de directeur d'IFSI, région Pays de Loire

<sup>40</sup> Propos d'étudiant, cité 3 fois sur 8

<sup>41</sup> LAMBERTON AL, PELEGE P, les interruptions de formation en IFSI, étude des facteurs psychosociaux et préconisations, région Rhône Alpes, septembre 2008, page 8

vivent ce paradoxe comme une contrainte « où se situe le temps personnel de ce fait ? »<sup>42</sup>. Il existe pour eux un décalage important avec ce qu'ils ont vécu pendant leur scolarité (rappelons qu'ils sont dans l'enquête majoritairement issus du cursus scolaire ou universitaire).

Les difficultés se situent aussi au niveau des contenus des cours, les difficultés à faire les liens ont en effet été citées quatre fois. Les étudiants remettent facilement en question le mode d'appropriation des connaissances avec « des apports théoriques souvent inutiles » et « la difficulté à comprendre à quoi cela va pouvoir nous servir ».<sup>43</sup> L'un d'entre eux explique d'ailleurs très bien son vécu « je continuais à travailler comme au lycée, cours appris pour l'évaluation puis oublié,(...) je n'allais en cours que pour ce qui était obligatoire sinon, je me contentais d'apprendre les cours que mes collègues me donnaient »<sup>44</sup>. Cet étudiant avait effectivement des résultats théoriques acceptables mais il s'est vite trouvé dans l'incapacité de faire les liens entre théorie et pratique et a subi un échec sur le terrain. Cet élément facilite la transition sur la difficile expérimentation du stage.

#### ❖ La confrontation difficile à la réalité du terrain

La formation infirmière est fondée sur une alternance entre théorie et pratique. Les étudiants perçoivent dès le début de leur formation la spécificité des aspects psychiques et affectifs inhérents à leur futur métier. Madeleine ESTRYN-BEHAR y fait référence lorsqu'elle cite : « les métiers de relation avec le public, ou, plus encore en relation avec la maladie grave et la mort, sont soumis à des interpellations fortes sur le sens de leur activité »<sup>45</sup>. Médecin du travail à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, elle a mis en évidence les difficultés rencontrées sur le terrain. Les éléments développés dans ce paragraphe facilitent la compréhension des facteurs de risque liés au travail et leur prise en considération, dans le but de mettre en œuvre des stratégies de prévention et/ou d'adaptation qui pourraient être utilisées pour aider les étudiants.

L'adaptation aux contraintes physiques et psychologiques du travail d'infirmière demande à l'ESI des efforts d'adaptation. Très vite, les capacités peuvent se trouver débordées et la souffrance s'exprime alors par des formes nombreuses et inattendues qui sont le résultat d'interactions entre l'individu, son histoire, sa fragilité, les conditions de travail, l'environnement. Lorsque les contraintes sont trop fortes, l'étudiant se trouve en situation d'inadaptation. Dans ce sens, les mots utilisés lors des entretiens sont très proches de ce

---

<sup>42</sup> Propos d'étudiant, cité 2 fois sur 8

<sup>43</sup> Propos d'étudiant, cité 3 fois sur 8

<sup>44</sup> Propos d'étudiant, Baptiste, région Bretagne.

<sup>45</sup> ESTRYN-BEHAR M, 1997, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, Editions ESTEM, introduction

concept théorique emprunté à Madame ESTRYN-BEHAR. Les interviewés n'hésitent pas à évoquer les mots de stress, d'accueil insuffisant, de mauvaises relations, de difficultés d'intégration en stage.

Le manque de temps des professionnels pour l'encadrement a été mis en évidence quatre fois tout comme le manque de temps à consacrer au patient. Les conditions de travail, le rythme, l'insuffisance de personnel pour encadrer, et les exigences des professionnels que ce soit les formateurs ou les référents de stage sont évoqués. C'est surtout à partir de la deuxième année que les problèmes arrivent (six étudiants sur huit ont arrêté leurs études en deuxième année). « *Les exigences sont devenues plus fortes, je n'avais plus droit à l'erreur, tout oubli ou bêtise de ma part était mis en évidence (...) mais j'étais en formation (...), je n'étais pas encore diplômée et il fallait que je sois performante, pourtant je ne connaissais pas le service, je n'avais jamais fait de stage dans cette discipline auparavant* »<sup>46</sup>.

Les directeurs reconnaissent que les conditions d'encadrement se sont dégradées au cours des dernières années. Il y a pénurie d'infirmières, les tensions sont nombreuses, la mise en application de la tarification à l'activité a un impact négatif sur les conditions de travail des infirmiers, « *le temps consacré à l'encadrement des étudiants va en s'amenuisant* »<sup>47</sup> et cette tendance est renforcée par d'autres facteurs d'influence. En effet, depuis l'augmentation des quotas, les IFSI peinent à trouver des terrains de stage propices à un encadrement de qualité et « *nous avons demandé aux services de faire des efforts en terme d'accueil.* »<sup>48</sup> Il faut donc prendre en compte que les unités de soins sont débordées par la multitude des étudiants à encadrer et à former.

#### ❖ L'impact de la gériatrisation

« *Je n'ai pas choisi d'être infirmière pour passer mon temps à m'occuper de vieilles personnes* ». Pauline, 19 ans, étudiante de première année à l'IFSI de M a arrêté ses études très rapidement, dès le mois de mars. Après un stage en gériatrie et un en médecine, elle ne se retrouve pas dans la réalité d'un métier qu'elle a idéalisé. Son projet professionnel la portait vers des études de puéricultrice mais le passage obligé par la formation et sa réalité a eu raison de ses motivations.

L'impact de la gériatrisation du métier est réel. Les étudiants le subissent car ils n'y sont pas préparés en amont. Les représentations sociales du métier étant encore fortement ancré sur des schémas médico-techniques. « *Ce changement de paradigme affecte aussi*

---

<sup>46</sup> Propos d'étudiant, Emilie, région Basse Normandie

<sup>47</sup> Propos de directeur, région Basse Normandie

<sup>48</sup> Propos de directeur, région Pays de Loire

*les professionnels plus confirmés (médecins, soignants) qui vivent mal, voire nient, ces évolutions lourdes vers une gériatrie progressive des structures hospitalières »<sup>49</sup>.*

Pour d'autres, les raisons évoquées sont liées à des situations qui les ont heurtées de manière très forte comme les conditions de prise en charge des personnes âgées : *« je ne supportais pas le fait de les bousculer, c'était de la maltraitance (...) je me suis très vite dit que je n'étais pas faite pour ce métier »*. Julie, n'a pas pu supporter ce qu'elle vivait. La réalité ne correspondait pas à ses représentations.

#### ❖ **Le poids des responsabilités**

Enfin, dans l'échantillon étudié, la peur des responsabilités n'a été mise en évidence qu'une seule fois de manière formelle. Nonobstant, ce déterminant est essentiel. Une des directrices affirme que *« confrontée à un étudiant relatant des difficultés de ce type, (elle) ne cherche pas à retenir ce dernier au risque de former un professionnel incapable d'assumer ses responsabilités »*.<sup>50</sup>

Au final, on perçoit donc bien que les modes de faire des protagonistes n'obéissent pas à des règles posées mais sont le résultat de leurs valeurs, leur éthique ou leurs principes. C'est toute la difficulté, de la formalisation de la conduite à tenir en cas d'interruption de formation, des limites du rôle du directeur et de la collaboration avec les autres acteurs.

