

ÉDITO

La place des soins infirmiers

Brigitte LECOINTRE, présidente

Chers collègues, chers amis,

France Inter a récemment animé une émission sur l'intelligence artificielle présente dans bien des domaines de nos vies au quotidien, avec l'arrivée de Chat GPT. La question au cœur du débat portait sur les possibilités et les limites de l'intelligence artificielle dans l'enseignement.

Lors de ce *débat de midi* du 17 juillet, les débatteurs Cédric Villani, Luc Ferri et Isabelle Ryl étaient invités. Sur la question de l'orientation des élèves, selon Luc Ferri l'IA générative irait attaquer toutes les tâches mais assez peu de métiers, comme il le dit « *Le radiologue disparaîtra bien avant le généraliste et le généraliste bien avant l'infirmier... Les métiers que l'intelligence artificielle n'attaquera jamais sont les métiers qui associent la tête le cœur et la main, soit... l'intelligence, les relations humaines et le savoir-faire manuel* ».

Ces propos et ce regard porté par le philosophe sur les grandes transitions et la vision d'un monde à venir soutient nos convictions profondes que **NON** il n'y aura pas un monde sans médecins, sans infirmières, sans soignants **OUI** la profession infirmière est consciente de l'impérieuse nécessité d'accompagner les évolutions technologiques en participant à la conception au développement à la mise en œuvre à l'application et à la recherche des progrès technologiques, en modifiant nos pratiques de soins dans une approche pluri-professionnelle en allant vers un changement de paradigme en soins infirmiers pour répondre pleinement à l'utilité sociale qui nous définit et attester de la place des soins infirmiers dans l'avenir de notre système de santé.

L'opportunité nous est offerte et nous donne aujourd'hui de bonnes raisons de poursuivre notre recherche d'évolution.

Le temps est venu de passer à l'action, de dépasser les obstacles professionnels et politiques.

Une mission gouvernementale, un Conseil national de la refondation, une loi promulguée, un séminaire de la refondation du métier infirmier... Les travaux ont été lancés le 26 mai par le Ministre et devraient aboutir en septembre 2024. Ces tra-

voux sont conduits à la demande du Ministre par la DGOS avec toutes les parties prenantes au regard de leurs missions et de leurs responsabilités.

Constitution de groupes de travail : *GT technique Activités Compétences métier socle infirmier* (DGOS RH2) *GT référentiel de formation* (DGOS RH1).

En parallèle, le Ministre annonce le lancement de grandes consultations nationales auprès des infirmières, des étudiants et des patients, des concertations régulières avec des organisations syndicales, des consultations et de la co-construction avec les acteurs institutionnels, les régions et l'ensemble des élus, les ARS, les employeurs enfin la constitution de « groupes témoins » initiés lors des ateliers du 11 et 12 mai dernier. Un macro planning resserré, un découpage des étapes par semestre.

C'est une refonte très ambitieuse, il est de notre responsabilité d'apporter notre expertise et tous nos savoirs. Il est également de notre responsabilité de montrer aux décideurs notre capacité à apporter une contribution essentielle aux débats et de mettre en évidence la nécessité de faire évoluer la profession infirmière. C'est ensemble que nous devons envisager notre avenir et ensemble à l'écrire... Et ne pas permettre aux autres de la faire à notre place.

Notre avenir nous appartient, analysons le passé pour ne pas commettre les mêmes erreurs.

J'encourage chacun d'entre vous à faire entendre sa voix...

Je vous souhaite chers collègues et chers amis un repos tant mérité

Bien à vous

Brigitte LECOINTRE

SOMMAIRE

- 2 **Le CII et l'OMS**
Michel ACORN
- 4 Madame la **Rapporteuse Générale**
Stéphanie RIST
- 7 **La profession d'infirmière** dans le système de santé français
Monique MONTAGNON
- 8 **L'association nationale des cadres de santé**
Dominique COMBARNOUS
- 9 Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières **FNSEI**
Manon MOREL
- 9 Finir sa vie **chez soi**
Michèle PEYRICHOUX
- 11 La place de l'**éthique** dans les soins infirmiers
MC DAYDÉ
- 13 Infirmière à l'**éducation nationale**
Sylvie MAGNE
- 15 Infirmier **militaire**
Amandine EUZEN
- 15 Infirmier en **Norvège**
Anja OUSTALET
- 18 **UNICANCER** crée un label pour les IDeL
Christelle GALVEZ
- 20 **L'hiver de mes parents**

Madeleine ASSAS
- 22 Membre adhérent de l'**ANFIIDE**
Brigitte HÉRISSON
- 23 15e congrès français de **psychiatrie**
Comité scientifique JSIRP
- 24 Animer un **réseau mondial infirmier** depuis près de 25 ans
sidiief.org
- 25 Veille juridique
Geneviève CAILLE

Le CII et l'OMS

75 ans d'une riche collaboration

Michelle Acorn, Infirmière en chef du CII

Le Conseil International des Infirmières entretient une relation de longue date et fructueuse avec l'Organisation mondiale de la Santé depuis la création de cette dernière, en 1948. Alors que l'OMS fête son 75^{ème} anniversaire, le Dr Michelle Acorn, Infirmière en chef du CII, examine cette collaboration et la façon dont elle continue de promouvoir les soins de santé et la pratique infirmière dans le monde. La collaboration soutenue entre les deux organisations, fondée sur des objectifs communs et un soutien réciproque, a joué un rôle capital en vue de façonner la profession infirmière et améliorer les résultats de santé dans le monde.



Depuis sa création en 1899, le Conseil International des Infirmières (CII) est le fer de lance du statut professionnel des infirmières et de l'unité des infirmières à travers le monde.

Des femmes d'exception - dont Ethel Gordon Fenwick, la fondatrice du CII qui a eu l'idée, en 1899, de créer une organisation internationale d'infirmières - ont été à l'avant-garde du mouvement pour le droit de vote des femmes au début du 20^e siècle.



Elles ont perçu l'importance de l'ascendant des soins infirmiers sur la santé des populations dans le monde et la nécessité pour la profession de « promouvoir la santé des nations et renforcer les normes de soins aux personnes malades, et [...] d'assumer la responsabilité du leadership mondial en matière de formation des infirmières » (Brush and Lynaugh 1999).

Leur perception d'une organisation mondiale des soins infirmiers qui unirait la profession et œuvrerait à préserver le bien-être des infirmières et de leurs patients partout dans le monde a donné naissance au CII actuel, qui compte aujourd'hui plus de 130 associations nationales d'infirmières dans toutes les régions du globe et est reconnu comme le porte-parole des quelque 30 millions d'infirmières à travers le monde.

Depuis la création de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1948, le CII et l'OMS ont établi des « relations officielles », un lien privilégié permettant au CII de contribuer aux activités de l'OMS et renouvelé tous les trois ans aux termes d'un accord.

Ce rapport privilégié reconnaît l'importance des soins infirmiers et le rôle essentiel qu'ils jouent dans la réalisation des objectifs de l'OMS. Ce partenariat permet une collaboration étroite, le partage d'informations et des initiatives conjointes, et par ce biais, le CII apporte l'expertise de son réseau mondial aux initiatives de l'OMS. En échange, l'OMS soutient et donne plus d'écho à la voix des infirmières dans les instances de santé mondiale. Parmi les résultats de ce rapport privilégié, citons l'élaboration de politiques, de directives et de normes fondées sur des données probantes favorisant l'excellence dans la pratique et la formation infirmières.

Cette année marque le 75^e anniversaire de l'OMS, commémorant trois quarts de siècle de dévouement inlassable à la santé mondiale. Tout au long de son histoire, l'OMS a reconnu le rôle vital des soins infirmiers dans la réalisation de sa mission,



en particulier sous la direction de son actuel Directeur général, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, le CII étant un partenaire constant dans cette entreprise. Ensemble, les deux organisations ont œuvré au renforcement des systèmes de santé, à la promotion de l'équité en santé et à la défense des droits et du bien-être des infirmières et des autres professionnels de santé dans le monde.

Ces dernières années, la preuve la plus tangible de ce rapport privilégié et des progrès des soins infirmiers qui en ont résulté a été l'élaboration et la mise en œuvre, en collaboration, des Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux, y compris sa version actuelle, qui couvre la période 2021-2025 (OMS 2021).

Les Orientations stratégiques mondiales constituent une feuille de route permettant aux pays d'optimiser la contribution des infirmières et des sages-femmes à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, à la promotion de la santé et du bien-être, et à la prise en compte des nouvelles problématiques de santé au 21^{ème} siècle. L'expertise et la portée mondiale du CII ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces orientations stratégiques et leur application concrète.

