

PROJET DE FORMATION 2026–2031

Ua

Diplôme d'État d'infirmière

*Licence parcours santé mention
sciences infirmières*

« Une professionnalisation
intégrative, universitaire et
territoriale, par la recherche »

UA



Groupe des IFSI – Université d'Angers - Département de sciences infirmières
(DeSI)



TABLE DES MATIERES

Table des matières.....	2
Préambule	4
Identité, ambition et finalité de la formation.....	5
Continuité assumées avec le projet antérieur	5
Structures porteuses du projet de formation	6
> Les IFSI du TUS	6
> Le Département de Sciences Infirmières (DéSI)	7
Une formation pleinement professionnalisante et universitaire	7
Valeurs socles	9
Orientations stratégiques	10
Articulation avec le Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2023–2028	10
Adéquation de l’offre de formation avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2023-2028 (SRFSS)	11
Architecture du référentiel 2026	15
Evolution de la gouvernance sur 2025 et 2026	15
Données structurantes du référentiel	16
Les cinq domaines de compétences	17
Les sept principes pédagogiques réglementaires	18
Cadre théorique et modèle de progression	21
Choix théoriques : Benner et Steinaker & Bell d’après Landers	21
Matrice de progression adaptée au cursus 2026	24
Le cadre disciplinaire choisi	25
Attendus et finalité de la formation	27
Première année : entrer dans la profession, apprendre à voir, nommer, relier	29
> Progression par domaine en 1ère année	30
> En conclusion pour la première année	31
Deuxième année : consolider le raisonnement, passer de l’exécution guidée à l’action argumentée	32
> Progression par domaine en 2ème année.....	33
> En conclusion pour la deuxième année	34
Troisième année : intégrer, coordonner, décider dans l’incertitude relative et affirmer sa posture de professionnel débutant	35
> Progression par Domaine en 3 ^{ème} année	35
> En conclusion pour la troisième année.....	37

Déclinaison pédagogique du dispositif.....	41
Une alternance intégrative	41
Méthodes pédagogiques	41
Situations emblématiques et complexification.....	43
Cadre de consolidation et personnalisation.....	44
Fonction du cadre de consolidation.....	44
Offre d'unités de consolidation « parcours » envisagés à ce jour.....	45
Offre d'unités de consolidation « domaines » envisagés à ce jour	47
Formation clinique, simulation et interprofessionnalité.....	48
Parcours de stage	48
Pilotage, qualité et évaluation du projet.....	49
Conclusion	51
Références.....	51
Liste des tableaux.....	53
Liste des figures	53

PREAMBULE

Le présent projet de formation définit le cadre stratégique, pédagogique et organisationnel commun de la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier et à la licence au sein du groupement des instituts associés à l'Université d'Angers. Il actualise le projet 2025-2026 au regard de l'arrêté du 20 février 2026, de la progression pédagogique commune et du dossier d'accréditation.

Le projet de formation est un document essentiel pour toute structure de formation. Son élaboration invite à réfléchir sur l'évolution de la formation des professionnels de santé, ici les infirmiers en tenant compte des enjeux nationaux, régionaux et territoriaux.

Il constitue un cadre partagé : il garantit l'équité, la cohérence académique et le niveau d'exigence commun, tout en laissant à chaque institut la responsabilité de contextualiser les séquences et d'organiser son alternance dans le respect des principes semestriels, des maquettes, des modalités de contrôle des connaissances et des compétences, et des décisions du conseil de département.

Il se veut être également un document de référence et de communication interne et externe.

Principe directeur — Le curriculum n'est pas une juxtaposition d'unités d'enseignement. Il organise une trajectoire graduée qui relie sciences infirmières, expérience clinique, recherche, réflexivité, prévention, collaboration interprofessionnelle et responsabilité professionnelle.

IDENTITE, AMBITION ET FINALITE DE LA FORMATION

Continuité assumées avec le projet antérieur

Depuis 2016, la faculté de Santé de l'Université d'Angers et les Instituts de Formation en Soins Infirmiers du département 49 se sont engagés dans une coopération sur leurs missions respectives de recherche et d'enseignement. L'IFSI du Centre hospitalier du Mans a ensuite rejoint les 3 autres instituts (Angers, Cholet, Saumur) dépassant les frontières du GHT et préfigurant l'entrée dans le Territoire Universitaire de Santé (TUS) comme d'autres composantes.

Cette coopération s'est structurée tout d'abord dans le cadre d'une convention puis dans la création d'un Département Universitaire de Sciences Infirmières (DéSI). Ce projet est maintenant abouti puisque la faculté de santé, par la modification de ses statuts en janvier 2019 a permis la naissance de ce département couvrant ainsi les deux missions, de l'enseignement et de la recherche.

Le département de sciences infirmières a pour mission de concevoir, coordonner et évaluer la politique de formation et de recherche en sciences infirmières. Il garantit la cohérence académique, pédagogique et scientifique des formations relevant de son champ, favorise leur adossement à la recherche et organise les coopérations entre l'université, les instituts de formation, les établissements de santé, les terrains de stage et les acteurs territoriaux. Il contribue à la réussite des étudiants, à la qualité des formations, à l'innovation pédagogique, au développement professionnel continu et au rayonnement national et international des sciences infirmières.

Structures porteuses du projet de formation

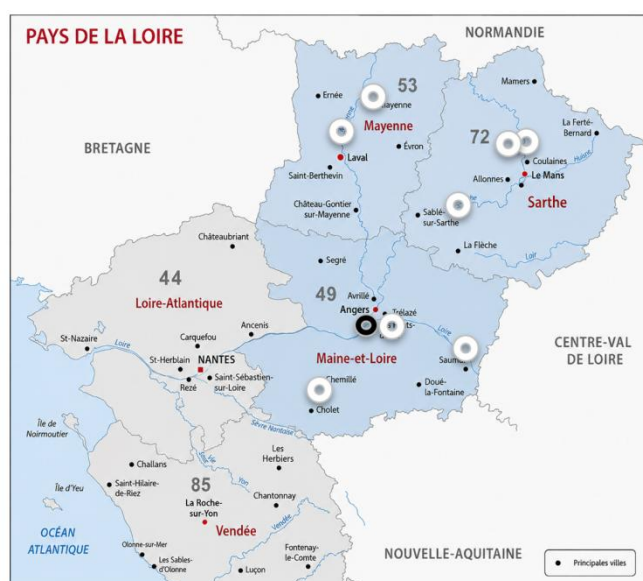
Elles sont au nombre de trois : La faculté de santé, le département des sciences infirmières et les IFSI publics comme privés des départements du 49, 53, 72 correspondant au TUS (Tableau 1) (Figure 1).

> Les IFSI du TUS

Structure de formation	Nombre d'étudiants par promotion
IFSI d'Allonnes	63
IFSI d'Angers	175
IFSI de Cholet	110
IFSI du Mans	160+90
IFSI de Mayenne	92
IFSI Croix Rouge de Laval	80
IFSI du pole sante Sarthe et Loir	60
IFSI de Saumur	90

Tableau 1 – Liste des IFSI du TUS et nombre d'étudiants par promotion de chaque institut

	Département de l'hémi-région Ouest
	Département de l'hémi-région Est (TUS)
	Faculté de Santé de l'Université d'Angers
	IFSI



> Le Département de Sciences Infirmières (DéSI)

Le DéSI est un département universitaire support de la co-construction de la formation en soins infirmiers entre les IFSI du territoire et la faculté de santé. Un département universitaire constitue une structure de coordination académique : il ne se limite pas à organiser des enseignements. Il articule formation, recherche, qualité, réussite étudiante, ressources, partenariats et stratégie disciplinaire.

Pour ses missions en lien avec les enseignements en IFSI, le DéSI s'appuie sur des valeurs de collaboration au service d'une intelligence collective ; le tout, porté par une organisation démocratique (représentation de toutes les IFSI au sein des instances). Cette approche engage les équipes pédagogiques et administratives autour de :

- Prises de décisions partagées,
- Informations organisées et partagées,
- Mutualisations des compétences et des ressources,
- Reconnaissance de la responsabilité de chacun des acteurs,

La démarche retenue par les instituts repose sur une dynamique collective visant à harmoniser les pratiques grâce au partage d'expériences et d'expertises, dans une logique d'amélioration continue de la qualité des dispositifs pédagogiques.

Une formation pleinement professionnalisante et universitaire

La réforme de 2026 confirme une formation de niveau 6 inscrite dans l'espace européen de l'enseignement supérieur, délivrant 180 ECTS sur six semestres. Elle articule la responsabilité académique de l'université, l'expertise pédagogique des IFSI, l'apprentissage clinique en stage et la contribution des personnes soignées, des professionnels, des territoires et des partenaires. L'adossement à la recherche ne se réduit pas à un travail de fin d'études : il irrigue le raisonnement clinique, l'analyse critique, l'intégration des données probantes, la qualité et l'amélioration des pratiques.

Le projet conserve l'ambition d'une formation d'utilité sociale, innovante, exigeante sur le plan professionnel, adossée à la discipline des sciences infirmières, interprofessionnelle et ouverte à l'international.

Il prolonge cinq orientations : accompagner les parcours et la réussite ; accompagner l'évolution des métiers et des compétences ; répondre aux besoins de santé du territoire ; renforcer l'universitarisation et la recherche ; développer les coopérations, le leadership et l'ouverture européenne.

Le développement de partenariats Erasmus est aussi une priorité affichée dans une perspective disciplinaire ouverte sur l'Europe, en particulier auprès des partenaires européens de l'Université d'Angers.

La formation doit permettre :

- d'ajouter une dimension scientifique à un métier souvent considéré comme pratique, qui s'apprend majoritairement par compagnonnage, au lit du patient.
- d'être formé à sa discipline des sciences infirmières et ainsi avoir l'opportunité d'accéder à un rôle de partenaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire dont chaque membre possède des savoirs propres, des pratiques mais reconnaît le besoin de mutualiser ses compétences pour dispenser des soins véritablement centrés sur la personne soignée et son entourage.

La finalité est de former un infirmier débutant diplômé capable de :

- conduire une prise en soins sûre, contextualisée, argumentée et éthique ;
- de prescrire dans les limites de son champ ; de contribuer à la prévention et à la santé populationnelle ;
- de travailler, communiquer et coordonner en équipe ;
- d'utiliser le numérique en santé ; d'appuyer ses décisions sur des données probantes ;
- et d'inscrire son activité dans une démarche d'amélioration continue.

Valeurs socles

Les dispositifs de formation initiale infirmière sont très imprégnés de valeurs humanistes qui sont le socle de notre profession et que nous pouvons définir comme suit (Tableau 2) :

- Solidarité : Capacité à s'entraider et à coopérer au service de la personne soignée et du collectif de soins.
- Empathie : Capacité à comprendre ce que vit et ressent la personne soignée, tout en maintenant une juste distance dans la relation de soin.
- Responsabilité : Capacité à assumer ses décisions et ses actes professionnels, dans le respect de la personne, de la sécurité et de l'éthique du soin.
- Engagement : Implication personnelle et professionnelle au service de la personne soignée, de la qualité des soins et de la profession infirmière.

Ces valeurs sont un pont entre l'étudiant et la personne soignée et cette notion d'engagement responsable se retrouve dans notre projet. Dans une approche systémique, elles lient les professionnels des instituts de formation.

Ces valeurs trouvent également leur traduction dans nos points d'attention pour la formation de professionnels compétents.