## **2.2 Une collaboration IFSI, DRASS et conseil régional existante mais à conforter**

La mise en œuvre de la formation professionnelle concerne plusieurs acteurs de la vie économique et sociale tels que la DRASS, le Conseil Régional et l'établissement d'adossés (lorsque qu'il s'agit d'un IFSI public). Les directeurs d'IFSI se trouvent donc sous une triple tutelle.

La régionalisation des formations sanitaires et sociales pose le problème des responsabilités de chacun, et de l'articulation entre le rôle de la DRASS et du Conseil régional.

---

<sup>49</sup> ALLIOTS S, CUBAS C, HAMMAR H, NOEL M, EL FAHSI-NABILI R, Les causes d'Abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI dans la région Nord-Pas-de-Calais, Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais, 2006/2007.

<sup>50</sup> Propos de directeur, région Pays de Loire

### 2.2.1 Le Conseil Régional

Depuis la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, le champ de compétence du Conseil Régional a été élargi. Cette loi réaffirme le rôle de la région en matière de pilotage de la politique régionale d'apprentissage et de formation professionnelle et lui transfère les compétences en matière de formations sanitaires et sociales.

La responsabilité du Conseil régional concerne la création, l'agrément, le financement des instituts de formation ainsi que la répartition des quotas. En outre, les IFSI s'inscrivent désormais dans le schéma régional des formations professionnelles (SRFP) ayant pour objectif d'équilibrer l'offre de formation et les besoins en matière d'emplois.

L'introduction de cette nouvelle tutelle s'inscrit pour l'instant dans une logique de financement. Cependant, la recherche de qualité et d'efficacité impose une réflexion plus aboutie. Le représentant du conseil régional insiste sur le fait que « *si dans un premier temps le rôle de la région s'est limité à une logique de financement, cette logique évolue vers une approche plus qualitative (...) la mesure du taux de perte par cohorte de promotion est un indicateur important* », cependant « *aucune mesure n'est actuellement mise en œuvre dans la région pour identifier les raisons de ces interruptions* » et « *s'il y a des abandons, peut-être faut-il augmenter les quotas* »<sup>51</sup>. Par ailleurs, au cours de la discussion, il apparaît que si la collaboration entre le Conseil Régional et les directeurs d'IFSI commence à se développer par le biais de la demande des aides ponctuelles, le montage des dossiers de bourse (annexe 7), la collaboration avec la DRASS est quasiment inexistante. Ce positionnement du représentant du Conseil Régional me permet donc de mettre en exergue l'intérêt porté aux abandons en cours de formation dans le principe. Pour autant les mesures proposées sont très limitées et ne sauraient à elles seules constituer des mesures efficaces. Aussi, il me paraît opportun de faire le lien avec le positionnement de la conseillère pédagogique régionale interrogée.

### 2.2.2 La Direction régionale de l'action sanitaire et sociale

Le rôle de la DRASS concerne tous les aspects pédagogiques et organisationnels de la formation. La conseillère pédagogique régionale assiste au conseil pédagogique et assure le contrôle du projet pédagogique et du règlement intérieur. Par le biais du conseil pédagogique, elle « *prend connaissance des interruptions de formation et donne son avis sur le parcours des étudiants* »<sup>52</sup>. Son positionnement vis-à-vis de la motivation des arrêts de formation est clair. Elle voit trois raisons majeures. En premier lieu, les difficultés en

---

<sup>51</sup> Propos regroupés de la responsable du Conseil Régional interviewée.

<sup>52</sup> Propos de la conseillère pédagogique

relation avec les représentations du métier qui interviennent très vite, dès la première année et « *il ne faut pas chercher à retenir les étudiants* ». Deuxièmement, « *la peur des responsabilités* » qui sont souvent le fait des arrêts en deuxième et troisième année. Enfin, il faut retenir les difficultés financières. « *Il y a de plus en plus d'étudiants en difficulté, il faut essayer de les aider au mieux en leur donnant les moyens d'accéder aux bourses par le biais du conseil régional* », « *généralement, si ces derniers s'arrêtent, temporairement, ils reprennent leurs études et sont de bons professionnels* ». <sup>53</sup>

Pour cette conseillère, le décret du 21 avril 2007, relatif aux interruptions de formation a été une erreur car il a « créé » un biais dans la gestion des abandons. « *Ce texte complexifie la tâche des DSF, il oblige à garder les dossiers pendant cinq ans (...) et demain qu'en sera-t-il ? (...) nous aurons des parcours en quatre à six ans, interrompus par des périodes de travail (...) Comment les DSF arriveront ils à gérer ces flux ?* ».

Ce second entretien m'a permis de mettre en évidence qu'au niveau de la DRASS, la préoccupation est forte sur la problématique des arrêts de formation, qu'elle s'appuie sur des indicateurs issus des données fournies par les Directeurs mais que les préconisations ne vont pas dans le même sens que pour le Conseil Régional. La décision de chercher à retenir ou pas l'étudiant est elle issue d'un véritable travail de réflexion interprofessionnel ?

Tout autant, la conseillère pédagogique préconise aux DSF d'avoir systématiquement un entretien avec l'étudiant souhaitant arrêter ses études, « *il faut arriver au face à face, pour voir où la personne en est, et en fonction des raisons qui la motivent, conseiller un redoublement, proposer un arrêt temporaire ou aider pour l'obtention d'une aide financière* ». Elle cite aussi que « *sur une autre région, un étudiant a abandonné sans jamais avoir rencontré la directrice de son IFSI* ». Enfin, elle préconise de ne « *jamais chercher à retenir à tout prix* ».

De ce second point, je retiendrai que des actions sont menées à la fois par la DRASS et le Conseil Régional mais que ces actions restent trop ponctuelles et ne relèvent pas encore d'une collaboration concertée et planifiée. Il me paraît donc important de réfléchir aux moyens de développer ce partenariat. Dans le cadre de la mise en place du nouveau référentiel de formation, peut-être que la participation conjointe des tutelles à l'élaboration du schéma régional des formation serait un moyen de favoriser cette collaboration espérée de manière conjointe. Celle-ci sera sans aucun doute possible dans le cadre de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS).

En attendant que cette collaboration soit optimale, les directeurs développent des actions sociales au sein de leurs établissements.

---

<sup>53</sup> Propos regroupés de la conseillère pédagogique régionale.

### **2.3 Un volet social présent mais non formalisé**

Chaque IFSI relevant de l'enquête a un ou plusieurs projets. Les projets pédagogiques sont rédigés et affinés pour tous mais un seul a écrit son projet d'école<sup>54</sup> et aucun n'a développé de volet social.