Le Congrès du CII, organisé cette année à Montréal (du 1^{er} au 5 juillet), permet pour la première fois aux infirmières du monde entier de se réunir en masse depuis la pandémie. Le thème du Congrès,

Les infirmières, ensemble : une force pour la santé mondiale, fait écho au thème du 75^e anniversaire de l'OMS, La santé pour tous.

Le Congrès du CII permet à des infirmières du monde entier de partager leurs connaissances, leurs expériences et les meilleures pratiques. C'est l'occasion de nouer des contacts, de collaborer et de se perfectionner professionnellement et l'OMS, comme de coutume, y participera activement, contribuant aux débats sur les priorités mondiales de santé, le leadership infirmier et la formulation des politiques. Cette collaboration renforce les relations entre le CII et l'OMS et favorise une perception commune des soins infirmiers et des soins de santé.

Les travaux du CII avec l'OMS ont apporté des avantages notables aux deux organisations durant leurs 75 années de collaboration. Le CII a bénéficié de l'accès aux importantes ressources, à l'expertise technique et à l'influence mondiale de l'OMS, renforçant sa capacité à plaider pour les soins infirmiers et à façonner les politiques de santé. Les connaissances spécialisées du CII, son réseau mondial et son ancrage local, permettent à l'OMS de mieux comprendre les réalités des soins infirmiers sur le terrain et de mettre en œuvre des stratégies efficaces.

Les résultats du rapport privilégié entre le CII et l'OMS sont évidents : ils ont permis aux deux organisations de contribuer au renforcement du leader-

ship infirmier, de bonifier la qualité de la formation des infirmières, d'améliorer la planification des effectifs et de traiter des questions de premier ordre telles que la migration des infirmières et la pénurie mondiale d'infirmières. Ces efforts communs ont contribué à l'autonomisation professionnelle des infirmières, à une meilleure reconnaissance de leurs contributions et à l'amélioration des résultats de santé dans le monde.

Conclusion

Le rapport privilégié entre le CII et l'OMS offre un exemple de la façon dont les partenariats peuvent mener à des changements positifs dans le domaine des soins de santé à l'échelon mondial. Alors que l'OMS célèbre son 75^e anniversaire, sa relation avec le CII est plus forte que jamais. En œuvrant de concert, les deux organisations continuent de façonner l'avenir des soins infirmiers et de faire progresser la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Longue vie à cette relation !

Références

- Brush B, Lynaugh J** (1999) Nurses of All Nations. A history of the International Council of Nurses, 1899-1999. Lippincott, Philadelphia PA.
- Organisation mondiale de la Santé** (2021) Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux (2021-2025). OMS, Genève.
- Dr Michelle Acorn** DNP, NP PHC/Adult, MN/ACNP, BScN/PHCNP, FCAN, FAAN, GCNC, est Infirmière en chef du CII

Madame la Rapporteuse Générale Stéphanie RIST

Depuis la stratégie « Ma Santé 2022 » jusqu'au Ségur de la Santé, en passant par chacun des projets de lois de financement de la Sécurité sociale, nous avons investi et permis d'améliorer la situation financière du système de soins. Cependant, des rigidités persistent et l'on peut voir que le parcours de soins n'est pas lisible pour les patients.

On constate par ailleurs que le nombre de médecins reste insuffisant malgré la suppression du *numerus clausus* en 2019 par notre majorité. En conséquence, la situation nécessite des solutions de très court terme notamment pour libérer du temps médical.

Force est de constater que nous devons aller plus loin, par cette loi que j'ai portée avec mon groupe parlementaire Renaissance, nous entendons répondre aux priorités rappelées par le Président de la République Emmanuel Macron lors de ses vœux aux acteurs de la santé en janvier 2023: **Libérer du temps médical, améliorer l'accès aux soins et reconnaître les compétences des professionnels de santé.**

Depuis le début de mon engagement politique je porte à bras-le-corps la question de l'accès aux soins, au travers des compétences des professionnels de santé, notamment le développement de la pratique avancée. Mon approche à travers ce texte est très simple: **dès lors qu'une profession de santé a des compétences pouvant être utilisées pour améliorer l'accès aux soins, nous devons les valoriser.**

Je suis convaincue de l'importance de valoriser les compétences des professionnels de santé pour lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accès aux soins. En 2021, lors de la première loi que j'ai portée, j'ai délibérément choisi cette approche. L'article 1 de la proposition de loi initialement présentée, a ouvert la voie à un débat sur le partage des compétences (*par la création d'une profession médicale intermédiaire*). Lors de son adoption, l'article 1 (*très largement modifié*) visait à dresser un état des lieux sur le décloisonnement des professions de santé. En novembre 2021, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) venait alors établir un constat et des re-



commandations, en se limitant néanmoins au prisme de l'infirmier de pratique avancée.

La loi désormais promulguée depuis le 19 mai, poursuit l'idée d'un "accès direct", non seulement pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers de pratique avancée (IPA) mais aussi les infirmiers dans le cadre du traitement des plaies. Elle est donc la continuité de mes travaux législatifs concernant le partage des compétences.

Pour autant, notre système de protection sociale a été construit sur la crainte du retour des officiers de santé, ce qui a créé un "Syndrome Charles Bovary" qui entrave notre capacité à décloisonner notre système de santé. Des actes qui sont actuellement réalisés en France par des médecins peuvent être effectués par des infirmiers aux États-Unis

depuis plus de 60 ans. Nous avons donc un retard d'au moins 20 ans sur ce sujet.

Nous progressons pas à pas pour construire le système de santé de demain. Les deux lois que j'ai porté, y compris la dernière récemment adoptée, viennent renforcer notre action engagée depuis 2017 avec la loi OTSS (« Ma Santé 2022 ») et les différentes lois de financement de la sécurité sociale qui, chaque année, font évoluer le cadre vers une plus grande coopération et un partage des compétences.

Concernant la profession infirmière, deux principales mesures font évoluer l'exercice et l'approche de la profession. D'abord celui des **infirmiers de pratique avancée** dont la loi rend **l'accès direct possible dans le cadre d'un exercice coordonné** (*établissement de santé, établissement médico-social, maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaires ou spécialisés*) à l'exception de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dont l'accès direct ne sera possible que dans le cas d'une expérimentation dans 6 départements.

Ce même accès direct **sera rendu possible également pour les infirmiers dans le cadre du traitement des plaies chroniques.**

L'infirmier, soignant de première ligne, est le maillon incontournable d'une prise en charge coordonnée et du suivi des patients souffrant de plaies chroniques, depuis l'évaluation et le traitement initial de la plaie et des facteurs de risque du patient, jusqu'à son suivi quotidien en passant par l'identification et la surveillance d'éventuelles complications.

Il s'agit alors par loi, de permettre à l'infirmier (*qui aura bénéficié d'une formation dédiée aux plaies et à la cicatrisation*

le cas échéant) dans le cadre d'un exercice coordonné, de réaliser à la fois la prévention des facteurs de risque et de fragilité du patient, mais aussi de trouver le meilleur traitement cutané possible. L'infirmier sera alors autorisé à prescrire une liste de produits de santé ainsi qu'une liste des examens complémentaires utiles à la prise en charge de la plaie (*écouvillonnage, bilan biologique infectieux...*). Les résultats de ces examens complémentaires, ainsi que le compte rendu des soins, seront systématiquement transmis au médecin traitant, qui pourra coordonner la stratégie thérapeutique.

Ces évolutions sont le témoin de la reconnaissance des compétences déjà acquises par des professionnels de santé qui pourront prendre en charge dans la limite de leurs compétences certains patients qui ne nécessitent pas en premier recours, l'expertise d'un médecin. Pour autant, les médecins resteront au centre de la prise en charge et auront plus de temps consacré aux malades. La coopération entre professionnels est indispensable pour une meilleure qualité des soins.

J'ai à cœur de penser que nous devons réfléchir à une évolution de notre système de financement dans le secteur de la santé

C'est simplifier, accompagner et développer la coopération entre professionnels de santé. Cette loi est une nouvelle brique des travaux législatifs que nous menons pour l'accès aux soins. Nous devons aller encore plus vite et plus loin sur la coopération et le partage des compétences, c'est le combat politique que je mène depuis 2017.

En ma qualité de rapporteure générale de la commission des affaires sociales et donc des projets de lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS), j'ai à cœur de penser que nous devons réfléchir à une évolution de notre système de financement dans le secteur de la santé et notamment la question du financement des professionnels de santé.

La profession d'infirmière dans le système de santé français

Monique MONTAGNON

La situation actuelle du système de santé français

Pour qu'un système de santé fonctionne, trois composantes sont indispensables :

- **Des professionnels de santé** dont le nombre, la formation, les compétences et la répartition sur les territoires sont en adéquation avec les besoins de la population.