Valeur	Traduction dans le dispositif
Humanisme et dignité	Soin centré sur la personne, respect de son autonomie, prise en compte de l'expérience et participation de la personne à la formation.
Solidarité et équité	Attention aux vulnérabilités, lutte contre les inégalités de santé et d'accès à la formation, accompagnement proportionné aux besoins.
Responsabilité	Sécurité, traçabilité, raisonnement argumenté, respect du droit, de la déontologie, de l'éthique et du périmètre d'exercice.
Engagement	Participation active, travail en équipe, contribution à la santé des territoires et au développement de la profession.

Valeur	Traduction dans le dispositif
Réflexivité et rigueur scientifique	Analyse de l'action, questionnement des évidences, recours aux données probantes et amélioration continue des connaissances et compétences.
Écoresponsabilité	Formation à la santé environnementale, aux concepts d'éco-soins et aux impacts du changement climatique.

Tableau 2 – Valeurs du Département de sciences infirmières de la Faculté de santé de l'Université d'Angers

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Articulation avec le Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2023–2028

Le Projet Régional de Santé (PRS) place la territorialisation, la concertation et la participation citoyenne au cœur de sa démarche.

Les enjeux de santé sont donc majeurs et les axes du PRS des Pays de la Loire s'accordent avec les priorités pédagogiques du projet de formation.

Ainsi, les compétences acquises par les infirmiers formés dans ce cadre, permettront d'apporter une réponse adaptée aux priorités de santé ligériennes.

Ses cinq priorités sont traduites en compétences, situations d'apprentissage, partenariats et unités de consolidation (Tableau 3).

Priorité du PRS	Réponse du projet de formation	Leviers curriculaires
Réduire les inégalités de santé	Former au concept d'aller-vers, à la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de santé, à la littératie et à l'adaptation des interventions.	Domaines B et C ; santé publique ; stages en soins primaires et vulnérabilité ; PRAPS.
Citoyen acteur de sa santé et de son parcours	Développer la décision partagée, l'éducation thérapeutique, l'autonomie, le	C1 ; communication D1 ; simulations ; patients partenaires ; UEC maladies chroniques.

Priorité du PRS	Réponse du projet de formation	Leviers curriculaires
	partenariat avec les personnes soignées et leurs proches.	
Autonomie et inclusion des personnes âgées et handicapées	Comprendre les parcours de vie et de santé, prévenir la perte d'autonomie, soutenir les aidants et favoriser la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.	UEC risque/perte d'autonomie ; stages type 4 ; D2 ; soins palliatifs.
Accès aux soins adaptés, au bon moment et au bon endroit	Renforcer les soins primaires, les compétences d'orientation, de coordination, de raisonnement clinique et de réponse aux situations aiguës ou complexes.	A, B et D ; stages types 1 à 4 ; UEC soins critiques, santé mentale et situations complexes.
Leviers du changement : RH, numérique, investissements	Développer un leadership, la coopération, numérique responsable, l'innovation, la recherche et l'attractivité des métiers.	D1 à D4 ; E1 à E3 ; simulation ; interprofessionnalité ; accompagnement à la réussite.

Tableau 3 – Articulation curriculaire de la Licence en Sciences infirmières avec le Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2023–2028 (Source : ARS Pays de la Loire, PRS 2023–2028, page institutionnelle actualisée le 27 juin 2025).

Adéquation de l'offre de formation avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2023-2028 (SRFSS)¹

Porté par la Région en lien avec de nombreux acteurs, le schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) détermine la feuille de route à suivre pour construire collectivement une offre de formation en cohérence avec les ambitions de la jeunesse et les besoins de la population.

¹ Extrait tiré du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales 2023/2028 « La région agit pour former les futurs professionnels sanitaires et sociaux dans nos territoires »

Le SRFSS porte quatre ambitions :

Ambition n° 1 : Accroître l’attractivité des formations et des métiers du secteur sanitaire et social

- Objectif : 1 : Moderniser la communication et l’information sur les métiers du secteur sanitaire et social et sur les formations qui y mènent
 - Mesure 1 : Promouvoir les métiers et les formations du secteur sanitaire et social en s’appuyant sur des notions mobilisatrices
 - Mesure 2 : Développer et encourager les dispositifs de communication par les pairs pour attirer plus fortement vers ces formations et métiers, notamment lors des événements régionaux.
- Objectif 2 : Innover au service de l’attractivité des formations et métiers du secteur sanitaire et social
 - Mesure 3 : Renforcer le recours aux technologies et outils innovants dans les actions d’orientation

Ambition n° 2 : Adapter l’offre de formation pour répondre aux besoins croissants de la population ligérienne

- Objectif 3 : Renforcer l’agilité et la souplesse de l’offre de formation sanitaire et sociale en lien avec l’évolution des besoins de la population ligérienne
 - Mesure 4 : Observer l’évolution des besoins du secteur et partager les diagnostics
 - Mesure 5 : Accroître l’agilité et l’adaptation de l’appareil de formation.
- Objectif 4 : Poursuivre le déploiement de réponses variées et innovantes au service de la qualité des formations sanitaires et sociales
 - Mesure 6 : Poursuivre le développement de l’alternance dans les formations sanitaires et sociales
 - Mesure 7 : Encourager le déploiement des innovations pédagogiques et des expérimentations, l’hybridation des formations et la professionnalisation des acteurs, en accord avec l’évolution des pratiques du secteur.

Ambition n° 3 : Favoriser la réussite des apprenants en formation sanitaire et sociale

- Objectif 5 : Garantir des conditions d'accueil et de vie satisfaisantes aux apprenants durant leur parcours de formation
 - Mesure 8 : Accroître l'accessibilité des formations sanitaires et sociales pour les personnes en situation de handicap
 - Mesure 9 : Poursuivre les efforts pour prévenir et lutter contre la précarité des apprenants en formations sanitaires et sociales.
- Objectif 6 : Renforcer l'accompagnement et le suivi régulier des apprenants sur l'ensemble de leur parcours de formation
 - Mesure 10 : Consolider les actions d'accompagnement en amont de la formation
 - Mesure 11 : Renforcer l'accueil, le suivi et l'accompagnement des apprenants, notamment durant leurs périodes de stage.

Ambition n° 4 : Penser l'installation durable des futurs professionnels au sein des territoires ligériens

- Objectif : 7 : Fidéliser les futurs professionnels du secteur sanitaire et social sur les territoires
 - Mesure 12 : Encourager les liens entre les instituts de formations sanitaires et sociales et les employeurs du secteur, en lien avec les collectivités locales soucieuses de l'attractivité de leur territoire, pour favoriser l'installation des futurs professionnels
 - Mesure 13 : Simplifier et fluidifier l'accès à la formation tout au long de la vie (FTLV) et les reconversions professionnelles.

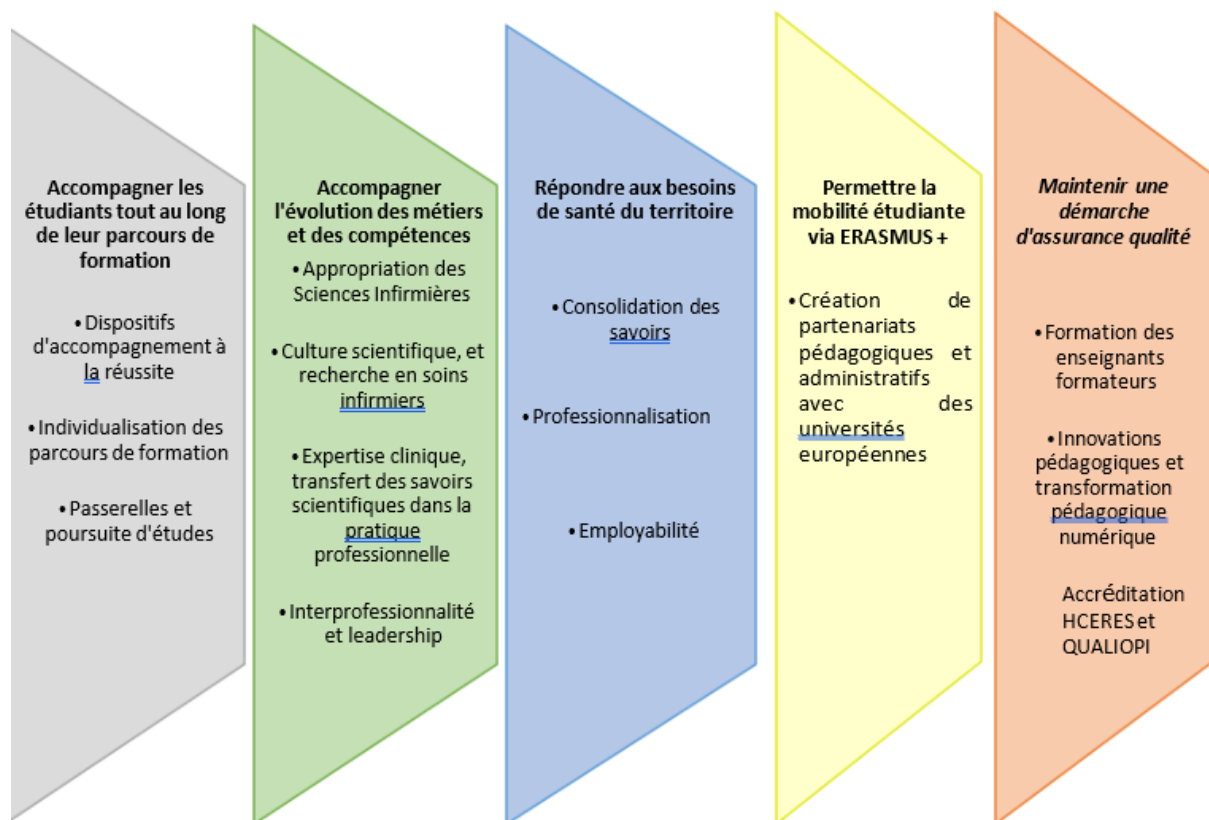


Figure 1 – Les 5 axes stratégiques de la Licence en Sciences infirmières du Département de sciences infirmières de la Faculté de santé de l'Université d'Angers

ARCHITECTURE DU REFERENTIEL 2026

Evolution de la gouvernance sur 2025 et 2026

La loi du 24 décembre 2025 consacre une évolution significative des missions et des responsabilités confiées aux infirmiers, en reconnaissant l'élargissement de leurs compétences cliniques, l'affirmation de leur autonomie professionnelle et leur participation accrue aux parcours de soins. Cette évolution impose que la formation initiale garantisse un haut niveau d'exigence scientifique et clinique, permettant aux futurs professionnels de développer un raisonnement clinique structuré, une capacité d'analyse fondée sur les données probantes et une aptitude à s'inscrire dans des organisations de soins en mutation. La professionnalisation s'entend ainsi non seulement comme l'acquisition progressive de compétences techniques et relationnelles, mais également comme la construction d'une posture réflexive et responsable, en cohérence avec les attentes contemporaines du système de santé.

L'universitarisation de la formation infirmière soutient cette évolution. Elle vise à intégrer pleinement la formation dans le champ de l'enseignement supérieur, à en garantir la qualité scientifique et pédagogique et à assurer son adossement effectif à la recherche. L'Université assume la responsabilité académique de la formation, en veillant à la cohérence des enseignements, à leur conformité aux standards nationaux et européens et à leur inscription dans une dynamique disciplinaire en sciences infirmières.

Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, pour leur part, assurent le dispositif pédagogique et l'accompagnement des étudiants, dans une articulation étroite avec les exigences universitaires et de professionnalisation. Cette organisation traduit une complémentarité institutionnelle au service d'une formation professionnalisante et académique.