Aucun des IFSI de l'étude n'a d'internat. Ces derniers lorsqu'ils existaient ont été supprimés depuis environ une dizaine d'années. Deux des établissements offrent des chambres ou des studios mais leur nombre est trop limité pour accueillir l'ensemble des étudiants qui requièrent un logement. Aucune place en foyer de jeunes travailleurs ou dans des foyers d'hébergement n'est réservée en amont afin de les proposer aux ESI.

Néanmoins, les directeurs ont à cœur de faciliter l'accès au logement pour les étudiants qu'ils reçoivent en formation, tiennent à jour des tableaux d'affichage : offres de locations de particuliers, chambres chez l'habitant, offre de colocation ou logement gratuit moyennant services à la personne. Les modalités d'accès aux bourses sont aussi affichées sur ces tableaux ainsi que les données utiles pour adhérer aux mutuelles étudiantes proposées.

Des directeurs ont œuvré afin d'offrir aux étudiants un accès au self de l'établissement d'adossé à un tarif préférentiel ou la création d'un self propre à l'IFSI. Par ailleurs, il existe parfois un local dédié aux étudiants et équipé des appareils ménagers indispensables. Ce type d'installation leur permet de prendre les repas qu'ils apportent et ne rend pas le repas au self obligatoire. En Bretagne, une procédure a été mise en place afin de faciliter les déplacements étudiants sur la base du co-voiturage. Ce système à l'initiative de l'équipe pédagogique est relayé et géré par les étudiants qui s'organisent et se regroupent pour leurs déplacements. Ce mode de fonctionnement a comme intérêt de diminuer sensiblement les frais inhérents aux trajets. Enfin, en Pays de Loire, une directrice a mis en place « la demi journée porte ouverte », temps consacré à recevoir les étudiants sans prise de rendez-vous préalable, afin qu'ils puissent exposer les problèmes et ou difficultés rencontrées. En fonction de la situation, elle gère ou délègue le problème évoqué par l'étudiant. Ce dispositif est intéressant mais chronophage il ne peut se concevoir que dans un IFSI de petite importance.

Les mesures mises en place par chacun des IFSI sont efficaces et judicieuses. Elles s'inscrivent dans une logique de prise en compte des problèmes sociaux rencontrés par les étudiants afin de favoriser leur scolarité et de diminuer le coût de formation. L'intérêt serait toutefois d'inscrire ces actions dans un cadre procédural et d'en informer les instances. Ainsi intérêts et limites seraient mesurés et une réflexion régionale pourrait s'en suivre.

En conclusion partielle, je peux mettre en évidence que l'analyse des données relatée dans cette seconde partie me permet de confirmer au moins partiellement les hypothèses de départ. Les déterminants à l'origine des interruptions de formations sont globalement connus mais ne sont pas répertoriés et analysés. Les abandons sont traités de manière quantitative mais l'aspect analyse qualitative reste à développer. Les directeurs doivent développer leur collaboration avec les instances afin d'inscrire la gestion des abandons dans les travaux régionaux. Les actions initiées dans le cadre du volet social doivent se pérenniser et s'inscrire dans un plan social.

Intéressons nous donc dans l'axe trois à proposer des actions à mettre en place afin de favoriser la prise en compte des interruptions et d'améliorer leur gestion.

### 3 Restreindre les interruptions

Tout directeur d'IFSI est responsable de la formation dispensée dans son établissement. De ce fait, il a l'obligation de rechercher les facteurs en cause dans les interruptions de formation. En tant que future directrice d'IFSI, au regard de des recherches documentaires et des éléments retenus dans l'analyse des entretiens, il me paraît intéressant de retenir plusieurs axes d'actions qui pourraient être envisagés afin de restreindre le nombre des interruptions de formation ou à défaut de les gérer de manière plus efficace. Ces propositions porteront sur le recrutement, la pédagogie, les représentations, le profil des étudiants et le volet social. Cependant, je me permets d'insister sur le fait qu'elles n'ont aucun caractère exhaustif.

#### 3.1 Revoir l'organisation du recrutement

Le concours d'entrée en IFSI (programme de 1992) reposait sur plusieurs épreuves. *« Les épreuves de sélection sont au nombre de trois : deux épreuves d'admissibilité et une épreuve d'admission qui consiste en un entretien avec trois personnes membres du jury... »*<sup>55</sup>

La mise en place du nouveau référentiel de formation prévoit le maintien de deux épreuves une écrite et une orale<sup>56</sup>. Il convient d'escompter que ces épreuves permettront d'assurer une sélection optimale des étudiants entrant en formation. En effet, pour le SNICS, la promotion professionnelle infirmière doit s'envisager non pas par un *« appauvrissement du contenu de formation mais en s'attachant au niveau de recrutement. La qualité des soins impose d'avoir des exigences de haut niveau. Ce n'est pas en abaissant le niveau de pré requis à la formation initiale que nous y parviendrons »*. Certaines modalités pourraient être envisagées afin de permettre une sélection plus affinée des futurs étudiants. Pour l'instant, le dossier scolaire de l'étudiant n'est pas étudié. Il serait pourtant possible de mettre en place un diagnostic pédagogique en amont du concours afin de voir si l'étudiant présente les critères requis pour entrer en formation. L'épreuve orale pourrait être remplacée par un échange de type argumentation sur la base d'un dossier construit par l'étudiant dont le sujet porterait sur *« ses représentations de la profession et ses motivations »*. Ce document serait remis au jury afin qu'il soit évalué sur le fond et sur la forme. Deux notes, un écrit et un oral valideraient l'épreuve.

---

<sup>55</sup> Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'état d'infirmier.

<sup>56</sup> Propos de la conseillère pédagogique nationale EHESP, juin 2009

### 3.2 Mettre en place des actions liées à la pédagogie

La rentrée 2009 marque l'avènement du référentiel de formation et de la nouvelle ingénierie pédagogique. « *Le nouveau programme représente un changement à différents niveaux, en terme de philosophie, de fond, d'organisation et d'évaluation* »<sup>57</sup>. Déjà utilisée par l'Education Nationale et les Universités, la formation par compétence est novatrice pour les formations sanitaires et fonde une ingénierie pédagogique singulière. Dix compétences (annexe 8) sont ainsi déclinées à partir du référentiel d'activités. Cinq compétences sont spécifiques au métier d'infirmière et cinq autres compétences sont dites transversales entre les formations sanitaires.

Les finalités de la formation se déclinent comme suit :

- « *le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.*
- *L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle.*
- *L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habilités gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.*
- *L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.*
- *L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.*
- *Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. »*<sup>58</sup>

Les changements majeurs se retrouvent au niveau de l'apprentissage qui s'organise autour de compétences à acquérir, à partir de situations professionnelles ou d'apprentissage. Il s'agit de favoriser chez l'étudiant le questionnement et l'analyse sur sa pratique, la recherche personnelle d'informations lui permettant de s'adapter aux

---

<sup>57</sup> KOZLOWSKI Joëlle, Soins Cadres de santé, supplément n°68, page 6

<sup>58</sup> Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

différentes situations, de s'impliquer, d'individualiser sa formation et de tendre ainsi vers la professionnalisation.