- **Des structures en nombre suffisant** et réparties sur les territoires pour permettre l'accès aux soins pour tous.

- **Un financement** qui doit permettre un fonctionnement sur la base des principes posés en 1945 ; solidarité et mutualisation afin de permettre à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

Si l'un de ces trois éléments est en difficulté, tout le système de santé sera impacté.

Cet article aborde essentiellement le problème des professionnels de santé, car c'est celui qui met actuellement en danger le principe d'accès aux soins pour tous. Parler d'évolution pour la profession d'infirmière, c'est d'abord aborder sa place dans ce contexte.

Depuis 1978, le système de santé subi de très nombreuses réformes pour maîtriser les dépenses et adapter son fonctionnement à l'évolution de la société. Pendant ce temps, le fondement même du mode d'exercice des paramédicaux (auxiliaires médicaux) est resté figé.

La France, par son histoire fonctionne sur la base :

- du **monopole médical**, article L.4161-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

- de la **subordination des auxiliaires médicaux**, Titre III du CSP (art I 4311-1 à L4381-3).

Cette situation s'explique par l'histoire de la médecine avant 1892.

Au XIX^e siècle le charlatanisme était monnaie courante. La population était peu consommatrice de soins médicaux (peu nombreux et difficilement comparables à ceux d'aujourd'hui !). Elle n'avait pas toujours les moyens pour payer un médecin. Les malades faisaient encore appel aux guérisseurs, rebouteux, magnétiseur...

Depuis 1803, il existait deux types de praticiens : les médecins et les officiers de santé.* Durant presque un siècle, les médecins se sont battus pour la suppression de ces derniers et ils obtinrent gain de cause en 1892 avec la Loi Chevandier.

C'est à partir de cette date que s'est mis en place le monopole médical, avec un fonctionnement de la médecine basé sur le « Tout médecin ».

En 130 ans, l'évolution de la médecine et des technologies ont permis aux français de bénéficier d'activités de soins variées, complexes et si nombreuses aujourd'hui qu'il n'est plus possible, à la seule profession médicale de tout gérer et de tout maîtriser. Le nombre de malades chroniques croît régulièrement, (35 %) nécessitant le développement de la médecine préventive pour freiner cette évolution.

Pour répondre aux besoins de la population, nous sommes environ 1 700 000 professionnels de santé. Les médecins sont au nombre de 220 000. Les paramédicaux sont 1 300 000 répartis entre une vingtaine de professions. Leur appellation légale

*Les officiers de santé exerçaient la médecine légalement depuis 1803, au même titre que les médecins. Mais une première voie, prestigieuse conduisait au doctorat en médecine avec un exercice sur l'ensemble du territoire et une autre voie permettait d'exercer la médecine en autonomie mais dans le territoire où l'on avait passé son brevet d'officier de santé. En l'absence d'un nombre suffisant de médecins, ce type de praticiens assurait la couverture médicale des populations en zone rurale ou dans les villes moyennes.

est « auxiliaires médicaux » c'est-à-dire en subordination médicale. Pourtant, en fonction de leur niveau d'études et de leurs compétences, ils sont *capables d'assurer en autonomie* une partie des activités qu'ils pratiquent.

Il est désolant de constater que le « Tout médecin » en France a écarté depuis de nombreuses décennies, plus d'un million de soignants de la sphère décisionnelle du système de santé. Aujourd'hui, seule la parole médicale est écoutée.

Les infirmières sont les plus nombreuses (environ 700 000) mais **sous-employées au regard de leurs compétences**, en raison de cette subordination. Elles sont trop souvent dans une posture de simples exécutantes, malgré une formation au niveau licence.

Pourquoi fonctionnons-nous encore sur la base de textes qui datent de 130 ans ?

Ces textes ont été élaborés dans le contexte de l'époque, la société d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle de la fin du XIX^e siècle !

L'évolution possible du rôle de l'infirmière française dans le contexte actuel.

Dans le contexte de déserts médicaux et de tension dans les services hospitaliers et aux urgences, l'infirmière a une place à prendre en raison de :

- son nombre et sa répartition sur tout le territoire
- sa formation moins scientifique que celle des médecins, mais complétée par une posture d'écoute, une démarche clinique, une approche éducative et une analyse basée sur une vision globale des problèmes.
- ses compétences pour analyser un problème de santé et adapter ses actions dans un contexte aigu ou chronique.
- ses compétences dans le domaine de l'éducation, du conseil et de l'éducation thérapeutique.
- ses capacités à adapter des traitements, exemples : insuline, anticoagulant... (sans reconnaissance pour elle, car sous tutelle du monopole médical) et ses capacités à faire de nombreux actes non encore inscrits dans son décret de compétences. En particulier en milieu hospitalier, il lui est reconnu officieusement des capacités

à faire des vaccins, des consultations, appliquer des protocoles, poser des cathéters centraux (IADE)... **Pourquoi ne pas lui reconnaître ces compétences ?**

Comme c'est le cas dans de nombreux pays, il serait possible de *répartir* certaines *activités de soins faites par les médecins*, vers les infirmières.

Pour cela, la profession ne fera pas l'économie d'une réflexion sur son fonctionnement, son organisation et son positionnement vis-à-vis du corps médical.

Il est possible d'imaginer une répartition des soins **encore faits** par les médecins, en 3 catégories :

A Soins curatifs dans un contexte aigu et interventions chirurgicales → Formation au moins à bac + 9 ans voire plus, doctorat. Soins faits uniquement par des médecins

B Soins curatifs dans un contexte chronique surveillance spécifique, consultation, prescription, suivi... → Formation à bac + 5, master. Soins faits par des Infirmières en Pratique Avancée (IPA), infirmières spécialisées...

C Activités de prévention (vaccins) et d'éducation thérapeutique (ETP), surveillance et adaptation de traitements (ex :insuline, anticoagulant avec prescriptions afférentes), certificat décès... → Formation à bac +3, licence. Soins faits par infirmière (IDE), infirmière libérale (IDEL), IDE en milieu scolaire ou en entreprise

Remarque : Les spécialités infirmières sont au niveau master, en particulier les IADE. Elles pourraient jouer un rôle de suppléance des médecins en fonction de leurs compétences.

Les sages-femmes, depuis peu ont gagné leur autonomie dans les soins qu'elles pratiquent. Cet exemple montre la faisabilité de cette démarche.

Mais il ne suffit pas d'obtenir l'autonomie de ses actes. La profession infirmière devra **développer** encore davantage les **sciences infirmières** et la **recherche**.

Pour qu'une profession soit autonome, elle doit être capable de maîtriser le processus de sa formation et de gérer ses activités en créant des normes, des protocoles et en évaluant ses activités. La feuille de route proposée aux infirmières et à leurs responsables pourrait être :

- Renforcer la formation initiale en donnant une double appartenance aux enseignants en IFSI 50% institut (université bientôt?) et 50% services de soins

- Organiser des échanges entre les IFSI et l'hôpital sur l'encadrement des stages.

- Développer les sciences infirmières à l'université, ainsi que la recherche avec des doctorants.

- Créer des protocoles de soins pour homogénéiser les pratiques afin d'améliorer la qualité des soins et en faciliter l'évaluation.

- Accepter les responsabilités qui découlent d'un exercice autonome.

- En raison du nombre (700 000) les différentes représentations infirmières: Ordre, Associations, syndicats... doivent faire preuve de **tolérance, d'écoute** et dans l'intérêt de tous, faire **consensus** pour avancer **malgré les divergences**.

- Reconstruire la famille soignante pour les hospitalières en redonnant une place centrale au cadre infirmier de proximité. C'est lui qui donne le **sens au travail** en étant le « ciment » de l'équipe. Son premier rôle doit être d'encadrer les soins. Pour suivre la qualité des soins dispensée aux malades dans son service, il doit être aidé dans les tâches administratives. Pour sa crédibilité, le cadre de proximité doit connaître et posséder « un savoir -faire » sur les activités des personnes qu'il gère.

Pourquoi parler de la reconstruction de la famille soignante ?