L'inscription de la formation infirmière dans l'espace européen de l'enseignement supérieur, conformément aux principes du processus de Bologne, renforce cette dynamique. L'architecture en cycles Licence, Master et Doctorat, l'attribution de crédits européens et la référence à des standards partagés de qualité garantissent la lisibilité internationale du diplôme et favorisent la mobilité des étudiants et des enseignants. Cette dimension européenne contribue à situer la formation

infirmière française dans un cadre comparatif exigeant, propice au développement de coopérations scientifiques et pédagogiques.

Suite à la parution de l'arrêté du 20 février 2026, la formation infirmière rentre dans un processus d'universitarisation sous la forme d'une intégration pédagogique.

Cette évolution repose sur une articulation équilibrée entre enseignements universitaires, formation clinique en stage et adossement à la recherche. Les terrains de stage participent pleinement à cette mission en offrant un environnement d'apprentissage professionnalisant, conforme aux exigences du référentiel national et aux objectifs académiques définis conjointement par les partenaires.

Cette conception de la formation infirmière, à la fois professionnalisante, académique et européenne, repose sur la complémentarité des acteurs et sur une responsabilité partagée au service des étudiants, de la profession et du système de santé.

Données structurantes du référentiel

Élément	Référentiel 2026	Conséquence pédagogique
Durée et crédits	3 années, 6 semestres, 180 ECTS.	Programmation semestrielle et validation progressive des cinq domaines.
Enseignement clinique	2 310 heures, 66 semaines de stage.	Alternance intégrative ; tutorat ; 5 heures hebdomadaires d'appropriation réflexive en stage.
Enseignement et encadrement	1 890 heures.	Articulation CM/TD/TP, simulation, travaux guidés et accompagnement.
Charge totale estimée	4 620 à 5 400 heures, avec travail personnel complémentaire plafonné à 780 heures.	Vigilance sur la soutenabilité de la charge et explicitation du travail attendu.
Cadre national	142 ECTS : 86 d'enseignement	Socle commun garantissant les compétences essentielles.

Élément	Référentiel 2026	Conséquence pédagogique
	théorique/pratique et 56 de clinique.	
Cadre de consolidation	38 ECTS : 28 d'enseignement et 10 de clinique.	Personnalisation, approfondissement et ancrage territorial.
Simulation	Mobilisée dans les enseignements ; jusqu'à 10 % d'une période de stage et 6 semaines sur le cursus.	Socle commun, scénarios progressifs, débriefing structuré et traçabilité.
Compétences	13 compétences spécifiques, complétées par des compétences génériques et psychosociales.	Évaluation intégrée des savoirs, actions, attitudes et capacités de transfert.

Tableau 4 – Architecture de la formation et implications pédagogiques du référentiel 2026

Les cinq domaines de compétences

Domaine	Intitulé	Contribution à la professionnalisation
A	Sciences infirmières et raisonnement clinique	Observer, recueillir, interpréter, élaborer le diagnostic infirmier et définir les interventions.
B	Pratiques cliniques infirmières, qualité et gestion des risques	Réaliser et évaluer les soins, prescrire dans le champ autorisé, sécuriser les pratiques.
C	Prévention et promotion de la santé	Concevoir et conduire promotion, prévention, éducation thérapeutique et éco-soins.
D	Communication, travail en équipe et leadership	Communiquer, coordonner, organiser, accompagner les apprenants et utiliser le numérique.
E	Démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie	Analyser les données scientifiques, améliorer les pratiques et formaliser des documents professionnels.

Tableau 5 – Les 5 domaines de la formation initiale infirmière et leur contribution à la professionnalisation

Changement majeur de 2026 — La progression est organisée par cinq domaines intégrateurs et treize compétences. Toute référence de l'ancien projet aux quatre blocs et aux dix compétences du référentiel de 2009 est donc remplacée par cette nouvelle architecture.

Les sept principes pédagogiques réglementaires

La conception de la formation a pour objectif d'autonomiser l'étudiant pour en faire un acteur de son parcours de formation.

Aussi la formation met l'accent sur :

- Les théories et les concepts fondamentaux de la discipline,
- Les savoirs infirmiers spécifiques,
- La notion d'Evidence Based Nursing (EBN) indissociable du soin et de la pratique,
- La posture scientifique,
- La capacité de l'étudiant à :
 - Questionner les situations de soins en remettant en cause les certitudes et en développant un raisonnement clinique pertinent et quelle que soit l'orientation choisie.
 - Analyser une situation au travers des théories de Sciences infirmières
 - Confronter les pratiques au regard des données probantes.

Dans son annexe III, le référentiel de formation fait état de 7 principes que le groupement d'IFSI et le département de sciences infirmières s'attacheront à articuler dans un nouveau projet de formation en construction à ce jour (Tableau 6).

Au cours de la formation, ces sept principes sont :

- La participation active des étudiants : les activités pédagogiques, telles que les travaux dirigés, les exposés, les approches par problèmes, ainsi que les mises en situation professionnelle simulées ou réelles, sont conçues pour impliquer activement les étudiants dans leurs apprentissages et favoriser leur engagement ;

- L'analyse réflexive : les étudiants sont encouragés à développer une démarche réflexive, les amenant à analyser leurs actions, leurs pensées, leurs ressentis et leurs apprentissages. Cette approche vise à les aider à progresser, à s'ajuster et à s'adapter de manière constructive à des situations professionnelles complexes afin de favoriser le développement des compétences propres à la profession infirmière ;
- La multidisciplinarité et l'interprofessionnalité : l'objectif est de préparer les étudiants à travailler en collaboration avec des professionnels de santé issus de diverses disciplines, en les impliquant dans l'étude de situations concrètes ou de problèmes de santé, tout en favorisant la participation des personnes dans la formation théorique et pratique ;
- L'évolution constante des savoirs : les étudiants acquièrent des concepts clés notamment en lien avec la recherche et le champ disciplinaire pour faire évoluer leur pratique professionnelle tout au long de leur parcours académique et professionnel, en tenant compte de l'évolution continue des connaissances ;
- La personnalisation du parcours de formation : l'objectif est d'accompagner les étudiants dans la construction de leur projet professionnel en leur offrant la possibilité d'approfondir et de consolider leurs compétences à travers notamment la déclinaison individualisée du cadre de consolidation ;
- L'accompagnement à la réussite : un suivi pédagogique personnalisé et collectif est mis en place pour soutenir chaque étudiant. Ce dispositif inclut l'accompagnement en stage et en institut, la médiation des contenus pédagogiques et des évaluations formatives permettant de guider l'acquisition des savoirs et des compétences ;
- Le bien-être étudiant : un environnement favorable au bien-être des étudiants est assuré, tant dans les structures de formation qu'en stage, afin de garantir leur épanouissement personnel et professionnel durant la formation.

Principe de l'annexe III	Déclinaison commune
Participation active	Analyse des pratiques professionnelles, études de cas, projets, exposés, simulation, situations réelles et co-évaluation.
Analyse réflexive	Débriefings, portfolio, analyses de situations, écriture réflexive et explicitation du raisonnement.
Multidisciplinarité et interprofessionnalité	Séquences pédagogiques partagées, service sanitaire, simulation collaborative et projets territoriaux.
Évolution constante des savoirs	Veille professionnelle et scientifique, recherche documentaire, recherche et évaluation de données probantes, actualisation des contenus de formation et contribution des enseignants-chercheurs.
Personnalisation du parcours	Contrat pédagogique, choix d'UE de consolidation et d'UE libre, stage de consolidation, mobilité et remédiations.
Accompagnement à la réussite	Tests de positionnement, tutorat, suivi individuel/collectif, évaluations formatives et médiation des contenus.
Bien-être étudiant	Environnement sécurisant en institut et en stage, prévention des violences, accès aux services de santé universitaires et de soutien psychosocial, accès au Service universitaire des activités physiques et sportives.

Tableau 6 - Mise en œuvre des principes pédagogiques du référentiel de formation

Dans leur ensemble, ces sept principes dessinent une conception exigeante et contemporaine de la formation infirmière. Ils traduisent le passage d'un modèle centré sur la transmission descendante des savoirs à un modèle fondé sur l'engagement de l'étudiant, la réflexivité, l'ouverture disciplinaire et interprofessionnelle, l'adaptation continue aux évolutions des connaissances, la prise en compte de la singularité des parcours et l'attention aux conditions de réussite et de bien-être. En ce sens, ils constituent non seulement des principes d'organisation pédagogique, mais également des repères structurants pour penser l'universitarisation de la formation infirmière.

CADRE THEORIQUE ET MODELE DE PROGRESSION

Choix théoriques : Benner et Steinaker & Bell d'après Landers

Landers (Landers et al., 2020) articule le modèle de développement des compétences de Benner (Benner, 1982) avec la taxonomie expérientielle de Steinaker et Bell (Steinaker & Bell, 1979). Leur proposition donne une lecture progressive de l'apprentissage clinique, associant quatre familles de théories de l'apprentissage : comportementale, cognitive, sociale et humaniste.

Le cadre met l'accent sur l'intégration des connaissances théoriques et de l'expérience, la participation active, l'apprentissage situé, l'autonomisation et l'évolution du niveau de supervision.

Le modèle original concerne un cursus de quatre années. Son adaptation au cursus français de trois ans est donc une transposition raisonnée et explicitée : la première année privilégie l'exposition et l'entrée dans la participation, la deuxième installe une participation active et ouvre l'identification, la troisième consolide l'identification et amorce l'intériorisation.

Le niveau visé à la diplomation reste celui d'un professionnel débutant sûr et capable d'évoluer, et non celui d'un expert.

Dimension théorique	Apport	Traduction pédagogique
Comportementale	Objectifs observables, entraînement, rétroaction.	Gestes, protocoles, critères explicites, simulation procédurale et évaluation formative.
Cognitive	Lien entre acquis antérieurs, compréhension et transfert.	Cartes conceptuelles, raisonnement clinique, résolution de problèmes et variation des contextes.
Sociale	Observation, modèles, interaction réciproque apprenant-environnement.	Tutorat, compagnonnage explicite, pairs, interprofessionnalité et feedback.
Humaniste	Autonomie, expérience individuelle, développement personnel et désir d'apprendre.	Projet de l'étudiant, contrat pédagogique, réflexivité, choix de consolidation et accompagnement.
Benner	Développement progressif, expérientiel et situé, du novice vers la compétence.	Attentes ajustées au niveau de développement, exposition à des familles de situations variées et diminution progressive de la supervision.
Steinaker et Bell	Exposition, participation, identification, intériorisation, diffusion.	Progression des situations et des activités confiées, du degré de participation et du niveau d'autonomie attendu sur les trois années.