L'approche par pathologies prévalentes lui permettra d'en comprendre le processus et favorisera sa capacité à transférer ses acquis d'une pathologie à l'autre.

L'approche repensée des méthodes de travail intégrant les technologies de l'information et de la communication permettra d'innover en matière de recherche documentaires, de pédagogie et donnera plus d'autonomie à l'étudiant pour ses recherches.

L'organisation de la formation en 6 semestres avec 50% de temps de formation et 50% de temps stage sur une période de formation écourtée (3 ans) va contribuer à donner de la souplesse au parcours et à l'individualisation de la formation. Ainsi, l'étudiant aura la possibilité d'effectuer son cursus au gré de ses possibilités ou de ses contraintes.

Les stages sont moins nombreux mais plus longs à partir du quatrième semestre permettant l'intégration, le développement des capacités et la confrontation à la réalité professionnelle dans des situations réelles.

Un tableau comparatif présenté en annexe 9 permettra au lecteur de mieux cerner les transformations par rapport au programme de 1992.

Pour la conseillère pédagogique nationale « *ce nouveau référentiel va obliger les instituts à modifier les modalités pédagogiques, les contenus la manière d'enseigner* », les équipes pédagogiques auront à modifier leurs organisations pour se centrer sur l'étudiant et non pas sur le contenu. Ce nouveau référentiel va demander une adaptation des compétences des formateurs. Un important travail d'anticipation est à accomplir à la fois sur l'ingénierie pédagogique, le partenariat IFSI et terrains de stage et l'élaboration des procédures tutoriales de stage.

### **3.3 Modifier les représentations sur la profession**

Nous avons mis en évidence que la majorité d'étudiants entrent en formation sitôt le cursus secondaire terminé. Titulaire du baccalauréat, ils n'ont bien souvent aucune expérience professionnelle, et leur représentation du métier est basée sur une image sociale valorisante mais qui ne prend pas assez en compte la géiatriisation de la profession. Comment la profession est elle présentée en classe de troisième, en seconde et même en terminale ?

Le nouveau référentiel de formation met l'accent sur la prise en charge des personnes âgées, handicapées, chroniques. Il est important de changer le regard soignant sur les personnes qui fréquentent les lits d'hôpitaux, de revaloriser la prise en charge des personnes âgées. S'il convient de commencer à la base, c'est-à-dire au niveau de la formation initiale, il faut aussi proposer des actions de formation continue valorisant les connaissances et les compétences dans les soins liés au grand âge.

Serait-il possible d'envisager un partenariat avec l'Education Nationale afin que des actions d'information soient apportés aux collégiens, aux lycéens sur la réalité professionnelle infirmière. Il serait utile de mettre en avant les aspects positifs du métier : valorisation de la responsabilité, diversité des lieux d'exercice professionnel, débouché vers un emploi stable mais contraignant dans le sens où le métier évolue vers une prise en charge des personnes âgées.

Le métier ne se limite pas aux représentations de feuilletons tels qu'« Urgences ». Pourquoi ne pas réaliser des films publicitaires valorisant le métier, favoriser l'émergence des « vocations » en projetant une série télévisée mettant en actions, un groupe infirmières, exerçant dans différents lieux professionnels et en accordant la place privilégiée à ceux qui sont les plus représentatifs, c'est-à-dire les personnes âgées. C'est un moyen qui pourrait peut-être valoriser la prise en charge des personnes âgées dans notre société au lieu de les stigmatiser.

### **3.4 Mieux gérer les interruptions**

La gestion organisée des interruptions de formation passe par la mise en place de procédures définies, rédigées, s'inscrivant dans le principe de certification des IFSI et dans la concertation d'un travail mené en région avec les tutelles (DRASS et Conseil Régional).

#### **3.4.1 Prévenir les abandons**

Il est possible de mettre en place une procédure proposant des actions concrètes comme :

- La construction d'outils de suivi (enquête ciblée auprès des étudiants afin de mettre en évidence les critères de causalité de l'interruption, répertorier ces critères, tenir des tableaux de bords).
- La mise en place d'actions correctrices et la mesure de l'atteinte des résultats obtenus après mises en place des actions (à chaque fin de cohorte par exemple).
- Le partage de l'information, des études comparatives entre IFSI d'une même région et la prise en compte des actions menées dans les IFSI où les résultats sont les meilleurs.

De telles procédures devraient permettre le suivi en temps réel des étudiants en situation de report ou abandon, d'en assurer la traçabilité, de permettre l'analyse qualitative et quantitative des interruptions. Ces mesures nécessitent de surcroît la formation d'une secrétaire afin d'assurer la réactivité.

De toute façon, du fait de la diversification des parcours avec une individualisation plus marquée ce type d'outil est amené à se généraliser dans le suivi des étudiants et élèves

en formation. Il permettra de repérer la récurrence des phénomènes et d'en assurer la traçabilité.

### **3.4.2 Accompagner la réintégration**

Actuellement, le suivi réglementaire des étudiants est effectué avec une certaine complexité. Les reprises de formation, seraient facilitées par des modalités précises d'accompagnement de la réintégration dans la formation. Il convient ainsi de :

- Clarifier le rôle des différents acteurs concernés, « qui fait quoi »,
- Définir un courrier de demande de réintégration,
- Organiser l'entretien d'évaluation de la situation avant réintégration.

Suite à l'entretien avec l'étudiant et au bilan réalisé, il serait envisageable d'organiser l'accompagnement. Un référent formateur responsable de l'étudiant aurait pour mission de déterminer avec ce dernier les modalités de sa réintégration. Il convient que l'ESI puisse : obtenir facilement des rendez-vous pour entretien et suivi, assister aux cours en auditeur libre afin de se repositionner, effectuer un stage de remise à niveau, avant sa réintégration.

La construction d'un outil de suivi s'avère indispensable (cet outil sera bâti en équipe pédagogique ou en groupe de région).

### **3.5 Développer le volet social**

*« La réussite et l'épanouissement des étudiants dans leur formation supérieure ne passe pas uniquement par une offre de formation adaptée. Un environnement favorable à l'enrichissement individuel et collectif est également indispensable. Celui-ci repose sur le logement, l'accès à la culture et aux sports. Sans en avoir la compétence légale, la Région promeut une meilleure qualité de vie des étudiants, et de fait, se préoccupe des différents aspects qui concerne tout étudiant. Une meilleure qualité de vie est également propice au développement de la citoyenneté »<sup>59</sup>, « au vu des situations de précarité et de chômage qui touchent les jeunes (...) le projet fixe comme horizon la sécurisation de leur parcours... »<sup>60</sup>.*

Dans le cadre du volet social, le rôle du directeur n'est pas « de faire avec ou pour l'étudiant » mais de le conseiller et de l'orienter vers les personnes ressources. Il serait envisageable avec l'aide de l'établissement d'adossement ou les tutelles de :

---

<sup>59</sup> Schéma régional éducation et formation, 2007-2011, Conseil régional des Pays de la L...