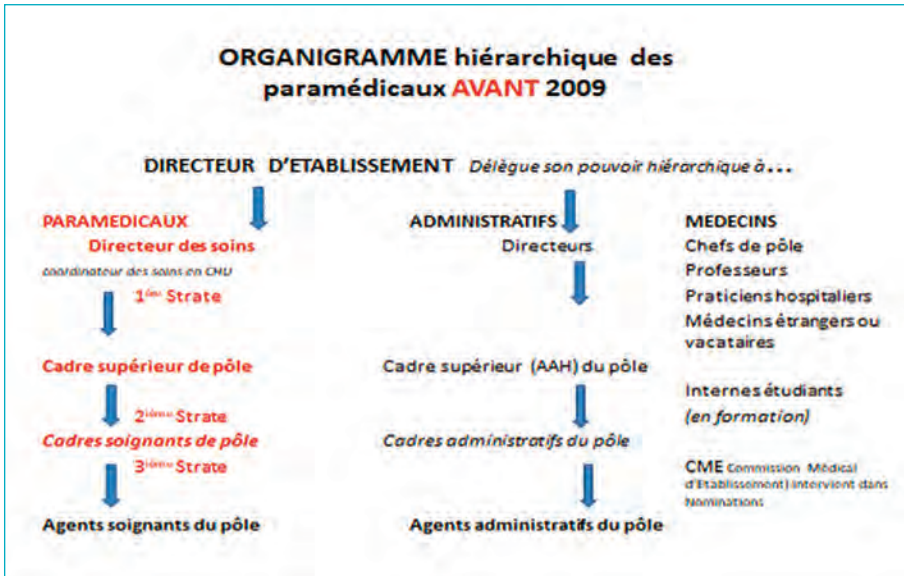
Jusqu'en 2009, il existait trois familles à l'hôpital public, avec des pourcentages d'environ 18% pour les administratifs, 22% pour les médecins et 70% pour les soignants. Ce chiffre de 70 s'explique par la présence en son sein de deux professions qui permettent à l'hôpital de fonctionner 7 jours /7 et 365 jours par ans (IDE et AS).

En 1991, ce rôle central des infirmières et des aides-soignantes a été reconnu à travers la création du service infirmier, avec à sa tête, une infirmière générale, (Directeur des soins depuis 2002) faisant partie de l'équipe de direction.

De 1991 à 2009 l'organigramme infirmier et des autres paramédicaux par la suite est resté le même, avec trois strates hiérarchiques.

Tout n'était pas simple, mais le personnel connaissait ses responsables et leur rôle.

Voir l'organigramme ci-dessous, avant 2009



Remarque : Les médecins ne fonctionnent pas sous le pouvoir hiérarchique du directeur. Il n'y a pas de délégation de pouvoir de celui-ci.

Deux réformes ont modifié en profondeur les organisations et les niveaux de décisions à l'hôpital. Tout d'abord celle de 2005 avec la création des pôles (Hôpital 2007) et celle de 2009 (Loi HPST*) qui a conforté les pôles et supprimé les prérogatives statutaires du directeur des soins.

Son pouvoir hiérarchique sur l'encadrement soignant n'apparaît plus.

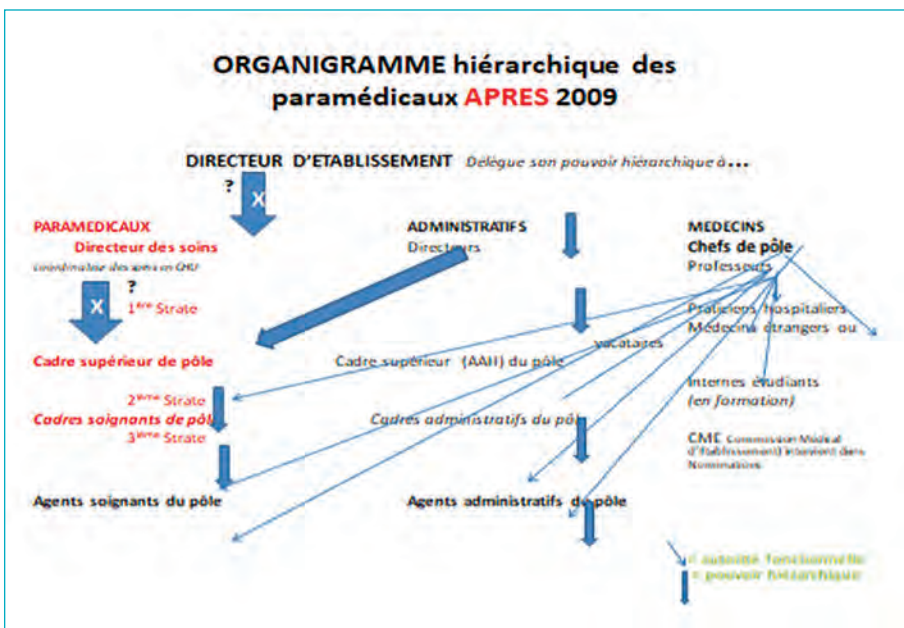
Par ailleurs, elle a renforcé le rôle du chef de pôle en donnant au médecin chef de pôle une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle, incluant les médecins responsables d'unité ou de service de soins, les cadres

soignants, administratifs et les agents. Voici le nouvel organigramme des paramédicaux après 2009, en tenant compte des textes

Cet organigramme permet de visualiser la complexité des relations entre les acteurs hospitaliers et la fragilité de la famille soignante.

IMPORTANT

En apparence, la ligne hiérarchique à trois niveaux des paramédicaux est restée la même (les appellations n'ont pas changées) mais avec des prérogatives modifiées sans que les professionnels de terrain en soient vraiment conscients.



*Loi Hôpital Patient Santé Territoire, promulguée en juillet 2009

Ceux qu'ils considéraient comme leur hiérarchie n'ont plus les mêmes moyens pour défendre des points de vue, des dossiers, des embauches ou la qualité des soins.

Ceci a eu pour conséquence, l'incompréhension et la colère des soignants, une perte de sens au travail, un malaise généralisé des équipes qui s'estiment mal représentées, pas écoutées et non défendues. Ceci a fait le lit de l'individualisme.

CONCLUSION

Sans oublier le fondement de notre métier, « Prendre soin » et nos valeurs humanistes nous avons le devoir de faire évoluer notre profession pour répondre aux besoins de la population.

Il est indispensable que dans un avenir proche, les textes relatifs au monopole médical et aux conditions d'exercice subordonnées des infirmières soient modifiés, pour réformer en profondeur le système de santé et l'adapter à la société du XXI^e siècle.

C'est à la profession de se prendre en charge, de revendiquer et de créer un véritable contre-pouvoir pour prendre la place qui lui revient en fonction de sa formation et de ses compétences.

Qui est l'auteur ?

Monique MONTAGNON a débuté sa carrière comme infirmière-puéricultrice, puis cadre infirmier, cadre supérieur, directeur des soins et coordinatrice générale des soins de CHU. Par son expérience hospitalière, ses lectures, ses articles et des fonctions au niveau national, (HAS, Ordre, comités scientifiques) elle a pu appréhender le système de santé dans son ensemble. Elle a acquis une vision politique et financière en côtoyant toutes les professions libérales et salariées gravitant dans cet univers. Elle a pu suivre et comprendre la genèse des textes de loi, observer le lobby médical d'une puissance et d'une efficacité redoutables et de constater de nombreux freins au changement.

Si vous voulez approfondir les points développés dans cet article

Livre : « Le système de santé à bout de souffle, OMERTA SANITAIRE » mars 2023, 100 pages. Edition Publishroom. Prix 15€. Commander sur AMAZON + 2,9€ de port Ou commander à Monique MONTAGNON, sans frais de port et dans un délai de 5 jours maximum 13 rue de la Pauze 63130 Royat Joindre un chèque de 15€ à son nom

L'association nationale des cadres de santé

Dominique COMBARNOUS, Présidente ANCIM (Association Nationale des Cadres de Santé)



Créée le 16 novembre 1989, l'Association Nationale des Cadres de santé (ANCIM) est reconnue pour son expertise dans les questions de management et pédagogie au sein du système de santé. L'association regroupe l'ensemble des cadres de santé, de toutes les filières paramédicales et les coordonnateurs-trices sage-femmes dont les exercices peuvent être en privé, public ou médico-social.

Notre conseil d'administration est composé de 18 membres de toutes les filières que ce soient des managers de proximité, des cadres supérieurs et des formateurs.

Nos missions sont de :

- Promouvoir, valoriser et légitimer les rôles, les missions et la place des cadres de santé :

Au sein du système de santé
Auprès des pouvoirs publics

- Favoriser et encourager dans nos actions la qualité des soins pluri et inter-professionnels
- Susciter et soutenir les actions de recherches et d'innovations managériales
- Organiser et encourager des actions de formation continue
- Contribuer à l'évolution et l'actualisation de la formation cadre de santé avec les parties prenantes

Nos valeurs

- Ouverture et détermination pour faire reconnaître les cadres de santé comme des professionnels compétents et incontournables
- Authenticité et transparence - Dire non aux faux compromis : Rester curieux, créatifs, ouverts et attentifs à de nouveaux points de vue. Agir par et pour les patients-bénéficiaires et les équipes-professionnels que nous encadrons
- Bienveillance et engagement en responsabilité au sein du collectif pour donner envie de progresser
- Convivialité et partage dans une dynamique constante de veille professionnelle
- Audace et prospective : oser et sortir de notre zone de confort. Aller plus loin, en conscience des besoins, tous ensemble avec le respect de l'altérité en inter-professionnalité

L'ANCIM défend une approche collaborative et participative du management, qui met l'accent sur l'écoute et la valorisation des compétences des collaborateurs.