Tableau 7 - Fondements théoriques de la professionnalisation et déclinaisons pédagogiques (réflexion adaptée de Lander, 2020)

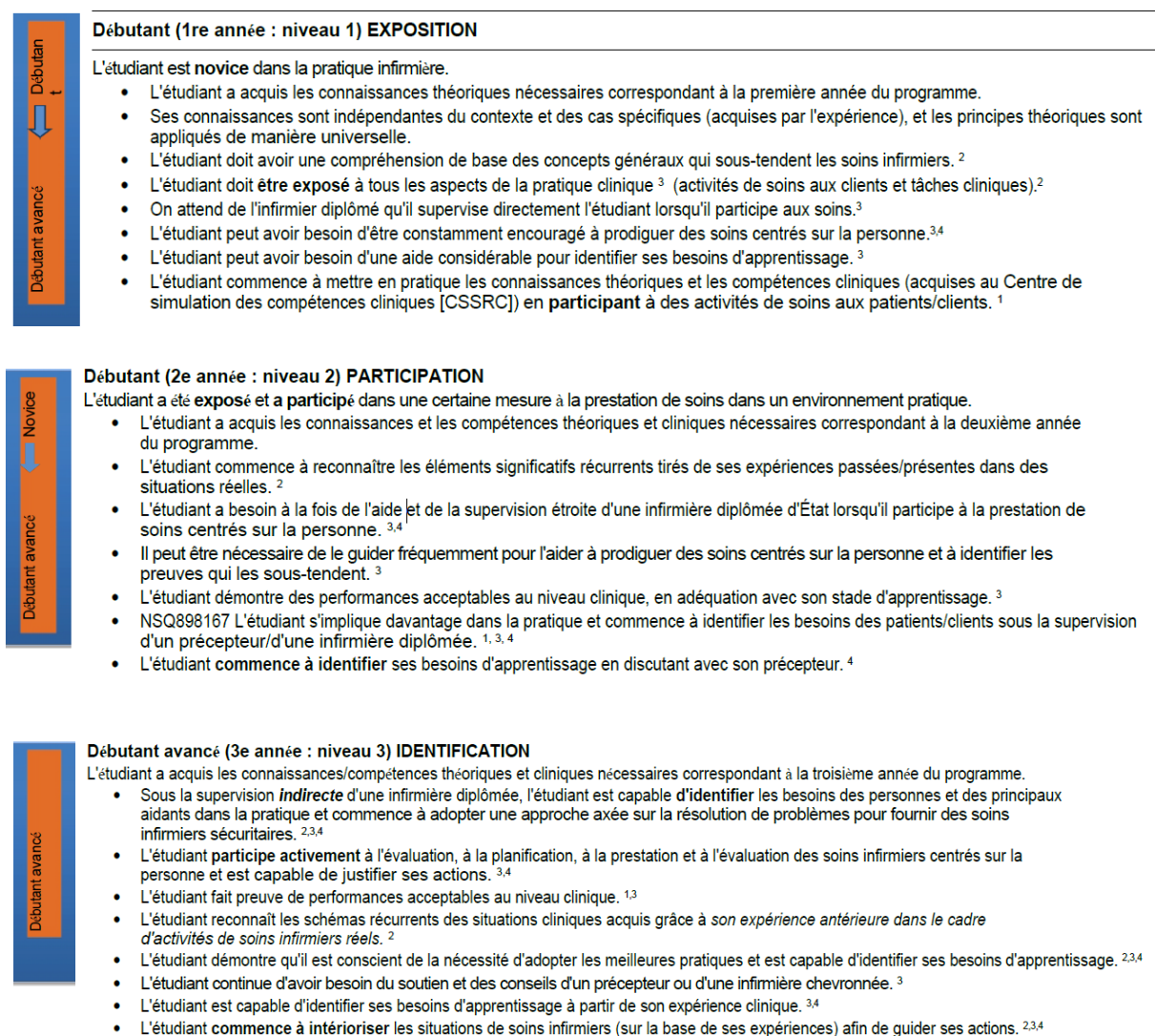


Figure 2 - Progression de l'apprentissage en pratique clinique au cours des trois années de formation initiale en sciences infirmières²

² Landers, M. G., O'Mahony, M., & McCarthy, B. (2020). A theoretical framework to underpin clinical learning for undergraduate nursing students. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 159–164.

Matrice de progression adaptée au cursus 2026

Année / étape	Profil d'apprentissage	Situations et autonomie	Rôle du formateur/tuteur	Acquis attendus
L1 – Exposition → participation initiale	Novice ; connaissances encore peu contextualisées .	Situations simples ou stabilisées ; observation puis action guidée auprès d'une personne.	Expliciter, démontrer, sécuriser, superviser directement, aider à identifier les besoins.	Respect des règles de sécurité, recueil de données structuré, réalisation gestes fondamentaux, mobilisation d'un raisonnement dans des situations simples ou stabilisées et analyse descriptive de la pratique.
L2 – Participation → identification	Débutant avancé ; repérage de caractéristiques récurrentes.	Situations simples ou complexes stabilisées ; prise en soins de plusieurs personnes avec aide ajustée.	Questionner, faire justifier, organiser la variation des contextes et réduire progressivement le guidage.	Choix argumentés, adaptation des interventions à la situation, mobilisation de données probantes, conception et conduite d'actions de prévention et d'éducation ; participation à la coordination des soins.
L3 – Identification → interiorisation amorcée	Débutant avancé consolidé ; intégration et transfert en développement .	Situations simples ou complexes , y compris aiguës ; autonomie compatible avec l'exercice débutant.	Supervision indirecte selon la situation, mise en responsabilité progressive, feedback sur priorisation et coordination.	Jugement clinique argumenté en situations complexes, Réalisation de soins sûrs, évaluation/réajustement, coordination des activités de soins, mobilisation des données probantes et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue des pratiques.

Tableau 8 - Progression du développement des compétences cliniques et de l'autonomie au cours des trois années de formation

Le cadre disciplinaire choisi

Sur le plan disciplinaire, les soins infirmiers sont à la fois une profession et une discipline scientifique (Donaldson & Crowley, 1978). Ils se distinguent par leur objet singulier : l'expérience humaine de la santé et de la maladie. La discipline infirmière cherche à comprendre, expliquer et influencer positivement ces expériences, en produisant un savoir scientifique spécifique, vérifiable et utile à la pratique. Ce savoir s'inscrit dans une logique de science professionnelle avec l'objectif de transformer les pratiques des soins infirmiers en s'appuyant sur des connaissances rigoureuses.

Plus précisément, les sciences infirmières reposent sur la création et l'enseignement des savoirs publics tels que définis par Kim (Kim, 2015). Ces savoirs publics sont élaborés par des méthodes rigoureuses, mis à l'épreuve des faits, critiqués et remis en question. Ces savoirs de nature scientifique se construisent normalement par la recherche et alimentent un corpus de connaissances propre à la discipline infirmière. Ce corpus est composé d'approches philosophiques, des écoles de pensée infirmière, des théories de soins infirmiers et de données probantes issues de la recherche mais il s'inscrit au cœur de réflexions éthiques, déontologiques et politiques. Il traduit le regard singulier que la discipline infirmière porte sur les phénomènes de santé et de soins et contribue, dans le cadre de son mandat sociétal, au développement des pratiques infirmières (Dallaire, 2008, 2015).

Cette identité disciplinaire est indissociable de la dimension professionnelle des soins infirmiers. Selon la dernière définition du Conseil International des Infirmières, la profession infirmière se définit par trois éléments essentiels : un corpus de connaissances et de compétences disciplinaires, une réglementation précisant les normes de pratique et les comportements attendus, ainsi qu'une pratique orientée vers le bien d'autrui. L'infirmière est ainsi une professionnelle formée aux savoirs scientifiques et à la philosophie des soins infirmiers, exerçant selon des normes éthiques rigoureuses pour améliorer l'expérience de santé et de maladie tout au long de la vie (White et al., 2025).

En tant que profession, les soins infirmiers se consacrent à la défense du droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé possible grâce à un engagement commun à fournir de soins et services collaboratifs, culturellement sûrs, centrés

sur l'être humain (White et al., 2025). La formation doit dès lors permettre aux étudiants de mobiliser les savoirs disciplinaires au service de cette finalité professionnelle. Dans cette perspective, le développement du raisonnement clinique constitue un levier essentiel de construction de l'autonomie et de la responsabilité professionnelles. Ce processus cognitif permet la collecte de données cliniques dans des situations complexes, leur interprétation, c'est-à-dire leur mise en lien, le choix d'intervention infirmières pertinentes et l'évaluation des soins délivrés. Ce raisonnement soutient la compétence de jugement clinique, indispensable à la formulation de diagnostics infirmiers (Garry-Bruneau et al., 2024; Tanner, 2006). Ainsi, l'enseignement du raisonnement clinique favorise l'intégration des savoirs scientifiques (données probantes), expérientiels et éthiques, et participe pleinement à la construction du savoir infirmier appliqué dans une logique de rigueur, de sécurité et de pertinence des soins.

Ce cadrage disciplinaire met ainsi en évidence la spécificité des sciences infirmières, qui combine rigueur scientifique, engagement éthique et finalité de soin. Il affirme également la légitimité d'un savoir infirmier propre, apte à rendre compte de la complexité des soins, à délivrer des soins conformes aux besoins et aux attentes de personnes, de leurs proches et des populations, à contribuer à l'amélioration des pratiques et de la qualité des systèmes de santé. Dans cette perspective, la formation a pour objectif de permettre aux futurs professionnels infirmiers de mobiliser ce savoir dans un raisonnement clinique autonome, pertinent et fondé sur les données probantes.

ATTENDUS ET FINALITE DE LA FORMATION

La formation infirmière définie par l'arrêté du 20 février 2026 (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Espace, 2026) s'inscrit dans une approche par compétences visant la formation d'un professionnel capable de mobiliser de manière intégrée des savoirs scientifiques, des habiletés techniques, des capacités relationnelles et un jugement clinique argumenté dans des situations de soins variées et évolutives.

La finalité de la formation ne se limite donc pas à l'acquisition de gestes ou de connaissances disciplinaires isolées. Elle consiste à permettre l'émergence d'un professionnel réflexif, capable d'analyser les situations de soins, d'agir de manière sécurisée et contextualisée, de coopérer avec les acteurs du système de santé et de contribuer à la qualité et à la continuité des parcours de soins.

Cette finalité suppose que la formation ne soit pas pensée comme une juxtaposition d'unités d'enseignement, mais comme une progression intégrée entre les cinq domaines du référentiel de formation. Le domaine A construit la capacité à comprendre et interpréter les situations ; le domaine B soutient la réalisation et l'évaluation des soins ; le domaine C inscrit la pratique dans la prévention et la santé publique ; le domaine D développe la communication, le travail en équipe et le leadership ; le domaine E forme à la démarche scientifique, à la recherche et à l'amélioration continue des pratiques infirmières. Ensemble, ces cinq domaines structurent le développement progressif des compétences attendues à l'issue de la formation et préparent l'étudiant à exercer de manière autonome dans des situations de complexité croissante.

Le référentiel de 2026 inscrit ainsi la formation dans une logique de progression, depuis des situations simples ou stabilisées en 1^e année vers des situations simples ou complexes, notamment en phase aiguë en 3^e année.

Sur le plan pédagogique, cela signifie que la diplomation ne sanctionne pas seulement une accumulation de savoirs, mais l'atteinte d'une capacité intégrative : savoir mobiliser des connaissances, des habiletés, des attitudes, des repères éthiques et des ressources contextuelles pour prendre soin d'une personne ou d'un groupe de personnes dans des situations de plus en plus complexes. La progression des apprentissages est guidée vers l'argumentation de choix d'action

de soins à partir d'un cadre théorique infirmier et sur une complexification progressive des familles de situations. Le référentiel de 2026 pense la formation comme une trajectoire de professionnalisation graduée, centrée sur le jugement clinique, la réflexivité, la collaboration et la rigueur scientifique.

De façon schématique :

- Le domaine A doit permettre de passer de l'observation à l'interprétation ;
- le domaine B, de l'exécution accompagnée à l'action soignante ajustée ;
- le domaine C, de la sensibilisation préventive à la conception d'actions éducatives ;
- le domaine D, de la communication adaptée à la coordination et au leadership clinique ;
- le domaine E, de l'initiation méthodologique à l'analyse scientifique de la pratique pour une pratique basée sur des données probantes.