<sup>60</sup> | Schéma régional éducation et formation, 2007-2011, Conseil régional des Pays de la L..., Op.cit

- Développer l'accès à un service social pour les aider à construire leurs dossiers de bourse,
- Travailler en partenariat avec le conseil régional afin de faire évoluer le montant des aides : un montant adapté à la situation précise de l'étudiant avec l'engagement de valider les études et l'obligation de servir auprès d'un établissement public de santé. Un tel dispositif serait-il envisageable ?
- Mettre en place des contrats où l'étudiant rémunéré pendant ses études, doit un nombre d'années à l'établissement payeur. Ce moyen permet à l'étudiant de vivre décemment pendant sa formation et fidélise l'étudiant à l'établissement. Ces contrats ne seraient pas forcément pris avec l'établissement où se déroule la formation mais avec des hôpitaux ayant des difficultés à recruter. Par ailleurs ce principe favorise la mobilité géographique.
- Développer l'accès au logement, en recherchant les partenariats possibles avec des établissements comme les lycées dont les internats partiellement vides pourraient être rénovés et rendus accessibles aux ESI. En effet, il est mis en avant que « *le logement correspond au premier poste budgétaire d'un étudiant, en moyenne 312 euros par mois* ». <sup>61</sup>
- Gérer les problèmes liés aux déplacements. La formation étant basée sur un principe d'alternance entre période de formation à l'IFSI et période de stage, les ESI doivent effectuer de nombreux stages qui les obligent à se rendre parfois assez loin de leur domicile. Bien que des indemnités kilométriques de stage leur soient versées, il faudrait réfléchir comme cela a été mis en place dans un IFSI de Bretagne à la faisabilité d'organiser le co-voiturage et augmenter les indemnités kilométriques des étudiants qui prennent effectivement leur véhicule. Ce principe serait basé non pas sur un forfait par étudiant et par kilomètre mais sur un calcul prenant en compte la réalité des trajets effectués et le nombre d'étudiants se regroupant. Cependant ce principe aurait pour limite l'organisation des horaires de stage qui devraient coïncider pour les étudiants voyageant ensemble.
- favoriser un accès au self de l'établissement d'adossé à un tarif préférentiel si l'IFSI ne dispose pas de son propre self, mettre à leur service un local repas avec possibilité de réchauffer des plats et/ou accès à des distributeurs.
- Améliorer la qualité de vie des étudiants en matière de prévention et d'éducation à la santé. Dans ce sens, l'IFSI pourrait développer des partenariats ciblés avec les services inter universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Ce type de projet pourrait en toute logique s'inscrire dans le cadre d'un programme régional.

---

<sup>61</sup> Ibidem

## Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence que le secteur de la santé connaît des évolutions considérables se traduisant par l'amélioration globale de la santé et l'allongement de la durée moyenne de vie, que cette tendance aura pour conséquence une augmentation de la population, notamment population âgée de plus de soixante cinq ans. Ces évolutions démographiques cumulées aux nombreux départs en retraite programmés vont avoir à court moyen terme un impact sur les besoins en personnel de santé. Malgré l'augmentation des quotas des instituts de formation en soins infirmiers favorisant ainsi l'accès à la formation, les abandons en cours d'étude représentent une déperdition importante qu'il convient de prendre en considération. Les enjeux sont importants à la fois pour les étudiants qui doivent se réorienter mais aussi pour les directeurs responsables d'IFSI dont le rôle est de promouvoir la formation infirmière.

En tant que future directrice d'IFSI, ce travail m'a permis de me rapprocher de l'expérience vécue par les étudiants en situation d'interruption, de comprendre leurs motivations et de faire émerger un certain nombre de déterminants. Les entretiens réalisés avec les directeurs en poste, ont favorisé l'analyse de leurs expériences et la recherche de la juste distance par rapport aux situations d'interruptions de formation. J'ai ainsi pu mettre en évidence un ensemble de facteurs utiles à tout directeur d'IFSI dans la gestion de ces situations et proposer des actions favorisant leur prise en compte et leur gestion.

Prendre à cœur le problème des interruptions est important car il concerne différents acteurs, les étudiants certes mais aussi, les directeurs et les tutelles. Si l'augmentation des quotas a favorisé l'accès d'un plus grand nombre d'étudiants en formation, elle a aussi entraîné des contraintes. Le quota d'étudiants par formateur est plus élevé leur laissant moins de temps à consacrer à chacun. Les directeurs peinent à trouver des terrains de stage performants. Le nombre d'étudiants présents sur les lieux de stage a augmenté, ce qui représente des difficultés d'encadrement pour les professionnels car le contexte est actuellement difficile. Le texte favorisant les interruptions de formation a fait émerger une modification des comportements. Il faudra tenir compte de ces nouvelles contraintes dans la gestion des IFSI pour les années à venir. Les parcours seront modulables en fonction des besoins des étudiants et les flux d'étudiants seront disparates d'un semestre à un autre. Les formateurs, les tuteurs et les directeurs devront adapter l'ingénierie de manière régulière afin de faire coïncider les organisations au plus près des besoins de la population à former.

Au terme de cette étude sur les interruptions de formation, j'ai pu mettre en évidence que les phénomènes à l'origine des arrêts sont complexes et qu'il serait inadéquat de penser qu'il soit possible d'en mesurer tous les mécanismes. La décision d'une interruption relève généralement à la fois de mécanismes pédagogiques, professionnels, identitaires mais aussi individuels. *« Si l'engagement de l'étudiant dans la formation est guidé par sa trajectoire et les aspirations ancrées dans son histoire, les expériences et le contexte de formation jouent également un rôle non négligeable. Lorsque l'étudiant se trouve engagé dans une formation qui ne contribue pas à la réalisation de ses aspirations et qui le met en porte à faux vis-à-vis de son modèle de référence, l'issue possible est l'absentéisme ou l'opposition. »*<sup>62</sup>

Par ailleurs, *« dans le cas de la formation initiale des infirmières, la construction se heurte à l'instabilité identitaire d'un groupe professionnel qui cherche encore les chemins de la reconnaissance »*.<sup>63</sup>

Mais cette observation serait a elle seule, sujet à un autre travail de recherche.

---

<sup>62</sup> BOTTIN I : étudiants en soins infirmiers de deuxième année, crise identitaire, la mise à l'épreuve des motivations. Recherche en soins infirmiers, page 90

<sup>63</sup> BOTTIN I : Ibidem.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

### Décrets

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de la fonction publique hospitalière. Ministère de la santé de la Jeunesse et des Sports. Journal officiel du 23 avril 2002.

### Arrêtés :

Ministère de la santé de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier. Journal officiel du 07 août 2009.

Ministère de la santé de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 21 avril 2007, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Ministère de la santé de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 30 mars 1992, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers.

Ministère de la santé de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier et d'infirmière modifié par l'arrêté du 28 septembre 2001.

## Ouvrages

Conseil Régional des Pays de la Loire, 2007-2011, Schéma Régional d'éducation et de formation.

DENOMME JM, ROY M, 1998, *Pour une pédagogie interactive* : Gaétan MORIN éditeur.