L'association promeut un leadership qui prône la coopération et la collaboration entre les membres de l'équipe, en favorisant la communication ouverte et la prise de décisions participative. L'ANCIM encourage les cadres de santé à développer une approche humaniste de leur management, en mettant l'accent sur la bienveillance, la qualité relationnelle et l'empathie envers les collaborateurs et les patients.

Les objectifs de l'ANCIM sont de participer à l'ingénierie de la fonction cadre dès qu'elle sera discutée au ministère.

L'association défend le fait qu'un leader efficace doit être capable de mobiliser ses collaborateurs autour d'un objectif commun, en prenant en compte leurs besoins et leurs aspirations individuelles. Ce manager doit également être capable de favoriser l'autonomie et l'initiative de ses collaborateurs, tout en leur apportant un soutien et des ressources adaptés à leurs besoins.

L'ANCIM participe à de nombreux groupes de travail sur le domaine de la santé. Elle est sollicitée pour des prises de positions ainsi que pour des auditions afin d'exposer son point de vue pour des rapports demandés par le gouvernement ou les instances parlementaires. (Missions N. Baille/O. Claris, Sénat sur le système de santé et les ratios soignés/soignants). L'ANCIM travaille en étroite collaboration avec les autres associations professionnelles afin de po-

tentialiser les forces et construire ensemble le nouveau système de santé en inter professionnalité.

Les objectifs de l'ANCIM pour un avenir que nous espérons proche est de participer à l'ingénierie de la fonction cadre dès qu'elle sera discutée au ministère. Nous souhaitons travailler sur la place et le rôle du cadre ainsi que son appartenance à la direction des soins dans le souci d'avoir un collectif fort des paramédicaux pour collaborer avec les médecins et les directeurs dans une gouvernance renouvelée. L'ANCIM travaille également avec le ministère de la fonction publique sur le mentorat. Tous les sujets d'actualité qui touchent notre profession de proche ou de loin sont débattus au sein de notre conseil d'administration et l'avis de nos adhérents est sollicité régulièrement, voir nous leur demandons de participer à certains travaux. Afin de diversifier nos interventions et se faire connaître par un plus grand nombre, nous organisons deux journées nationales des cadres de santé tous les ans dans une ville différente. Cette année nous serons au Havre les 27 et 28 novembre sur le thème de l'autonomie et la responsabilité du cadre, pouvoir agir sociétal, pouvoir agir managérial, pouvoir agir environnemental. Enfin, afin de dynamiser nos futurs collègues nous organisons en collaboration avec la MNH un trophée des meilleurs mémoires d'école de cadre. Et parce que l'avenir est dans les nouvelles générations de cadres, l'ANCIM tente de leur donner envie en leur montrant que leur leadership peut être un moyen et non une finalité. Nous pensons qu'il faut changer les représentations ainsi que donner de l'autonomie pour mettre en pratique la créativité des cadres au service d'une mission plus grande de l'amélioration du système de santé.



Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières FNESI

Manon MOREL

En qualité de présidente de cette grande association regroupant les étudiants en soins infirmiers, quel engagement cela représente-t-il? Comment s'organiser pour ses études durant cette année? Comment endosser les projets d'un président précédent et envisager des projets à court, moyen et long terme? Sa vision de la profession à l'échelon national, européen et international. Ce qu'elle apporte à la FNESI, son mode de travail.

Du haut de ses 23 ans d'histoire, la FNESI est aujourd'hui reconnue comme seule structure représentative des 100 000 étudiant·e·s en sciences infirmières. Être à la présidence, entraîne forcément de grandes responsabilités, de par les valeurs et les missions de cette structure. La plus grande responsabilité reste tout de même celle de répondre à un besoin étudiant croissant. Depuis sa création, cette fédération a su avoir une place unique quant au changement des conditions de formation, avec des propositions et des actions concrètes. La FNESI reste aussi proactive dans la poursuite des travaux de Recherche en sciences infirmières ou encore la place du leadership infirmier. Tant de victoires pour les étudiant·e·s et la filière depuis ces dernières années. Il reste tout de même des questionnements permanents face à l'actualisation et l'évolution de la formation en parallèle d'un système de santé en re-fondation.

Composer un engagement associatif aussi important avec les études c'est toute une gymnastique, surtout aux vues de la charge de travail que représente la formation initiale. Face à l'ampleur des missions auxquelles répond la FNESI aujourd'hui, il semble impossible de ne pas faire de césure afin de pouvoir consacrer 100% de son temps à la structure. Un an. Un an pour apprendre l'histoire de la FNESI, d'où elle est partie, comment les projets et les combats ont évolué, quels sont les besoins du système de santé, des étudiant·e·s, de la discipline infirmière. Un an pour améliorer les conditions de vie et de formation de milliers d'étudiant·e·s. Mais également un an pour transmettre nos savoirs et faire perdurer le rayonnement de la FNESI aux générations futures. Des projets éphémères peuvent fluctuer d'une présidence à une autre, mais les objectifs pluriannuels restent globalement identiques. Tant que les besoins primaires des étudiant·e·s ne sont pas résolus, alors les projets se poursuivent. La FNESI c'est un Bureau National élu, mais c'est surtout un réseau d'étudiant·e·s locaux qui s'engagent aussi au quotidien pour mettre en place des projets spécifiques aux territoires et nous faire des retours d'expérience de manière régulière.

Nous avons la chance de développer chaque jour nos compétences et nos savoirs autour de la discipline infirmière. Grâce aux autres fédérations, associations et organisations mondiales, européennes et nationales, nous avons la chance d'avoir une autre vision des pratiques, des modèles associatifs, et missions de chacun, dans un seul et même but : la valorisation et l'évolution de la profession. Ces échanges apportent une richesse unique à la FNESI et aux étudiant·e·s qu'elle représentent : une vision différente et de nouvelles rencontres grâce à des échanges constants. Allions nos forces et nos expériences afin de porter au grand jour les possibilités infinies des sciences infirmières, mais surtout les personnes qui s'engagent continuellement pour porter la voix de toutes et tous.

Finir sa vie chez soi

Michèle PEYRICHOUX

INTRODUCTION

Finir sa vie chez soi est le souhait de la majorité des personnes lorsqu'on les interroge sur ce thème. À la Réunion, c'est le cas pour la plupart des gens. Je souhaiterai vous partager les spécificités des prises en charge au domicile, domaine dans lequel j'ai exercé pendant 16 ans (3 ans IDE coordonnatrice en HAD, 13 ans en exercice libéral).

L'île de la Réunion où j'ai choisi de travailler pendant 16 années est composée d'un *melting-pot* de populations venues de tous les horizons et porte bien son nom. Ce petit caillou au milieu de l'océan indien est à une demi-heure de vol de l'île Maurice plus connue. Cette île comprend les Cafres, issus de l'Afrique, les Malgaches, les Chinois, les Zarabs (avec un z) qui viennent pour leur grande majorité du Pakistan, les Malbars qui viennent du sud de l'Inde, sans oublier les Z'oreils qui sont les métropolitains. Ce contexte si particulier a créé un métissage social et culturel unique en son genre.

Le cabinet dans lequel j'exerçais, dans le sud de l'île a une forte concentration de Malbars (ils représentent 25 % de la population) pratiquant le double culte tamoul et catholique, particularité bien réunionnaise qui s'explique historiquement et qui n'a pas manqué de m'interpeller lors des soins. Aussi, Je choisis d'évoquer cette communauté en vous partageant les raisons de ce double culte, ses répercussions dans la prise en charge au domicile lors de la maladie grave et de la fin de vie.

RAPPEL HISTORIQUE

L'abolition de l'esclavage en 1848 entraîne une forte pénurie de main d'œuvre locale dans les plantations de canne à sucre. On recrute alors des Malbars ou Malabars, venus du sud de l'Inde que l'on appelle *les engagés*. Engagés parce qu'ils ont signé un contrat avant d'embarquer vers la Réunion. Arrivés à bon port, ils sont mis en quarantaine, puis affectés à un emploi et à un lieu. En fait,

ils sont liés à un maître qui va reproduire les conditions de l'esclavage. À leur arrivée sur l'île, on imposait à ces engagés la conversion au catholicisme alors religion d'état. Il faut savoir que l'on est allé jusqu'à remplacer les prénoms de naissance par des prénoms chrétiens. Ils avaient aussi l'obligation d'aller à la messe tous les dimanches. Cependant, ils avaient la possibilité d'avoir une chapelle tamoule. La fréquentation de celle-ci restait toutefois au bon vouloir du maître qui en gardait la clé sur lui. La levée de l'interdiction est assez récente (1971). Les rites tamouls ont été formalisés grâce à la fédération tamoule de la Réunion. Le peuple hindou est très croyant. Le respect dû aux ancêtres est primordial. C'est même la raison de la double pratique. Les anciens ayant pratiqué la religion catholique, la difficulté est grande de faire la séparation. On passe toujours par les ancêtres pour rejoindre Dieu. De ce fait, on ne lâche pas le culte catholique.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE MALADIE GRAVE ?