C'est cette articulation qui rend le curriculum lisible pour les étudiants et les équipes pédagogiques.

L'esprit du référentiel 2026, articule très clairement : la construction du raisonnement clinique, la montée en complexité des situations, le recours à la simulation, au tutorat, à l'accompagnement personnalisé, à l'immersion renforcée en fin de cursus et à une logique de consolidation du parcours.

L'objectif de la formation est de former, au terme des trois années, un infirmier débutant diplômé capable de conduire une prise en soins sûre, contextualisée, argumentée et éthique, de coopérer et coordonner au sein d'équipes pluriprofessionnelles, d'inscrire sa pratique dans les données probantes, la qualité et la prévention, et d'exercer un leadership clinique ajusté à son niveau de responsabilité.

Le modèle de Patricia Benner n'a pas vocation à être plaqué mécaniquement sur le cursus, mais il est très utile pour penser la progressivité.

Benner décrit cinq stades de développement de la compétence clinique : novice, débutant, compétent, performant et expert. Elle rappelle surtout deux idées pédagogiquement décisives : d'une part, le novice s'appuie sur des règles et repères explicites ; d'autre part, l'expertise ne procède pas du temps seul, mais de l'expérience réfléchie dans les situations cliniques. Cette approche situe les étudiants infirmiers au stade novice, puis décrit la montée vers une compétence

plus organisée, planifiée, contextualisée, jusqu'à une compréhension holistique des situations chez les niveaux supérieurs.

Pour un cursus de formation initiale, cela conduit à une conclusion importante : la diplomation ne vise pas « l'expert », ni même pleinement « le performant », mais un professionnel débutant sécurisé, qui sort du registre strictement novice pour entrer dans une compétence clinique naissante, structurée, explicitable et transférable.

Autrement dit, le référentiel de 2026 peut être lu à la lumière de Benner de la manière suivante :

- la 1^{re} année relève du novice accompagné ;
- la 2^e année correspond à un débutant qui commence à reconnaître les configurations de situations ;
- la 3^e année doit conduire à un étudiant préprofessionnel capable d'une pratique organisée, argumentée, coordonnée et ajustée, autrement dit vers un niveau pré-compétent / compétent débutant au moment de la diplomation.

Première année : entrer dans la profession, apprendre à voir, nommer, relier

L'attendu de première année est celui d'une entrée dans la culture professionnelle et universitaire des sciences infirmières. L'étudiant ne doit pas encore être pensé comme capable d'autonomie dans les soins, mais comme un sujet en formation qui apprend à observer, recueillir, décrire, questionner, relier et justifier ses premières actions.

Le référentiel 2026 précise qu'en première année sont étudiées en priorité des situations de soins simples ou stabilisées. Il souligne également l'appropriation précoce des concepts en sciences infirmières, du raisonnement clinique, des bases théoriques, réglementaires et éthiques, ainsi qu'un accompagnement étroit par le tutorat, la simulation et un rythme de stage protecteur.

Pédagogiquement, la première année doit donc être conçue comme un temps de mise à distance progressive du sens commun. L'étudiant apprend que soigner ne consiste pas seulement à faire, mais à faire à partir d'une lecture de situation. L'enjeu central est ici la construction des premiers invariants professionnels :

sécurité, hygiène, communication adaptée, observation clinique, transmissions, repérage des besoins, compréhension des prescriptions, découverte des responsabilités et des limites du rôle infirmier.

Selon cette lecture, l'étudiant de première année est encore largement novice : il a besoin de repères explicites, de guidages rapprochés, de consignes, de décomposition des tâches et d'étayages réflexifs. Il agit à partir de règles et d'indices peu hiérarchisés. La pédagogie doit donc rendre les raisonnements visibles : dire ce que l'on observe, ce que l'on sélectionne, ce que l'on compare, ce qui alerte, ce qui rassure, pourquoi l'on agit ainsi plutôt qu'autrement.

Notre orientation est de mettre l'accent sur la construction du raisonnement clinique à partir d'une collecte de données orientée, notamment au moyen d'un examen clinique infirmier standardisé, de formulation d'hypothèses, de la mobilisation d'un cadre de référence infirmier et sur la compréhension des liens entre la situation médicale, les traitements et la surveillance clinique.

> **Progression par domaine en 1ère année**

Pour les formateurs, cela signifie que le domaine A doit permettre d'apprendre à recueillir des données somatiques, psychologiques, émotionnelles, comportementales et contextuelles, à repérer l'autonomie, la dépendance, les vulnérabilités, puis à élaborer un premier bilan de situation. C'est ici que se construit le socle de la compétence 1, centré sur l'analyse de situation et l'élaboration du diagnostic infirmier, ainsi que le début de la compétence 2, à travers la définition des interventions adaptées.

Le domaine B doit alors être abordé dans une logique de sécurisation des pratiques. Il ne s'agit pas encore de développer une autonomie de décision large, mais de permettre à l'étudiant de réaliser, avec la compétence 3, des soins à visée préventive, diagnostique, thérapeutique ou palliative dans des situations simples, en respectant les règles de qualité, d'hygiène, de sécurité, de santé et de protection de l'environnement, les procédures et les protocoles. Pour les formateurs, l'enjeu pédagogique est clair : en première année, on enseigne moins la complexité que la justesse sécurisée du geste et du raisonnement élémentaire. Le stage et la simulation doivent donc être pensés comme des lieux où l'on apprend à observer, vérifier, transmettre, réajuster et argumenter très simplement ce qui est fait.

Le domaine C doit, dès la première année, éviter d'être relégué à un discours périphérique sur la prévention. Il doit être posé comme un premier déplacement du regard : l'étudiant ne soigne pas seulement un problème, il agit aussi dans une logique de prévention, d'éducation à la santé et de prise en compte des besoins de santé des personnes et des populations. Même si les compétences 5 et 6 seront plus pleinement déployées ensuite, la première année doit déjà installer cette posture en montrant que tout soin comporte une dimension éducative et préventive que l'étudiant identifie.

Le domaine D, en première année, a une fonction fondatrice. Il ne doit pas être réduit à la seule "communication". Il s'agit d'installer de construire les bases d'une posture professionnelle propice à la relation de soin, au travail en équipe et au partage d'informations. Le référentiel fait du suivi et de la traçabilité des soins, des transmissions et de l'usage des outils numériques des éléments constitutifs de la compétence 9. Pour les formateurs, cela signifie qu'il faut très tôt enseigner la relation soignant-soigné, les transmissions, la communication orale professionnelle et la place de l'étudiant dans une équipe pluriprofessionnelle.

Enfin, le domaine E doit être introduit dès l'entrée en formation comme une manière d'apprendre à penser sa pratique. La première année vise au repérage d'informations scientifiques fiables et à leur compréhension. Le référentiel attend déjà en première année l'identification et la mise en œuvre de méthodologies et d'outils d'évaluation adaptés à l'analyse de situations. Pour les formateurs, cela signifie que la première année doit rendre visibles les liens entre situation clinique, questionnement, recherche d'information et analyse réflexive informée par des données probantes.

> **En conclusion pour la première année**

La première année ne vise pas l'autonomie pleine, mais la construction des fondations du jugement infirmier.

À l'issue de la première année, l'étudiant est capable d'entrer dans une situation de soins simple ou stabilisée en sécurité, de recueillir et organiser des données pertinentes, de communiquer de manière adaptée avec la personne, l'entourage et les professionnels, de réaliser des soins courants sous encadrement rapproché, et de commencer à expliciter ses choix à partir des premiers repères cliniques, éthiques et réglementaires de la profession.

Deuxième année : consolider le raisonnement, passer de l'exécution guidée à l'action argumentée

Le référentiel 2026 indique qu'en deuxième année les étudiants travaillent prioritairement sur des situations simples ou complexes stabilisées. Ce déplacement est majeur : il ne s'agit pas seulement de faire correctement, mais de comprendre ce que l'on fait dans un système de soins, d'articuler les informations, de hiérarchiser les problèmes, de prioriser les actions, de relier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales, éducatives et organisationnelles.

La deuxième année correspond à un tournant pédagogique. L'étudiant ne doit plus être seulement dans la conformité procédurale ; il doit devenir capable de mettre en cohérence des données parfois hétérogènes, de repérer des évolutions, d'anticiper certaines complications, d'adapter ses interventions et de participer plus activement au projet de soins. C'est ici que le raisonnement clinique change de statut : de contenu à apprendre, il devient progressivement mode d'action.

Dans le modèle de Benner, cette année se situe entre le stade de « débutant avancé » et le début d'une compétence plus structurée. L'étudiant commence à reconnaître des situations déjà rencontrées, à repérer des éléments significatifs, à moins dépendre des règles abstraites. Il ne perçoit pas encore toujours la situation dans sa globalité, mais il devient capable d'ordonner ses priorités dans un temps clinique plus réel.

Nous insistons alors sur une analyse davantage systémique, sur l'argumentation de la collecte et du jugement, sur l'adaptation argumentée scientifiquement des soins aux contextes culturels, sociaux et institutionnels, sur la professionnalisation de la communication et sur la contribution à l'organisation de la continuité des soins. La posture de l'étudiant évolue progressivement de "participer" à "concevoir, réaliser et évaluer" des prestations de soins adaptées, à communiquer dans différentes situations, à participer aux décisions interprofessionnelles, à mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et à argumenter ses interventions au regard des données probantes disponibles. L'introduction de la collaboration, du leadership clinique et de la rigueur scientifique est plus importante et le développement professionnel est une dimension constitutive de la pratique infirmière.

> **Progression par domaine en 2ème année**

Pour les formateurs, la bascule pédagogique est majeure : il ne s'agit plus seulement d'apprendre à faire correctement, mais d'apprendre à relier et à prioriser.

Le domaine A change alors de nature. L'étudiant ne doit plus seulement recueillir des données ; il doit concevoir un projet de soins adapté et justifier les interventions retenues. La compétence 1 se consolide, tandis que la compétence 2 prend une place centrale dans la définition des interventions dans un espace déontologique et éthique.

Le domaine B devient alors le cœur de la montée en autonomie encadrée. En référence à la compétence 3, l'étudiant doit pouvoir réaliser des soins adaptés à des situations plus complexes mais stabilisées. Les soins courants pourront être délégués, en les évaluant. La qualité et la gestion des risques ne doivent pas être traitées comme des enseignements transversaux abstraits ; elles deviennent ici des grilles de lecture de l'action clinique elle-même. En lien avec la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier et la compétence 4, les principes de qualité et de rigueur d'une prescription sont initiés. Pour les formateurs, l'enjeu de deuxième année est donc d'organiser des apprentissages où l'étudiant apprend à anticiper, choisir, réajuster, surveiller, argumenter et situer sa pratique en interprofessionnalité.

Le domaine C doit, en deuxième année, devenir un domaine de conception et d'adaptation. Le référentiel et la compétence 6 prévoient la conception et la réalisation de projets de promotion, d'éducation et de prévention adossés également aux enjeux environnementaux et de développement durable en référence à la compétence 7. Pour guider les formateurs, cela signifie qu'il faut faire évoluer les pédagogies du simple message de prévention vers de véritables situations d'éducation à la santé, de dépistage, de repérage et d'adaptation des outils pédagogiques à un public donné. L'étudiant doit comprendre que la prévention n'est pas un supplément du soin, mais une composante intégrée de la réponse infirmière aux besoins de santé.