DUBOIS FRESNEY C, PERRIN G, 2005, quatrième mise à jour, *Le métier d'infirmière en France* : PUF, collection Que sais je, Vendôme impressions.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital* : Editions ESTEM.

## Articles de périodiques

BOITTIN Isabelle, mars 2002, « Etudiants en soins infirmiers de deuxième année, crise identitaire, la mise à l'épreuve des motivations » : *Recherche en soins infirmiers* n°68.

GLICKMAN V, 2002, *Education permanente* n°152.

KOZLOWSKI Joëlle, janvier 2009 : « Un référentiel de formation infirmière pour une formation à réinventer », **Soins cadres de santé**, supplément numéro 68, pages 6 à 9.

SICART D, Janvier Mars 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », Dossiers Solidarité et Santé, *La Documentation Française*, n°1.

Marie-Ange PROVE DELEPLACE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2009

WARNET S, Octobre 2007 « Dossier : La profession infirmière d'hier à aujourd'hui », *la revue de l'infirmière*, n°134.

## **Rapports**

CAPRON J, février 2005, « *Etude de la déperdition des étudiants en soins infirmiers dans la région Nord-Pas-de-Calais* », DRASS de la région Nord-Pas-de-Calais.

CHARDON O, ESTRADE, M-A et TOUTLEMONDE F, Décembre 2005, *Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom*, *Premières Informations Premières Synthèses*, DARES n°50.1.

Direction des Formation Sanitaires et Sociales de la Santé et de la Solidarité, LAMBERTON A L, PELEGE P, Septembre 2008, « *Les interruptions de formation en Instituts de Formations aux Soins Infirmiers, Etude des facteurs psychosociaux et préconisations* ».

Ministère de la santé et des solidarités, Mars 2007, DHOS et Observatoire de la Fonction Publique, *Etude prospective sur les métiers de demain : tendances d'évolution à 5/10 ans*, rapport annuel 2004-2005, La Documentation française, Paris.

Ministère de la santé et des solidarités, 2005, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), *Synthèse générale*.

## **Thèses et Mémoires**

ALLIOT S, CUBAS C, HAMMAR H, NOEL M, EL FAHSI-NABILI R, 2006-2007, Recherche – action en Master 2 professionnel de Sociologie et Développement Social Option Stratégie du développement social : *Les causes d'abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI dans la région Nord- Pas de Calais*, UFR Sciences de l'Education et de la Société.

## **Base documentaire interne aux établissements étudiés**

- Projets pédagogiques des IFSI de A, C et M
- Projet d'école de l'IFSI de M
- Projet institutionnel de l'IFSI de V

## **Liens Internet**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, visité en février 2009, disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques/etudes-recherches-statistiques-sante/direction-recherche-etudes-evaluation-statistiques-2-.html>

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale), visité en juin 2009

[http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Infirmi%C3%A8re\\_Magazine](http://fr.wikipedia.org/wiki/L'Infirmi%C3%A8re_Magazine), visité en juin 2009

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1            Observatoire de la fonction publique : extrait du rapport annuel 2004-2005.
- Annexe 2            Evolution des quotas en IFSI – Evolution démographique des professions de santé.
- Annexe 3            Législation relative aux interruptions de formation.
- Annexe 4            Grille des entretiens réalisés avec les étudiants en soins infirmiers
- Annexe 5            Grille des entretiens réalisés avec les Directeurs de soins chargés de formation
- Annexe 6            Grille des entretiens réalisés avec les Tutelles de région (DRASS - Conseil régional).
- Annexe 7            Législation relative à l'attribution des bourses
- Annexe 8            Les 10 compétences du référentiel de formation
- Annexe 9            Tableau comparatif des programmes de formation de 1992 et de 2009

## **Annexe 1 : Observatoire de la fonction publique : Rapport annuel 2004-2005,**

452 466 infirmiers étaient recensés en 2005 (données ADELI)

La FPH connaîtrait 383 000 départs à la retraite d'ici 2015, ce qui représentent 55% de ses effectifs de 1999

Services de soins : - 279 418 (-56%), avec un volume annuel de départ qui double à partir de 2010

❖ <b>Infirmiers :</b>	<b>-54% (-93 997), pic en 2011</b>
❖ <b>IBODE</b>	<b>-50% (-2 137), pic à partir de 2014</b>
❖ <b>IADE</b>	<b>-49% (-3 147), pic à partir de 2014</b>
❖ <b>Infirmières puéricultrice</b>	<b>-46% (-2 737), pic en 2012</b>
❖ Aides-soignants	-57% (-99 641)
❖ ASHQ et ASH :	-49% (-42 274)
❖ Rééducateurs :	
○ Pédicures - podologues	-53% (-43)
○ orthoptistes	-53% (-90)
○ orthophonistes	-48% (-607)
○ Masseurs - kinésithérapeutes	-47% (-2 594)
○ Psychomotriciens	-32% (-468)
○ Diététiciens	-32% (-632)
○ Ergothérapeutes	-31% (-392)
❖ Sages-femmes	-50% (-3 475)

## **Annexe 2 : Evolution des quotas en IFSI :**

### **Evolution démographique des professions de santé :**

L'ensemble des IFSI comptait 16 117 places en 1983.

Les quotas ont diminué jusqu'à 13 897 places en 1989.

A partir de 1993 d'importantes augmentations sont intervenues et cela bien avant les autres professions paramédicales. La croissance a été régulière jusqu'en 2003.

Depuis 2004, les quotas ont atteint le nombre de 30 000 places en IFSI. Par conséquent, la croissance du nombre d'infirmiers devrait se poursuivre et atteindre 650 000 IDE en 2025 (bien sûr sur l'hypothèse du maintien des quotas au niveau de 2004).

Les effectifs passeraient de 423 000 IDE en 2003 à :

450 000 en 2009,

500 000 en 2014 et,

550 000 en 2020.

Ce qui représenterait une croissance annuelle moyenne de 1,7% à partir de 2007.

L'âge moyen des infirmiers en 2005 était de 42,6 ans (source ADELI). Etant donné les quotas actuels, cet âge moyen devrait baisser et atteindre 39 ans en 2010.

En 2005, 73% des infirmiers travaillaient dans le secteur hospitalier (dont les  $\frac{3}{4}$  dans le secteur public ; 8,2% en établissement privés PSPH ; 14% étaient des infirmiers libéraux (11% en 1988) ; 16,8% étaient dans le secteur privé lucratif <sup>64</sup>

---

SICART Daniel, Dossiers Solidarité et santé : « Les évolutions démographiques des professions de santé », La Documentation Française, Janvier -Mars 2006, n° 1,

### **Annexe 3 : Législation relative aux interruptions de formation**

**Arrêté du 21 avril 2007, paru dans le Journal Officiel du 10 mai 2007 :**

« **Art. 38.** – Une interruption de formation, quel qu'en soit le motif, ne peut excéder trois ans, durant lesquels l'étudiant conserve le bénéfice des notes obtenues antérieurement à celle-ci. Au-delà de cette durée, l'étudiant perd le bénéfice de la formation acquise. Il conserve néanmoins pendant deux années supplémentaires le bénéfice des épreuves de sélection.