Dans le cas de maladie grave, les rites tamouls vont être privilégiés. Le malade va se dire «frappé par les mauvaises âmes» ou le «mauvais esprit». Nos valeurs de soignants peuvent créer de l'incompréhension, et imposer des soins à une personne qui le refuse, ainsi que l'entourage, est une forme de violence contraire à l'éthique.

En cas de difficultés lors des soins, en terme d'acceptation, on peut faire appel à un prêtre tamoul. Il va persuader le malade d'accepter les soins ou l'hospitalisation. Une cérémonie au lit du malade est tout à fait possible. Dans ce cas, le matériel médical, les perfusions ne sont pas un obstacle. La confiance dans le prêtre est très grande pour le malade et la famille. Son rôle, en de tels moments est celui de médiateur voire même assimilé à celle d'un psychologue. Les herbages sont souvent utilisés. Ils ne sont pas incompatibles avec les traitements médicaux, et il n'y a pas d'effet secondaire. Pour les patients, ils purifient le sang. La cendre mise dans l'herbage est un rite sacré : «le troisième œil» de la concentration qui induit calme et équilibre. Un autre rituel est pratiqué à la maison : dans un pot en cuivre, on met de l'eau et des épices.



C'est une cérémonie offrande par le feu. Puis, on récupère l'eau avec laquelle on lave le malade.

Pendant les soins, les fils ne s'approchent pas de leur mère, ni les filles de leur père. Dans la mesure du possible, s'il y a besoin d'aide, la fille va aider le soignant pour sa mère et le fils pour le père.

LE MOMENT DE LA MORT

Au moment du décès, les parents de la case (nom de la maison en créole) préviennent famille et amis qui habitent près du domicile. Ceux qui habitent plus loin ont connaissance du décès par la radio locale. *Radio Freedom* diffuse trois fois par jour les avis de décès. L'infirmière est amenée à faire la toilette avec l'aide des parents ou amis. Près du défunt, on installe une petite table sur laquelle on dépose une lampe à huile que l'on allume ainsi que des bougies. On dispose un *tonbalon* contenant de la cendre et un *simbou* rempli d'eau safranée. On brûle aussi de l'encens. Pendant toute la nuit, selon la coutume créole, a lieu la veillée mortuaire. Trois offrandes seront faites au cours de la nuit pendant laquelle les femmes prient et pleurent autour du lit du mort. À l'extérieur, les hommes jouent aux cartes ou aux dominos. Ils boivent du café et de l'alcool, fument des cigarettes sous la *varangue* (véranda). Cette tradition est maintenue, même lorsque les morts sont déposés à la chapelle mortuaire. Les pompes funèbres ont su s'adapter à toutes les traditions, et recréer au funérarium les conditions de veillée du domicile. Ce qui m'a le plus frappée en vivant et travaillant sur cette île est la mort intégrée au quotidien, non taboue.

LE JOUR DE L'INHUMATION

Le sage de l'assemblée apprête une guirlande de fleurs jaunes le *Marlé* autour du cou du mort, ce geste est considéré comme une bénédiction. La couleur jaune symbolise pureté et sainteté. Ce

geste est particulièrement émouvant, comme le sont les préparatifs du corps. La manière de le revêtir des derniers atours est particulièrement bouleversante redonnant beauté et dignité au corps souvent décharné. Le cercueil est mis dans la cour. Après un rituel de prostration et d'hommage, on place le corps dans un chariot décoré de fleurs, le *Pardé* ou dans un camion pour se rendre au cimetière. Le cercueil peut aussi être conduit au crématorium. La crémation étant de plus en plus privilégiée.

LE RITUEL FAMILIAL DE DEUIL

Dès le lendemain, le rituel familial de deuil est entamé. De la reproduction de l'enterrement tamoul si l'inhumation a eu lieu (un petit cercueil fabriqué avec du bois ou du carton est brûlé) à la pratique des rituels afin que l'âme monte au ciel, sont autant de gestes émouvants et emplis de sens. Pendant un an et un jour, les endeuillés n'assisteront à aucune grande fête. Lorsque le deuil est brisé, une cérémonie est organisée au temple, au cours de laquelle vingt et une générations sont symbolisées par des boules de riz rassemblées. Cette cérémonie se conclut par un repas partagé au cours duquel on présente aux morts des plats qu'ils ont appréciés, le *samblani*.

CONCLUSION

Il est fréquent dans les maisons créoles de voir côte à côte des représentations du Christ, de Marie, des figures hindoues. Ce qui ne peut qu'interpeller le soignant du domicile. Que convient-il de faire et surtout de ne pas faire dans la prise en charge du corps souffrant ? En terme aussi de propositions d'alimentation et d'accompagnement du patient et de ses proches. Une connaissance de l'histoire, des traditions, des rites spécifiques et souvent mêlés semble indispensable. Certaines familles ayant opté pour le catholicisme exclusivement ne mangent pas de bœuf par respect pour leurs ancêtres d'origine indienne.

Il est important, en tant que soignant, de pouvoir définir nos propres valeurs, de tenir compte de nos propres croyances et des préjugés de notre propre culture. En ce sens l'altérité permet d'écrire le mot SOIN en majuscules.



La place de **l'éthique** dans les soins infirmiers

MC DAYDÉ, infirmière libérale- chargée de mission ERE Occitanie)

L'éthique est inhérente au « prendre soin » d'autrui, dans une philosophie du doute, du questionnement sur « comment bien faire ? ». Elle diffère de la morale par son caractère interrogatif qui s'inscrit au cas par cas dans la singularité de chaque situation. S'interroger, réfléchir sur le bien-fondé de nos actions soignantes relève de la dimension éthique d'un savoir pratique, quel que soit le lieu de soins. Ainsi l'éthique suppose la recherche de sens dans l'action pratique, ce qui a été largement souligné pendant et après la crise sanitaire de la COVID 19.

Comment l'infirmier(e) peut-il (elle) participer à la réflexion éthique ?

Si la réflexion éthique fait partie du soin, elle n'est pas l'apanage d'une seule profession et concerne l'ensemble des soignants et des aidants. Dans le cadre des soins, de la maladie, du handicap, du grand âge... qu'est-ce qu'une vie bonne et pour qui ? Qui décide ? Les soignants parce qu'ils connaissent la maladie et parfois son évolution ? La personne soignée parce qu'elle souhaite conserver son autonomie de décision et que ses souhaits soient respectés ? Nos réflexions sont à centrer sur le bénéficiaire et ses proches et sur la subjectivité de ce qu'ils vivent.

Le souci de l'autre et le respect de sa fragilité doivent guider nos interventions. Celles-ci s'appuient sur des compétences reconnues avec une priorité éthique, celle de ne pas nuire.

A. Cordier dans son rapport de 2003 sur l'Éthique et les professions de santé parle « d'in- quiétude éthique, comme mise en cause de la quiétude de nos savoirs et de nos pouvoirs ».¹

Le souci de l'autre et le respect de sa fragilité doivent guider nos interventions.

De son côté, P Ancet, dans l'un de ces derniers ouvrages pose la question de savoir si « Une vie avec un handicap est une vie handicapée ? » Il ajoute que derrière cette question, « se profile la spécificité d'une vie humaine par rapport à une vie biologique »²

Reconnaître la spécificité d'une vie humaine, nécessite une approche holistique de la situation en croisant les regards des différents professionnels et des proches qui entourent la personne malade afin de pouvoir se donner une visée commune. Dans le cas d'un dilemme éthique les professionnels doivent pouvoir analyser où se situent les conflits de valeurs et s'appuyer sur celles qu'ils partagent.

Lorsqu'une personne soignée douloureuse refuse, par exemple, un traitement antalgique, comment comprendre ce refus, qui reste un droit du malade, corollaire du consentement éclairé ? Quelles attitudes adopter ? Pour les professionnels, il y a dilemme entre bienfaisance et respect de l'autonomie de décision de la personne soignée.