Le domaine D doit être explicitement mobilisé comme domaine de coopération. C'est en deuxième année que la compétence 9, relative à l'organisation des activités de soins, aux transmissions, à l'usage des outils numériques et à la

continuité des soins, devient structurante. Les formateurs doivent donc concevoir des situations où l'étudiant apprend à partager une information pertinente, à participer à une réunion, à organiser son activité dans un collectif et à comprendre les enjeux de coordination. La compétence 8, relative à l'organisation d'une structure d'exercice individuel ou collectif, peut commencer à être travaillée ici sous l'angle de la gestion des ressources, de l'environnement de soin et de l'organisation : elle potentialise la compétence 8 et s'associe à la compétence 10 dans les techniques d'évaluation des compétences de ses pairs.

Le domaine E, en deuxième année, doit accompagner le passage vers une pratique argumentée. Le référentiel attend à ce stade que l'étudiant puisse proposer une démarche d'amélioration continue de la qualité dans son activité en référence à la compétence 11. Cela implique, pour les formateurs, de faire travailler les étudiants sur l'analyse d'incidents, les indicateurs, les audits simples, la mobilisation de recommandations et l'usage des données probantes pour étayer une décision clinique ou organisationnelle avec la compétence 12. Le domaine E devient donc un véritable appui au raisonnement, et intègre avec la compétence 13 la formalisation de procédures dont il est fait référence dans la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025.

> **En conclusion pour la deuxième année**

Cela conduit à penser la deuxième année comme le temps de la mise en relation : relation des savoirs entre eux, relation de la clinique au parcours, relation du soin singulier à l'organisation, relation de l'acte à ses justifications. Il faut donc privilégier des pédagogies de cas, des comparaisons de situations, des raisonnements à voix haute, des analyses de pratiques, des transmissions structurées, des situations simulées d'instabilité relative, ainsi que des évaluations demandant à l'étudiant non seulement ce qu'il ferait, mais pourquoi, dans quel ordre et avec quels risques associés.

À l'issue de la deuxième année, l'étudiant est capable d'analyser et de prendre en charge, avec supervision ajustée, des situations de soins simples ou complexes stabilisées, en mobilisant un raisonnement clinique argumenté, en adaptant ses interventions à la personne et au contexte, en assurant des transmissions fiables, en contribuant à la coordination des soins, à la prévention, à l'éducation et à la

qualité, et en inscrivant progressivement sa pratique dans une logique interprofessionnelle et fondée sur des données probantes.

Troisième année : intégrer, coordonner, décider dans l'incertitude relative et affirmer sa posture de professionnel débutant

La troisième année, selon le référentiel de 2026, fait travailler prioritairement des situations de soins simples ou complexes en phase aiguë. Ce n'est pas seulement une augmentation quantitative de difficulté ; c'est un changement qualitatif. L'étudiant doit désormais être capable d'agir dans des situations moins prévisibles, plus évolutives, où la coordination, la temporalité, la priorisation, la sécurité, la relation et la responsabilité deviennent centrales. Nous y ajoutons une immersion renforcée et un cadre de consolidation lié au projet professionnel et aux besoins de santé du territoire.

La troisième année est donc celle de l'intégration professionnelle. L'étudiant y apprend à tenir ensemble plusieurs exigences : pertinence clinique, sécurité, continuité, coordination, communication, prise en compte des vulnérabilités, adaptation au contexte, utilisation des ressources, inscription dans une équipe, et début de leadership clinique. Il doit être capable de soutenir un avis, de participer à des décisions partagées, de documenter avec rigueur, d'utiliser les outils numériques et de contribuer à l'amélioration de la qualité.

Dans une lecture inspirée de Benner, l'étudiant atteint progressivement le niveau de praticien compétent, posture caractérisée par une capacité à planifier les actions, à hiérarchiser les priorités, de justifier et à agir de manière contextualisée.

Nous attendons alors en fin de troisième année un leadership clinique visant la qualité et la sécurité, une communication efficace dans toutes les situations cliniques, une contribution à la décision partagée et à la coordination des soins, à se positionner de manière critique ainsi qu'un début d'encadrement des étudiants de niveau inférieur.

> Progression par Domaine en 3^{ème} année

Pour les formateurs, cela signifie que la progression ne doit plus être lue domaine par domaine de façon juxtaposée, mais comme une intégration maîtrisée des cinq domaines.

Le domaine A doit conduire à une analyse clinique plus rapide et plus fiable, capable d'intégrer l'incertitude, les priorités et les risques (compétence 1). L'étudiant est attendu sur une capacité à élaborer désormais son projet diagnostique et thérapeutique et les interventions à mener (compétence 2) dans un environnement complexe ou spécifique et d'évaluer ses activités professionnelles dans une démarche réflexive au regard de la législation, la déontologie professionnelle et la démarche éthique en référence à la compétence générique.

Le domaine B devient, en troisième année, le lieu de la professionnalisation visible. L'étudiant doit être capable de réaliser et d'évaluer des soins dont les soins déléguables (compétence 3) dans des situations plus instables (urgences, situation sanitaire exceptionnelle), complexe ou spécifique, d'intégrer les règles de surveillance et de suivi, d'utiliser les protocoles et les données probantes, et de réajuster sa pratique. Le référentiel intègre aussi la prescription de produits de santé et d'examens complémentaires en référence à la compétence 4 ; En lien avec les arrêtés d'actes à paraître, les formateurs doivent préparer les étudiants à comprendre cette extension du périmètre infirmier comme un exercice exigeant de responsabilité clinique, de sécurité et de traçabilité.

Le domaine C doit, à ce stade, faire passer l'étudiant de la participation (compétences 5 et 6) atteint en 2^{ème} année, à la conception conduite et évaluation d'actions. L'étudiant doit pouvoir penser une action éducative ou préventive à partir de données actualisées, de besoins repérés, de techniques pédagogiques adaptées, de partenariats et d'une évaluation des effets.

Pour les formateurs, cela implique des scénarios pédagogiques plus complets : projet de prévention, consultation éducative, action collective, évaluation et réajustement. Le domaine C doit alors apparaître comme un domaine pleinement clinique, et pas uniquement populationnel en y intégrant les enjeux de durabilité et d'éco responsabilité.

Le domaine D prend en troisième année une tonalité de coordination et de leadership en lien avec la compétence 8 et la compétence générique. La communication n'est plus seulement une compétence relationnelle ; elle devient un levier d'organisation des soins, de continuité du parcours, de coopération interprofessionnelle et de développement des compétences des apprenants. La compétence 9 vise explicitement l'organisation des activités et des soins au sein

des équipes pluridisciplinaires ainsi que le développement des compétences d'accompagnement et d'évaluation des apprenants et pairs dans la compétence 10. Cela doit guider les formateurs vers des situations de tutorat pair à pair, de transmissions complexes, de coordination d'équipe, de gestion d'activité et d'usage professionnel du numérique.

Le domaine E, enfin, doit être lu comme le domaine de la consolidation universitaire de la professionnalité. Le référentiel y rattache la démarche scientifique, l'initiation à la recherche, l'utilisation des données probantes (compétence 12), l'analyse de données scientifiques et professionnelles, la formalisation de documents professionnels (compétence 13) et la mise en œuvre du processus d'amélioration continue des soins (compétence 11) et de sa propre pratique. En troisième année, ce domaine doit permettre à l'étudiant d'appuyer ses décisions sur la littérature scientifique, de contribuer à une démarche qualité, de formaliser un écrit professionnel argumenté et de comprendre que la compétence infirmière se poursuit dans le développement professionnel continu.

> **En conclusion pour la troisième année**

La troisième année doit donc être pensée comme une année de transition vers l'exercice professionnel : passage de la validation des acquis à leur mobilisation intégrée en situation ; passage de la tâche au parcours ; passage du « je comprends, je sais faire » au « je comprends, je sais faire, je sais expliquer, prioriser, transmettre et coordonner ». Les situations d'apprentissage visées sont ici celles qui obligent à arbitrer, à assumer une responsabilité relative, à documenter, à gérer des interfaces, à travailler les transmissions, les urgences et situations spécifiques, les concertations interprofessionnelles et l'analyse critique de la littérature.

À l'issue de la troisième année, l'étudiant est capable d'assumer une prise en soins infirmière de situations simples ou complexes, y compris en phase aiguë, avec un niveau d'autonomie compatible avec l'exercice débutant, en mobilisant un jugement clinique argumenté, une communication professionnelle efficace, une coordination adaptée du parcours de soins, une attention constante à la qualité et à la sécurité, une posture éthique et réflexive, ainsi qu'un leadership clinique ajusté à son niveau de responsabilité.

La progression pédagogique du cursus infirmier 2026 est conçue comme une trajectoire graduée de professionnalisation pour, une fois diplômé, être capable d'exercer comme professionnel débutant en respectant les standards prescrits par les cadres réglementaire et déontologique de l'exercice infirmier.

En première année, l'étudiant apprend à observer, recueillir, communiquer, réaliser en sécurité et expliciter ses premiers raisonnements dans des situations simples ou stabilisées. En deuxième année, il consolide un raisonnement clinique argumenté, relie les savoirs et adapte ses interventions dans des situations simples ou complexes stabilisées. En troisième année, il intègre les dimensions cliniques, relationnelles, organisationnelles, éthiques et scientifiques de la pratique pour agir dans des situations simples ou complexes, y compris en phase aiguë, en assurant qualité, sécurité, coordination et continuité des soins.

La progression doit être pensée comme le passage :

- du repérage à l'interprétation,
- de l'interprétation à l'action argumentée,
- de l'action argumentée à la coordination responsable.

Cette progression s'inscrit dans une approche par compétences articulant compétences spécifiques, génériques et psychosociales, et rejoint les modèles internationaux.

La progressivité attendue sur l'acquisition des compétences est complétée par le nombre de personnes prises en soin (Tableau 9).

	Semes tre 2	Semes tre 3	Semes tre 4	Semes tre 5	Semes tre 6
Nombre de personnes prises en soins selon les spécificités du lieu de stage	2	4 à 5	5 à 6	7 à 10	Selon le secteur

Tableau 9 - Nombre de personnes prises en soins par un étudiant infirmier au cours de sa formation

La progression n'est ni automatique ni uniforme. Un étudiant peut se comporter en débutant avancé dans une famille de situations connue et redevenir novice dans un environnement inédit. Les niveaux décrivent donc la relation entre une personne, une situation et une expérience, et ne constituent pas des étiquettes définitives. La personnalisation, la supervision et l'évaluation doivent tenir compte de cette variabilité.

En articulant Benner et Steinaker & Bell comme proposé par Landers, nous pouvons synthétiser la progression de l'étudiant comme suit (Tableau 10) :

Domaine	L1 : comprendre et agir guidé	L2 : relier, adapter, participer	L3 : intégrer, prioriser, coordonner
A – Sciences infirmières et raisonnement clinique	Observation, recueil, concepts fondamentaux, hypothèses simples.	Interprétation argumentée, liens physiopathologie-vécu-contexte, projet ajusté.	Diagnostic infirmier fiable, incertitude, priorisation, projet diagnostique/thérapeutique et réflexivité.
B – Pratiques cliniques infirmières, qualité et gestion des risques	Soins fondamentaux, hygiène, sécurité, gestes simples et surveillance.	Soins plus variés, adaptation, pratique basée sur des données probantes, évaluation, et gestion des risques.	Soins en situations instables/complexes, prescriptions prévues par les textes, réajustement et responsabilité.
C – Prévention et promotion de la santé	Déterminants, besoins, prévention et santé environnementale.	Participation à une action et éducation thérapeutique ; approche populationnelle.	Conception, conduite et évaluation d'actions ; partenariats, durabilité et éco-responsabilité.
D – Communication, travail en équipe et leadership	Relation, communication professionnelle, travail en équipe et bases numériques.	Collaboration, transmissions structurées, participation à la coordination.	Coordination, leadership clinique ajusté, tutorat, organisation et usages numériques responsables.
E – Démarche scientifique, initiation à la recherche et méthodologie	Méthodes de travail, recherche documentaire, initiation au questionnement.	Lecture critique, problématisation et mobilisation de données probantes.	Synthèse scientifique, amélioration continue, écrit professionnel argumenté et développement professionnel continu.