La formation est reprise au point où elle avait été interrompue, selon des modalités fixées après avis du conseil pédagogique.

Un telle interruption n'est possible qu'une seule fois pour toute la durée de la formation.

« **Art. 39.** – L'étudiant qui souhaite interrompre sa formation pour des raisons personnelles doit adresser par écrit sa demande au directeur de l'institut de formation. Il bénéficie de droit d'un report de formation et de la réintégration dans la formation, dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 38. »

**Article 25 abrogé de l'Arrêté du 21 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au DE infirmier.**

« **Art. 25** - En cas d'interruption de la scolarité pour des raisons justifiées, et avec l'accord du médecin inspecteur de santé publique en fonction dans le département du lieu de l'installation de formation, l'étudiant conserve pendant un an le bénéfice des évaluations déjà acquises durant la période de formation. La scolarité est reprise l'année suivante au point où elle avait été interrompue.

Au-delà de cette durée, les conditions de reprises de la scolarité sont fixées par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil technique. »

## **Annexe 4 : Guide d'entretien étudiant**

Je vous remercie d'accepter de réaliser cet entretien. Son but est de rechercher des éléments d'analyse les raisons des interruptions de formation des étudiants en soins infirmiers. J'effectue ce travail dans le cadre de mon mémoire de directeur de soins.

Acceptez-vous d'être enregistré ?

Je vais vous demander dans un premier temps de vous présenter puis nous aborderons ensemble, la question de votre interruption de formation.

### **1) Pour commencer, j'aimerais que l'on parle de vous : racontez-moi qui vous êtes :**

Votre prénom, votre âge, contexte familial, conditions de vie.

### **2) Quel a été votre itinéraire scolaire avant l'entrée en IFSI ?**

Parcours scolaire à partir du secondaire : établissements (public/ privé - internat /externat), filière choisie, éventuels redoublements, difficultés rencontrées.

Facilités, origine du projet de devenir infirmier, y avait-il d'autres projets conjoints ?

### **3) Découverte du métier d'infirmier :**

Motivations, pourquoi ce métier ? Conditions du concours, choix de l'IFSI.

### **4) Pendant la durée de formation :**

Contexte personnel : date d'entrée en formation, à quel âge, lieu de vie, situation familiale, ressources, financement des études, les cours : difficultés ressenties (contenus, supports, conditions). Capacités d'adaptation à l'enseignement (quelle différence par rapport aux précédentes études). Relations avec les formateurs, vécu du suivi pédagogique. Résultats obtenus.

Les stages : accueil, interactions avec les professionnels, avec les patients. Ressenti face à la réalité du métier, décalage par rapport aux attentes.

### **5) Abandon de la formation :**

Pourquoi avez-vous abandonné vos études ? Difficultés principales pendant le temps de la formation : personnelles, relatives à la formation, Quelles ont été les aides apportées, par qui ? L'arrêt de formation : contexte, décidé ou imposé, pourquoi. Les étapes, l'état d'esprit, les réactions de l'entourage des formateurs ?

### **6) Maintenant :**

Quel a été votre parcours depuis l'arrêt de la formation ? Que faites vous maintenant ?

(Activité professionnelle, réorientation,...) est ce cela que vous souhaitez ?

Aujourd'hui, quel est le regard que vous portez sur cette interruption de formation ?

**7) et demain :**

Envisagez vous de reprendre vos études ?

Si non, qu'est-ce qui aurait pu vous permettre de poursuivre votre formation ?

**8) avez-vous quelque chose à ajouter ?**

**Je vous remercie de votre aimable collaboration**

## **Annexe 5 : Guide d'entretien Directeur des soins chargé de formation**

Je vous remercie d'accepter de réaliser cet entretien. Son but est de rechercher des éléments d'analyse sur la gestion des interruptions de formation des étudiants en soins infirmiers. J'effectue ce travail dans le cadre de mon mémoire de directeur de soins.

Acceptez-vous d'être enregistré ?

Je vais vous demander dans un premier temps de vous présenter et de présenter l'établissement puis nous aborderons ensemble, la question des interruptions de formation.

### **1) Pour débiter, si je vous demandais de vous présenter :**

- Parcours professionnel, ancienneté, diplômes.
- Définition de la fonction et des activités dans l'IFSI.

### **2) Pourriez vous me présenter votre établissement ?**

- Histoire de l'établissement
- Nombre d'étudiants, taille des promotions, contexte pédagogique, organisations difficultés
- évolution du profil des étudiants depuis votre prise de fonction

### **3) En tant que directeur vous sentez vous concerné par les interruptions de formation (en quoi et pourquoi) - pouvez vous argumenter votre réponse par des exemples ?**

### **4) Les arrêts en cours de formation :**

- Existe-t-il des données formalisées à ce sujet dans l'établissement
- situations d'abandon en cours de formation : profil type d'étudiant ? Moment de précis dans la scolarité ? Motif d'arrêts qui reviennent le plus souvent ? Façon dont les arrêts de formation sont accompagnés par l'établissement ?

### **5) pensez-vous que les interruptions de formation soient bien gérées dans votre IFSI ?**

- comment repérez vous les étudiants en difficulté ?
- Y a-t-il des dispositifs de prévention mis en place dans l'établissement ?
- Quelles améliorations préconisez vous dans votre mode de gestion ?

**6) Quelles sont les places respectives de la DRASS et du conseil régional dans la gestion des interruptions de formation ?**

**7) Le projet d'école :**

- pouvez vous me parler du projet d'école
- avez-vous développé un axe projet social dans votre projet d'école ?
- que représente t'il pour vous ?
- quelles sont les actions que vous avez mises en œuvre dans le cadre de ce projet ?

**8) Avez- vous quelque chose à ajouter ?**

**Je vous remercie de votre aimable collaboration**

## **Annexe 6 : Guide d'entretien réalisé avec les Tutelles de région ( DRASS – Conseil régional)**

Je vous remercie d'accepter de réaliser cet entretien. Son but est de rechercher des éléments d'analyse sur la gestion des interruptions de formation des étudiants en soins infirmiers. J'effectue ce travail dans le cadre de mon mémoire de directeur de soins.

Je vais vous demander dans un premier temps de vous présenter et de présenter l'établissement puis nous aborderons ensemble le sujet suivant l'angle de vos missions.

### **1) Pour débiter, si je vous demandais de vous présenter :**

- Parcours professionnel, ancienneté, diplômes.
- Définition de votre fonction et de vos activités.