Chaque professionnel a une vision de la personne, connaît un peu de l'histoire de sa vie en fonction de la relation de confiance qui a pu être instaurée et de ses compétences propres. Plutôt que chacun s'appuie sur ses convictions personnelles, il importe de s'appuyer sur une éthique de la responsabilité en partageant en équipe les questionnements et les conflits de valeurs. Cela ne signifie pas que l'on parvient systématiquement à une position commune, à un consensus, mais plutôt que chacun a pu exprimer son point de vue, qu'il a été entendu et que chacun a pu élargir sa vision de la personne soignée et parfois changer d'avis. Il s'agit de permettre de rechercher ensemble une solution équilibrée en regard des éléments cliniques, médico-sociaux mais aussi du droit et de la déontologie qui font partie de la démarche éthique.

Cela nécessite des temps de partage dans une unité de temps et de lieu. Actuellement, à part dans certains services hospitaliers, réanimation, soins palliatifs, cancérologie... et dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) pour les soignants du domicile, ces réunions ont du mal à se mettre en place en regard, à la fois de la démographie des professionnels et du peu de valorisation de ces temps réflexifs. Différentes études ont montré que ce partage est aussi un soutien pour les professionnels en donnant du sens à leurs actions soignantes. C'est pourquoi, depuis la crise sanitaire, des comités d'éthique se développent notamment dans les établissements de soins et médico-sociaux.

il importe de s'appuyer sur une éthique de la responsabilité en partageant en équipe les questionnements et les conflits de valeurs.

Quelles réalités à domicile, en exercice libéral ?

Une étude multicentrique européenne sur l'organisation de la réflexion éthique dans les soins à domicile rapporte l'importance de l'attention aux défis éthiques quotidiens qui représentent, dans cette étude, le sujet principal de 33 % des réunions d'éthique documentées.³

Par ailleurs, une étude scandinave explorant les défis éthiques dans le cadre de soins infirmiers à la maison révèle que 90 % des personnels interrogés ont éprouvé des problèmes éthiques dans leur travail quotidien et 91 % les décrivent comme un fardeau.⁴

En exercice libéral, le questionnement peut aussi surgir à posteriori d'une situation vécue qui nous a mis « mal à l'aise », où nous a fait requestionner le sens de l'action réalisée. Enfermer une personne âgée chez elle de peur qu'elle ne sorte et se mette en danger par exemple. Peut-on décider pour autrui ? Passer outre et contraindre, relève-t-il du prendre soin ? Comment concilier liberté et sécurité ? Peut-on envisager une protection proportionnée en

90 % des personnels interrogés ont éprouvé des problèmes éthiques dans leur travail quotidien.

termes de bénéfices et de risques dans le respect des souhaits de la personne ? En exercice libéral, il n'est pas facile de trouver des temps et des lieux de partage où ces paroles puissent s'échanger, les questions sont souvent partagées entre collègues et/ou avec le médecin traitant notamment lorsqu'il est impliqué dans le questionnement éthique. Par ailleurs, l'absence de formation et de reconnaissance à aborder ensemble ces questions reste un frein⁷. Dans les modes d'exercices professionnels collectifs et coordonnés, comme par exemple les MSP, les réunions de concertation pluridisciplinaire permettent souvent de pouvoir aborder ces questions. L'unité de lieu permet de favoriser ce type de réunion, l'unité de temps est souvent plus difficile à trouver.

En termes de ressources mobilisables, il existe également un Espace de réflexion Ethique (ERE) dans chaque région que les professionnels peuvent solliciter pour des questions, des formations... Ces ERE sont réunis au sein de la Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Ethique Régionaux (CNERER) qui permet la réalisation de travaux communs dont l'un concerne des fiches repères intitulées « Ethique et domicile », traitant de différents sujets et accessibles sur le site.⁶

S'interroger sur la place de l'éthique dans les soins infirmiers, n'est-ce pas interroger les valeurs professionnelles et personnelles qui nous animent ? Prendre soin de la personne dans son environnement avec bienveillance et le souci de ne pas nuire en sont des socles fondamentaux. Si l'on adopte la visée éthique de Ricoeur [6], celle d'une recherche de « **la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes** », cette notion renvoie à une philosophie du doute, du questionnement.⁷ L'éthique suppose d'accepter de ne pas savoir, à priori, ce qui est bon pour la personne soignée mais de le chercher avec elle et les autres professionnels en acceptant les doutes et les limites.

Bibliographie

1. Cordier A. *Rapport Ethique et professions de santé*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000226.pdf>
2. Ancet P. *L'épreuve du temps/ Accidents, répétitions, rythmes et handicap*- ERES 2020
3. A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes : *Scandinavian J Caring Sci* (2017)
4. G. Bollig et al. *Ethical challenges in nursing homes – staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives*- *Scandinavian J Caring Sci* (2015)
5. file:///d:/Users/Utilisateur/Downloads/_Fiche CNERER-Repere éthique et domicile-2.pdf
6. Ricoeur P, *Soi-même comme un autre*- Essais- ED du Seuil 1990 : 202
7. MC Daydé. *Questions d'éthique pratique et soins à domicile*- *Éthique & Santé* Volume 16, Issue 1, March 2019, Pages 9-14

Infirmière à l'éducation nationale

Sylvie MAGNE

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, des infirmières exercent en tant que professionnelles de santé de premier recours librement accessibles aux élèves au sein des établissements scolaires. D'abord nommées dans les lycées professionnels et les internats, leur corps spécifique a été créé par le décret du 10 août 1965, les maintenant sous la responsabilité de l'Éducation nationale et sous la hiérarchie des chefs d'établissement.

Etre infirmière à l'Éducation nationale, c'est un exercice spécifique assez éloigné de ce qui est enseigné en formation initiale.

En effet, 80% des jeunes ne sont pas spécifiquement malades mais viennent librement consulter les infirmières pour une difficulté à un moment de leur développement. Elles interviennent donc sur des troubles de la santé et, en réponse aux besoins des élèves, les pratiques infirmières relèvent à plus de 95% de leur « rôle propre ».

Le diagnostic infirmier conduit à prioriser la réponse en fonction de ce qui va permettre à l'élève de retourner en classe le plus rapidement possible afin de ne pas entraver sa réussite scolaire, en lien avec différents professionnels dans ou hors école, luttant ainsi contre les inégalités sociales et de santé.

Les missions de l'infirmière de l'Éducation nationale sont donc principalement éducatives, sous la hiérarchie du chef de l'établissement où elle exerce, et non en service médical donc sans tutelle médicale ni lien fonctionnel entre infirmières. Il existe deux professions de santé à l'Éducation nationale, complémentaires mais non interchangeables : les médecins sont les référents « pathologie » et les infirmières les référentes « santé ».

Les missions sont cadrées par des textes, les derniers datent de 2015, et s'articulent avec les articles L121-4 et L541-1 du Code de l'éducation :

- BO spécial N°42 du 25 novembre 2015 avec une circulaire de politique générale N°2015-117 qui définit avec précision une politique éducative sociale et de santé en faveur de l'élève

- Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires et ses annexes

- Circulaires n° 2015-118 et n° 2015-119 définissant les missions respectives et complémentaires des médecins et des infirmières de l'Éducation nationale). Suite à la Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, l'Éducation nationale reconnaît enfin la santé comme un des déterminants de la réussite scolaire et se dote d'une politique éducative sociale et de santé. La place et l'importance des infirmières y sont réaffirmées et renforcées. Ainsi, les soins infirmiers à l'Éducation nationale ont comme principal objectif d'améliorer les chances de réussite scolaire de tous les élèves en luttant contre les inégalités sociales

À l'Éducation nationale, l'infirmière a prouvé la pertinence de la consultation infirmière, véritablement plébiscitée par l'usager, et sa capacité à agir sur la santé d'un individu.



et de santé. Par leurs actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé individuelles et/ou collectives auprès des jeunes scolarisés, les infirmières de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur participent plus largement à la politique nationale de santé publique qui vise l'amélioration du niveau de santé ou de la littératie en santé de l'ensemble de la population.

« La mission de l'infirmière de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale qui est de contribuer à la réussite des élèves et des étudiants. Elle permet de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver leur scolarité. L'infirmière participe à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés à sa santé physique ou psychique. Elle concourt à cet objectif par la promotion de la santé de l'ensemble des élèves, scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de son secteur d'intervention, et des étudiants. Elle participe plus largement à la politique du pays en matière de prévention et d'éducation à la santé, et de lutte contre les inégalités sociales... »

...Les attributions de l'infirmière sont d'assurer les soins infirmiers préventifs et curatifs et de concevoir, d'évaluer et de mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé tant dans le champ individuel que collectif... - circulaire MEN n° 2015-119 missions des infirmières de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.»

Affectée au sein d'un établissement public d'enseignement et seule professionnelle de santé en exercice au quotidien, l'infirmière de l'Éducation nationale œuvre à « la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes (échec scolaire, difficultés relationnelles, harcèlement, mal être...) » et à la mise en place de réponses adaptées et personnalisées.