Tableau 10 - Déclinaison de la progression des apprentissages et des compétences par domaine de formation

DECLINAISON PEDAGOGIQUE DU DISPOSITIF

Une alternance intégrative

L'alternance organise une circulation continue entre conceptualisation, entraînement, expérience clinique, analyse et transfert. Chaque séquence significative relie des résultats d'apprentissage, une ou plusieurs compétences, une famille de situations, des ressources scientifiques, une activité réelle ou simulée, un temps réflexif et une modalité d'évaluation. Cette approche est illustrée Tableau 11 :

Temps pédagogique	Fonction	Exemples
Avant l'action	Construire les ressources et anticiper.	Cours ciblés, capsules, préparation de stage, briefing, étude de dossier, objectifs individualisés.
Dans l'action	Mobiliser et combiner les ressources.	Stage, simulation, patient simulé, ateliers, service sanitaire, projet tutoré.
Après l'action	Expliciter, analyser et généraliser.	Débriefing, APP, portfolio, analyse clinique, confrontation aux données probantes.
Transfert	Réinvestir dans un contexte nouveau.	Cas variés, changement de typologie de stage, situation complexe, UE et stage de consolidation.

Tableau 11 – Illustration de la démarche d'alternance intégrative

Méthodes pédagogiques

En cohérence avec l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'infirmier, les méthodes pédagogiques mobilisées s'inscrivent dans une approche par compétences, progressive, active et professionnalisante. Elles visent à permettre à l'étudiant de mobiliser de manière intégrée des savoirs scientifiques, des

habiletés cliniques, des capacités relationnelles ainsi que des compétences génériques et psychosociales, dans des situations de complexité croissante.

La déclinaison pédagogique retenue traduit les sept principes énoncés à l'annexe III du référentiel : participation active des étudiants, analyse réflexive, multidisciplinarité et interprofessionnalité, prise en compte de l'évolution constante des savoirs, personnalisation des parcours, accompagnement à la réussite et bien-être étudiant. Elle repose sur une articulation étroite entre enseignements théoriques et pratiques, simulation en santé, apprentissage clinique en stage, recherche et analyse des données probantes.

Dans cette perspective, l'étudiant est considéré comme un acteur de sa formation et un partenaire du processus d'apprentissage. Les situations pédagogiques sont conçues pour favoriser le questionnement, l'expérimentation, la coopération, la confrontation des points de vue et le transfert des acquis vers la pratique professionnelle. L'accompagnement évolue progressivement d'un guidage soutenu vers une autonomie compatible avec l'exercice d'un infirmier débutant diplômé.

Cette conception accorde également une place essentielle aux personnes concernées, aux professionnels de terrain et aux partenaires universitaires. Elle contribue ainsi à construire un environnement d'apprentissage intégré, associant instituts, université et lieux de stage, au service du développement du raisonnement clinique, de la réflexivité, de la collaboration interprofessionnelle et de la qualité des soins. Elle se décline à travers les modalités pédagogiques suivantes :

- Pédagogies actives : apprentissage par problème, étude de cas, classe inversée, projet, débat argumenté et analyse de situations emblématiques.
- Simulation en santé : procédurale, relationnelle, clinique et interprofessionnelle, avec briefing, scénario et débriefing structuré.
- Apprentissage clinique : objectifs négociés, tutorat, supervision directe puis indirecte, feedback fréquent et analyse réflexive.
- Hybridation raisonnée : ressources actualisées, accessibilité, scénarisation, interactions et accompagnement personnalisé ; le distanciel n'est pas une simple mise à disposition de documents.
- Recherche et données probantes : question clinique, recherche documentaire, lecture critique, synthèse et transfert dans une décision ou un projet.

- Pairagogie : tutorat entre promotions, communautés d'apprentissage et coopération, notamment lorsque les alternances permettent la présence conjointe des L1 et L3.
- Participation des personnes concernées : témoignage, co-construction de séquences, simulation, retour sur les parcours et évaluation du dispositif.

Situations emblématiques et complexification

Conformément à l'approche par compétences portée par l'arrêté du 20 février 2026, la progression pédagogique s'appuie sur des situations emblématiques représentatives de l'exercice infirmier.

Issues de situations professionnelles réelles ou simulées, elles permettent à l'étudiant de mobiliser conjointement les ressources relevant des cinq domaines de compétences : sciences infirmières et raisonnement clinique ; pratiques cliniques, qualité et gestion des risques ; prévention et promotion de la santé ; communication, travail en équipe et leadership ; démarche scientifique, recherche et méthodologie.

Ces situations ne constituent pas de simples illustrations des enseignements. Elles sont des supports intégrateurs permettant à l'étudiant d'articuler les connaissances scientifiques, le raisonnement clinique, les interventions de soins, la relation avec la personne, la coopération interprofessionnelle, les exigences éthiques et réglementaires ainsi que l'analyse réflexive de son activité. Leur exploitation favorise le transfert des apprentissages entre l'institut, la simulation et les différents environnements cliniques.

Afin de construire une progression lisible sur les trois années, les situations emblématiques sont regroupées en familles récurrentes. Une même famille peut être travaillée à plusieurs semestres, avec une augmentation progressive du nombre de problèmes à traiter, de l'instabilité clinique, des risques, du nombre d'acteurs impliqués, du degré d'incertitude et des contraintes temporelles. Cette récurrence permet de consolider les acquis, d'évaluer les capacités de transfert et de rendre visible le développement des compétences.

Les attendus évoluent ainsi d'une capacité à « repérer et appliquer » en première année, vers « interpréter et adapter » en deuxième année, puis « prioriser, justifier, coordonner et évaluer » en troisième année. L'étudiant passe progressivement d'une activité fortement guidée à une autonomie compatible avec

celle d'un infirmier débutant diplômé, capable d'agir de manière sûre, argumentée, éthique et réflexive dans des situations simples ou complexes.

CADRE DE CONSOLIDATION ET PERSONNALISATION

Fonction du cadre de consolidation

Le cadre de consolidation représente 38 ECTS : 28 ECTS d'unités de consolidation et 10 ECTS correspondant à dix semaines de stage. Il personnalise et enrichit le parcours sans créer une spécialisation précoce ni diminuer les exigences du cadre national. Il répond à quatre objectifs retenus dans le dossier d'accréditation : ancrer la formation dans les besoins du territoire ; approfondir des compétences indispensables ; personnaliser le parcours ; renforcer l'interdisciplinarité.

Dans notre projet, les unités d'enseignement du cadre de consolidation (UEC) sont organisées selon deux composantes complémentaires : des «UEC Parcours » qui soutiennent la personnalisation du parcours en fonction du projet de l'étudiant et des « UEC domaines » qui restent rattachées aux cinq domaines du référentiel de 2026. Cette organisation vise à concilier deux exigences complémentaires : garantir à tous les étudiants l'approfondissement de compétences transversales indispensables à l'exercice infirmier et permettre une personnalisation du parcours à partir d'un champ clinique ou d'un contexte professionnel particulier.

Les «UEC Parcours » constituent le fil conducteur de cette consolidation. Déployées progressivement du semestre 4 au semestre 6 et articulée au stage de consolidation de dix semaines, elles accompagnent l'étudiant dans l'intégration des dimensions cliniques, préventives, organisationnelles, relationnelles et éthiques de la pratique. Elle permet de préparer le stage, d'analyser les expériences réalisées et de transférer les apprentissages vers des situations nouvelles ou plus complexes.

Les « UEC Domaine » complètent ce dispositif par l'approfondissement de savoirs et de pratiques relevant d'un ou de plusieurs domaines de compétences. Elles sont conçues sous la responsabilité des pilotes de domaine, dans le respect de résultats

d'apprentissage partagés, d'une charge de travail soutenable et de critères communs d'évaluation. L'articulation entre l'UEC « Parcours », les UEC « Domaine » et le stage garantit ainsi la cohérence entre personnalisation, professionnalisation et exigences nationales de certification.

Cette organisation fait du cadre de consolidation un espace d'intégration et non une juxtaposition d'enseignements optionnels. Elle permet à l'étudiant de consolider son raisonnement clinique, de développer sa capacité à coordonner les soins, de renforcer sa contribution à la prévention et à la santé publique, et d'adopter une posture réflexive adaptée à l'accompagnement de situations complexes, notamment dans les domaines des soins palliatifs et de la fin de vie. Le cadre de consolidation est ainsi conçu autour de trois fonctions complémentaires : approfondir les apprentissages, personnaliser le parcours et favoriser leur intégration en situation professionnelle.

Offre d'unités de consolidation « parcours » envisagés à ce jour

Les unités d'enseignement de consolidation « parcours » envisagées à ce jour par le groupement ont été définies au regard des besoins de santé des populations, des orientations du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire et des ressources sanitaires, médico-sociales et universitaires présentes sur les territoires. Elles contribuent ainsi à articuler personnalisation du parcours, professionnalisation et responsabilité territoriale de la formation.

Ces unités ne constituent pas des spécialisations anticipées. Elles permettent d'approfondir des compétences infirmières transversales à partir de populations, de parcours de santé et de contextes d'exercice particuliers. Elles offrent ainsi un contexte spécifique permettant de mobiliser de manière articulée les différents domaines du référentiel et de développer la capacité de l'étudiant à transférer ses acquis dans des situations professionnelles diversifiées.

D'un volume estimé à environ 95 heures pour 6 ECTS et déployée du semestre 4 au semestre 6, chaque « UEC Parcours » est couplée au stage de consolidation. Quelle que soit l'orientation choisie, elles comportent un socle commun d'approfondissement portant sur le raisonnement clinique et les pratiques infirmières, dont la consultation infirmière ; la santé publique et la prévention ; la coordination des activités de soins et la communication interprofessionnelle ;

l'analyse réflexive et la mobilisation des données probantes ainsi que les soins palliatifs et la fin de vie.

L'offre retenue s'inscrit au cœur de six enjeux majeurs de santé : la santé mentale, les soins critiques, les soins pédiatriques, l'accompagnement du risque et de la perte d'autonomie, les maladies chroniques et les situations complexes et la santé communautaire et précarité. Le tableau suivant (Tableau 12) présente les enjeux de santé et besoins territoriaux auxquels elles répondent, les apprentissages privilégiés ainsi que les situations et contextes de soins explorés.