### **2) Pourriez vous me présenter les missions que vous avez auprès des IFSI ?**

### **3) En tant que tutelle vous sentez vous concerné par les interruptions de formation (en quoi et pourquoi) - pouvez vous argumenter votre réponse ?**

### **4) pensez-vous que les interruptions de formation soient bien gérées dans les IFSI - pouvez vous argumenter votre réponse ?**

### **5) Quelles sont les places respectives de la DRASS et du conseil régional dans la gestion des interruptions de formation ?**

### **6) Quels sont les enjeux des interruptions de formation pour les tutelles ?**

### **7) Quels seraient les leviers possibles pour restreindre ces pertes ?**

### **8) Avez- vous quelque chose à ajouter ?**

**Je vous remercie de votre aimable collaboration**

## **Annexe 7 : Législation relative à l'attribution des bourses**

### **Règlement d'attribution des aides aux étudiants du secteur sanitaire et social, applicable à partir du 1er juillet 2007**

La loi du 13 août 2004 transfère aux Régions l'organisation et le versement des aides en faveur des étudiants en formation sanitaire et sociale. L'attribution de cette aide dépend des ressources du demandeur ou de sa famille s'il lui est rattaché fiscalement et des charges que le demandeur doit supporter (enfant, handicap, éloignement géographique...).

Les aides régionales comportent 5 échelons et l'aide annuelle est comprise entre 1315 et 3554 euros par an. Le mandatement se fait généralement en plusieurs fois au cours de l'année.

La bourse est cumulable avec l'allocation chômage et le RMI.

L'étudiant s'engage alors à une assiduité aux cours et à la présence aux examens. En cas d'absences répétées et injustifiées, d'exclusion ou d'abandon de la formation, l'étudiant peut être tenu de reverser une partie de l'aide reçue.

En cas de redoublement, l'étudiant peut continuer à bénéficier des aides régionales pour un seul et unique redoublement au cours de la formation engagée.

Les changements de situation intervenus N-2 doivent faire l'objet d'une déclaration. Un évènement exceptionnel survenant en cours d'année et diminuant durablement et notablement les ressources de l'étudiant peut faire l'objet du réexamen du dossier de l'étudiant sur demande écrite accompagnée d'un rapport établi par un travailleur social.

## **Annexe 8 : Les 10 compétences du référentiel de formation**

5 compétences spécifiques au métier :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

5 compétences transversales :

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer, former des professionnels et des personnes en formation

### **Annexe 9 : tableau comparatif des deux programmes de formation**

Thèmes	programme de 1992	référentiel de compétences 2009	différence
durée de la formation rentrée sortie	3 ans et 7 semaines dernier lundi de septembre fin novembre de la 3 <sup>ème</sup> année	34 mois premier lundi de septembre fin juin 2012 pour la 1 <sup>ière</sup> promotion	5 mois de formation en moins
nombre de semestres	absence de semestrialisation	semestres par an – 1 semestre universitaire = 20 semaines- 6 semestres = 120 semaines = 4 200 h	semestrialisation
total des heures de formation	4 760 heures	4 200 heures	570 heures en moins
temps théorique et personnel	2 380 heures  35 heures par semaine	60 semaines de 35 heures = 2100 heures 35 heures par semaine	8 semaines en moins
durée des stages	68 semaines de 35 heures = 2 380 h	60 semaines de 35 heures = 2100 heures	8 semaines en moins
Domaines de savoirs	organisation modulaire, modules spécifiques et transversaux et modules optionnels	organisation en UE contributives et transversales plus 2 unités optionnelles	suppression des modules, apparition des unités d'enseignement
modalités pédagogiques	prédominance de la méthode déductive, savoirs abordés à partir de la théorie, 2 <sup>ième</sup> temps études de situations cliniques.  <u>4 thèmes de modules spécifiques :</u> 1 Santé publique et éducation 2 Sémiologie 3 Pathologie 4 Actions infirmières	prédominance de la méthode inductive, les savoirs sont abordés autour des situations afin de mobiliser les compétences pour comprendre, agir et transférer. <u>Les UE couvrent 6 champs</u> 1 Sciences humaines, sociales et droit 2 Sciences biologiques et médicales 3 Sciences et techniques IDE- Fondements 4 Sciences et techniques IDE – interventions 5 Intégration des savoirs et postures	Changement d'approche pédagogique  Construction du programme différente

Thèmes	programme de 1992	référentiel de compétences 2009	différence
Principes pédagogiques	<p>articulation des la formation autour des connaissances professionnelles, cohérence entre : objectifs de formation, principes pédagogiques et pratiques professionnelles, renforcement des sciences humaines, accent sur la pédagogie active</p> <p>développement de la créativité et de l'adaptabilité, responsabilisation de l'ESI,</p> <p>projet professionnel</p> <p>suivi pédagogique (accompagnement, développement de l'étudiant). entraînement réflexif, donner du sens à ses actions,</p>	<p>articulation de la formation autour de l'acquisition des compétences, importance accordée aux situations professionnelles, modalités pédagogiques orientées vers construction des savoirs par l'étudiant.</p> <p>entraînement réflexif, donner du sens à ses actions,</p> <p>parcours de formation, progression individuelle,</p> <p>autonomie, responsabilité = chemin vers la professionnalisation</p>	<p>principes centrés sur : les situations professionnelles, l'individualisation du parcours de formation, la construction du savoir par l'étudiant</p> <p>l'entraînement réflexif,</p> <p>parcours individuel</p> <p>professionnalisation</p>
liens compétences et UE	<p>5 champs de compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- responsabilité</li> <li>- compétences intellectuelles,</li> <li>- compétences relationnelles,</li> <li>compétences gestuelles,</li> <li>- adaptabilité</li> </ul>	<p>10 compétences,</p>	<p>10 compétences à acquérir chaque compétence correspond à un nombre d'UE.</p>

Thèmes	programme de 1992	référentiel de compétences 2009	différence
langue étrangère	enseignement possible, non obligatoire	cours d'anglais obligatoire	obligation de dispenser des cours d'anglais
Méthodes de travail		UE spécifiques méthodes de travail	Formalisation des méthodes de travail
stages intitulés répartition  durée par semaine nuits suivi de l'étudiant	intitulés par discipline 20 semaines en 1 <sup>ière</sup> année (5 x4 sem) 20 semaines en 2 <sup>ième</sup> année (5 x4 sem) 20 semaines en 3 <sup>ième</sup> année (3 x4 sem + 1 x8 sem)	intitulés par type de prise en charge 15 semaines en 1 <sup>ière</sup> année (3x5sem) 20 semaines en 2 <sup>ième</sup> année (2 x 10 sem) 25 semaines en 3 <sup>ième</sup> année (1x7 sem + 1x8 sem + 1x10 sem)	durée des stages qui augmente d'année en année. plus de souplesse laissée à l'organisation.  changement de la terminologie, évolution des rôles. maître de stage responsable de l'organisation du stage tuteur référent pédagogique (lien avec l'IFSI) et personnel encadrant qui suit l'étudiant au quotidien.
évaluations théoriques  pratiques	évaluations théoriques par année  MSP	validation de chaque UE – 1 UE= une note= un coefficient. Chaque UE validée est capitalisée et permet la validation d'un semestre. à la fin du stage, évaluation des compétences acquises sur la base de critères	ECTS simulations, travaux écrits, principe de capitalisation et de compensations. disparition des MSP- le Portfolio, outil d'évaluation certificative.