« UEC parcours » proposées	Enjeux de santé et besoins territoriaux	Compétences et apprentissages privilégiés	Situations et contextes de soins explorés
Santé mentale	Répondre aux besoins croissants en santé mentale, favoriser l'accès aux soins et assurer la continuité des parcours..	Développer l'alliance thérapeutique, le repérage des vulnérabilités et des situations de crise, la coordination des parcours et la lutte contre la stigmatisation.	Troubles psychiques aigus ou chroniques, situations de crise, soins ambulatoires et articulation entre santé mentale et santé somatique.
Soins critiques	Répondre aux besoins liés aux situations critiques et à l'adaptation territoriale de l'offre de soins.	Développer l'évaluation et la surveillance clinique des patients à risque de défaillance vitale, la priorisation des soins et le travail en équipe en situation critique.	Soins critiques, parcours du patient grave et situations sanitaires exceptionnelles.
Soins pédiatriques	Répondre aux enjeux de santé de l'enfant et de l'adolescent et renforcer la prévention précoce.	Intégrer les spécificités du développement, les soins centrés sur l'enfant et sa famille, les droits de l'enfant, la prévention et l'accompagnement de la parentalité.	Nouveau-né, enfant et adolescent, situations aiguës ou chroniques, prévention, parentalité et vulnérabilités pédiatriques.
Risque et perte d'autonomie	Accompagner le vieillissement de la population, prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion des	Développer l'évaluation multidimensionnelle, la prévention de la perte d'autonomie, l'accompagnement des aidants et la	Fragilité, vieillissement, handicap, maintien à domicile, institutionnalisation, transitions de parcours et fin de vie.

« UEC parcours » proposées	Enjeux de santé et besoins territoriaux	Compétences et apprentissages privilégiés	Situations et contextes de soins explorés
	personnes en situation de handicap.	coordination sanitaire, sociale et médico-sociale.	
Les maladies chroniques et situations complexes	Répondre à la prévalence croissante des maladies chroniques et favoriser la participation de la personne à son parcours de santé.	Développer l'éducation thérapeutique, l'approche de la polypathologie, la décision partagée, la coordination des parcours et le soutien à l'autogestion.	Maladies chroniques et polypathologies, transitions de parcours, situations complexes, précarité et interfaces ville-hôpital.
Santé communautaire et précarité	Accès aux soins pour les populations vulnérables	Aller-vers, évaluation des besoins, littératie en santé, médiation, prévention et coordination sanitaire, sociale et médico-sociale.	Précarité, exclusion, migration, non-recours aux soins, habitat précaire et interventions auprès de populations vulnérables.

Tableau 12 - UEC Parcours et orientations pédagogiques du cadre de consolidation

Offre d'unités de consolidation « domaines » envisagés à ce jour

Les UEC « Domaine », pilotées par les responsables de domaine, approfondissent une pratique spécifique tout en maintenant des résultats d'apprentissage communs, une charge soutenable, des critères d'évaluation partagés et une traçabilité en conseil de département.

FORMATION CLINIQUE, SIMULATION ET INTERPROFESSIONNALITE

Parcours de stage

Le parcours clinique comprend 66 semaines et couvre quatre typologies : phase aiguë, phase stabilisée, soins primaires et vulnérabilité. Les périodes sont d'au moins cinq semaines, simulation incluse, selon les principes communs validés. Une attention particulière est portée à la santé de l'enfant et à la psychiatrie, ainsi qu'à l'équité d'accès aux terrains sur les trois départements.

Les principes concernant l'alternance ont été travaillés entre les instituts du groupement avec une visualisation de la cohérence pédagogique (Tableau 13). Ces principes sont :

- Stage de 5 semaines minimum (simulation incluse)
- 4 typologies définies par l'arrêté du 20 février 2026 :
 - Type 1 : phase aigue
 - Type 2 : phase stabilisée
 - Type 3 : soins primaires
 - Type 4 : vulnérabilité
- 2 semaines de simulation dite clinique par année (dans la limite de 6 semaines sur 3 ans conformément au référentiel). Le terme de simulation clinique permet la traçabilité des semaines de simulation comptant sur du temps de stage et par opposition à la simulation réalisée comme méthode pédagogique dans les enseignements théoriques qui sera développée par ailleurs ;
- L'organisation du service sanitaire modifie les alternances des IFSI du territoire en L2 (alternance différenciée)

Eviter la programmation en stage des 3 promotions en même temps et privilégier la présence en stage des 1ère et 3ème année afin de développer un système de mentorat.

Semestre	Organisation commune issue du dossier d'accréditation
S1	1 semaine de simulation clinique et 1 semaine d'immersion (socialisation infirmière) faisant l'objet d'un travail spécifique.
S2	Deux périodes de 5 semaines de stage, dont 1 semaine de simulation clinique.
S3	15 semaines de stage, dont 1 semaine de simulation clinique.
S4	11 semaines de stage, dont 1 semaine de simulation clinique.
S5	11 semaines de stage, dont 1 semaine de simulation ; possibilité d'y positionner le stage de consolidation de 10 semaines.
S6	17 semaines de stage, dont 1 semaine de simulation ; possibilité d'y positionner le stage de consolidation de 10 semaines.

Tableau 13 – Décisions communes concernant les stages au sein du groupement

Chaque semaine de stage correspond en moyenne à 35 heures de présence, dont 5 heures dédiées à l'appropriation des connaissances dans une démarche réflexive sur le lieu de stage. Le tuteur évalue la progression au regard des critères et indicateurs du référentiel. La supervision évolue selon les compétences démontrées, la situation et le niveau de risque.

PILOTAGE, QUALITE ET EVALUATION DU PROJET

Le projet est piloté selon un cycle annuel : diagnostic, programmation, mise en œuvre, analyse des données, dialogue avec les parties prenantes et décision d'ajustement. Un bilan synthétique est présenté au conseil de perfectionnement puis au conseil de département. Une évaluation approfondie à mi-parcours prépare la révision du projet (Tableau 14).

Objectif	Indicateurs proposés	Instance et de périodicité suivi
Réussite et sécurisation des parcours	Nombre et taux de validations, de passages, de diplomation, d'abandons, de réorientations Délaï moyen de traitement des alertes.	Semestriel et annuel / commission réussite, conseil de département.

Objectif	Indicateurs proposés	Instance périodicité suivi et de
Qualité des apprentissages	Résultats par domaine, progression des acquis en situation clinique, mesure des écarts inter-sites, satisfaction et qualité du feedback.	Semestriel / domaines et inter-domaines.
Qualité des stages	Nombre d'agrément, nombre de places et capacité d'accueil rapportée aux besoins, taux de couverture par typologie de stage. Nombres d'incidents, Score de satisfaction des étudiants, Nombre de tuteurs formés et	Annuel / commission des stages.
Personnalisation/consolidation	Taux de satisfaction des vœux, répartition UEC, atteinte des objectifs, cohérence entre UEC et typologie du/desstages Contribution du dispositif au projet professionnel de l'étudiant.	Annuel / responsables UEC.
Recherche et pratiques fondées sur les données probantes	Taux de mobilisation des données probantes dans les travaux académiques et les situations cliniques Qualité des productions scientifiques des étudiants Nombre et taux de formateurs formés à l'Evidence-Based practice	Annuel / conseil scientifique.
Territoire et PRS	Projets de prévention, partenariats, stages territoriaux, insertion et contribution aux priorités régionales.	Annuel / conseil de perfectionnement.
Bien-être et équité	Nombre de recours aux dispositifs, aménagements effectifs, climat, discriminations/violences et écarts entre sites.	Annuel / gouvernance du DeSI.
Innovation et transition	Nombre de séances de simulations communes organisées, Nombre de séquences interprofessionnelles réalisées, numérique responsable et éco-soins.	Annuel / conseil de département.

Tableau 14 - Dispositif de suivi et d'évaluation du projet de formation

CONCLUSION

Ce projet traduit le référentiel 2026 en une ambition collective lisible : former un infirmier débutant capable de penser et d'agir dans des situations de complexité croissante, au bénéfice des personnes et des territoires. Il relie les priorités du PRS, les cinq domaines de compétences, les sept principes pédagogiques, le cadre de consolidation et une progression expérientielle inspirée de Benner et de Steinaker & Bell comme le propose Landers. Sa réussite repose sur la cohérence entre instituts et université, la qualité des environnements cliniques, la participation des étudiants et des personnes concernées, et une amélioration continue fondée sur des données objectivables.

REFERENCES

1. Académie de recherche et d'enseignement supérieur. (2016). Référentiel de compétences du bachelier infirmier responsable de soins généraux. ARES.
2. Agence régionale de santé Pays de la Loire. (2025). Projet régional de santé 2023–2028 des Pays de la Loire : Version actualisée après la révision du 27 juin 2025. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2023-2028-des-pays-de-la-loire-arrete-le-26-octobre-2023>
3. Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Acte juridique NOR : ESR2601184A (2026). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053568913>
4. Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
5. Comité international francophone pour la formation infirmière. (2021). Référentiel de compétences infirmières. Université de Montréal.
6. Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier au coeur de la discipline et de la profession* (1ère). Gaëtan Morin.
7. Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 18-27.

8. Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
9. Garry-Bruneau, M., Beaujean, E., Huet, S., Passavant, S., Rouet, E., & Poiroux, L. (2024). Proposition d'un modèle d'enseignement en sciences infirmières en Licence. *La revue de l'infirmière*, (305), 22-24.
10. Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2022). Plan d'études cadre Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers. HES-SO.
11. Kim, H. S. (2015). *The essence of nursing practice: Philosophy and perspective*. Springer Publishing Company.
12. Landers, M. G., O'Mahony, M., & McCarthy, B. (2020). A Theoretical Framework to Underpin Clinical Learning for Undergraduate Nursing Students. *Nursing Science Quarterly*, 33(2), 159-164.
<https://doi.org/10.1177/0894318419898167>
13. Steinaker, N., & Bell, M. R. (1979). The experiential taxonomy : A new approach to teaching and learning. (No Title).
<https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000794862461312>
14. Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse : A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
15. White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart. (2025). . *Révision des définitions des «soins infirmiers» et «infirmière». Rapport final du projet, juin 2025. Conseil International des Infirmières.*

Liste des tableaux

Tableau 1 – Liste des IFSI du TUS et nombre d'étudiants par promotion de chaque institut	6
Tableau 2 – Valeurs du Département de sciences infirmières de la Faculté de santé de l'Université d'Angers	10
Tableau 3 – Articulation curriculaire de la Licence en Sciences infirmières avec le Projet Régional de Santé Pays de la Loire 2023–2028	11
Tableau 4 – Architecture de la formation et implications pédagogiques du référentiel 2026	17
Tableau 5 – Les 5 domaines de la formation initiale infirmière et leur contribution à la professionnalisation	18
Tableau 6 - Mise en œuvre des principes pédagogiques du référentiel de formation	20
Tableau 7 - Fondements théoriques de la professionnalisation et déclinaisons pédagogiques (réflexion adaptée de Lander, 2020)	22
Tableau 8 - Progression du développement des compétences cliniques et de l'autonomie au cours des trois années de formation	24
Tableau 9 - Nombre de personnes prises en soins par un étudiant infirmier au cours de sa formation.....	39
Tableau 10 - Déclinaison de la progression des apprentissages et des compétences par domaine de formation	40
Tableau 11 – Illustration de la démarche d'alternance intégrative	41
Tableau 12 - UEC Parcours et orientations pédagogiques du cadre de consolidation	47
Tableau 13 – Décisions communes au sein du groupement concernant les stages	49

Liste des figures

Figure 1 – Localisation des IFSI du TUS et de la Faculté de santé **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 2 – Les 5 axes stratégiques de la Licence en Sciences infirmières du Département de sciences infirmières de la Faculté de santé de l'Université d'Angers	14
Figure 3 - Progression de l'apprentissage en pratique clinique au cours des trois années de formation initiale en sciences infirmières	23