Sa mission première est le suivi individualisé de l'élève défini dans la Circulaire ministérielle n°2015-119 du 10 novembre 2015 : « l'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique ». Ainsi, elle accueille, écoute, conseille et oriente en cas de besoin tout élève ou étudiant.e qui la sollicite, en autonomie et responsabilité.

Les consultations s'effectuent le plus souvent auprès d'élèves mineur.es à

leur demande, sur orientation, ou sur invitation de l'infirmière, et sans consentement parental préalable. Ni l'objet ni le but ne sont prédéfinis puisque la consultation infirmière est en première ligne (situation non évaluée préalablement par un médecin).

En plus d'être libres et gratuites, les consultations infirmières à l'Éducation nationale jouissent d'une accessibilité géographique (directement au sein de l'établissement, lieu de vie des jeunes), administrative (aucune formalité n'est nécessaire pour y avoir accès) et temporelle (il suffit à l'élève de se rendre à l'infirmierie de son établissement).

À chaque fois qu'un.e élève frappe à la porte de l'infirmierie, à chaque consultation, l'infirmière doit analyser la situation avec finesse pour décrypter le motif de la demande, créer une relation, un climat de confiance et permettre l'expression du besoin réel.

Sa capacité d'observation l'éclaire sur la situation (communication verbale, non-verbale, signes objectifs). L'anamnèse et l'analyse de la situation permettent de poser les diagnostics infirmiers, de déterminer les objectifs et démarche de soins à mettre en œuvre. Une phase d'évaluation permet ensuite d'évaluer ce projet de soins et réajuster si besoin. La responsabilité de l'infirmière est donc pleine et entière.

Au-delà de la consultation à la demande, l'infirmière de l'Éducation nationale a en charge un bilan infirmier en pleine responsabilité à effectuer pendant la 12^e année des élèves. Placé à l'entrée au collège, ce bilan permet, outre les examens biométriques, de faire le point sur la santé de l'élève consolider ses acquis et améliorer sa littératie en santé afin de l'aider à résoudre ses problèmes de santé. L'adolescence n'est pas qu'une période de crise ou d'excès, c'est également un stade du développement particulièrement propice au changement, une ouverture qu'il ne faut donc pas manquer !

L'infirmière agit aussi en tant que conseillère santé de la communauté éducative et notamment du chef d'établissement : « ...participe aux projets d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risque menés dans les établissements et tient ainsi globalement un rôle éducatif au sein de la communauté scolaire. Elle prend en compte le

bien-être de la communauté éducative et contribue à la construction d'une école bienveillante envers les élèves et leurs familles ».

Le but est de sensibiliser et responsabiliser l'institution scolaire et l'ensemble de la communauté scolaire (parents y compris) sur l'importance de la prise en compte et de la réponse aux besoins ou demandes de l'élève en matière de santé. Ainsi, lutter contre les inégalités au service de la réussite scolaire tout en favorisant le développement d'actions de promotion de la santé et de prévention à même d'agir sur les déterminants de santé, constitue une participation aux politiques de santé publique.

Pour faire face à cette charge de travail (18M de consultations infirmières/an en moyenne), il y a seulement 7800 infirmières de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur pour environ 12,7 millions d'élèves et près de 3 millions d'étudiant.es. Chaque infirmière a la responsabilité d'environ 2000 élèves ou étudiant.es et doit couvrir et accompagner les projets éducatifs de santé d'environ 8 établissements.

Pour avoir une réelle politique ambitieuse, à la hauteur des besoins croissants des élèves et étudiant.es, il manque environ 15300 postes afin de permettre à chacun.e d'avoir accès à une offre de soins infirmiers complète.

Pour conclure, cet exercice infirmier spécifique autonome est précurseur pour l'émancipation de la profession avec une consultation infirmière de 1^{er} recours reconnue et un bilan infirmier en pleine responsabilité, sans nécessité de coordination médicale (d'où notre refus de la « pratique avancée » qui en l'état instaurerait une coordination médicale superflue).

À l'Éducation nationale, l'infirmière a prouvé la pertinence de la consultation infirmière, véritablement plébiscitée par l'utilisateur, et sa capacité à agir sur la santé d'un individu. Elle a prouvé sa capacité d'analyse, d'autonomie et de mise en place de collaborations ou d'orientations lorsque nécessaire (dans l'intérêt de l'utilisateur). Plutôt que d'être menacé d'un retour sous tutelle médicale, ce type de consultation infirmière autonome et de premier recours gagnerait à être étendu à d'autres modes d'exercice, ce serait une plus-value formidable pour notre système de santé.

Infirmier militaire

Amandine Euzen

Je suis infirmière militaire depuis maintenant plus de 16 ans, je dépends du ministère des armées et plus particulièrement du service de santé des armées.

La formation initiale de l'infirmier militaire peut se réaliser de deux manières : soit directement à l'école de santé des armées, soit dans le civil et sur dossier d'intégration dans l'armée se fait dans un second temps.

Je suis affectée actuellement sur une antenne médicale depuis septembre 2022 (4^{ème} affectation après 5 ans dans un hôpital d'instructions des armées, 5 ans dans une antenne médicale à vocation NRCBC, 5 ans dans une antenne médicale spécialisée dans le sport). Le fait d'être militaire impose une mobilité tous les 4 à 6 ans lorsque l'on travaille en antenne médicale des armées. L'affectation actuelle soutient les activités de l'institut de recherches des armées et le régiment du service militaire volontaire. Nous effectuons les visites médicales d'aptitude à l'emploi, les prises en charge en urgence, les soutiens d'exercice sur des camps militaires et les soins courants (vaccination, prise de sang, ...).

Grâce au service de santé, j'ai pu et je peux me former régulièrement : diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur, formations diverses liées aux soins, formation maîtres et tuteurs de stages, techniques d'optimisation du potentiel, gestion des risques et contrôle interne, ... Les domaines sont vastes en plus des formations obligatoires avant un départ en opération extérieure (sauvetage et secours au combat, tir, camp d'entraînement).

Les deux particularités de nos activités sont le côté opérationnel avec les départs en mission de courte durée ou les opérations extérieures dans les pays en conflit, et le maintien de la condition physique (des heures de sport sont incluses dans nos journées de travail afin de passer des tests sportifs annuellement).

L'activité quotidienne en antenne médicale est proche d'une antenne médicale à une autre mais elle peut différer par les personnels soutenus (en école beaucoup de visite médicale initiale par exemple).

L'infirmier militaire a les mêmes décrets que l'infirmier civil et peut réaliser les mêmes actes. Il gagne de l'autonomie grâce à la réalisation de protocoles uniquement. Ceci est valable en métropole, en opération extérieure il est souvent amené à seconder le médecin donc les gestes autorisés sont plus larges.

J'ai toujours été attirée par le côté militaire, la rigueur et la cohésion qui en émanent et je ne regrette absolument rien à l'heure actuelle.

Infirmier en Norvège

Anja OUSTALET



Le plus ancien hôpital connu en Norvège est l'hôpital de Trondheim, fondé en relation avec la cathédrale de St Olav il y a plus de 700 ans. Avant la création des écoles infirmières, les soins aux malades étaient assurés par les « femmes de couloir ». Non formées, elles étaient chargées de la propreté des locaux et du transport de la nourriture aux patients. L'évolution vers le métier à partir de 1856 est liée d'une part aux progrès scientifiques, notamment en bactériologie, et d'autre part à la formation des premières infirmières norvégiennes en Allemagne.

La première formation en soins infirmiers en Norvège a été établie en 1868 par l'institution des Diaconesses à Christiania (aujourd'hui Oslo). Basée sur les valeurs chrétiennes, elle s'adressait au départ aux femmes. Vivant en sororité à l'école, il leur était demandé de ne pas se marier et de ne pas avoir d'enfants. Le premier livre sur l'enseignement des soins infirmiers par une infirmière norvégienne a été publié en 1877. À partir des années 1890, des écoles ont ouvert dans les autres grandes villes du pays, donnant la perspective d'un métier et d'une indépendance aux femmes non mariées de la classe moyenne. Les propriétaires de ces écoles étaient des hôpitaux municipaux, des organisations religieuses ou des organisations humanitaires. Dans la plupart des cas, la formation durait entre un et deux ans et les élèves constituaient une main d'œuvre peu chère pour les institutions auxquelles était rattachée l'école. À l'issue de la formation, les infirmières étaient embauchées pour des soins aux populations dans les zones rurales et régions isolées, dans les institutions religieuses ou d'autres établissements de soins et de santé, ou chez des particuliers.

Il est impossible d'évoquer l'historique sans parler de l'association norvégienne des infirmiers, fondée par 45 infirmières en 1912. À la fois syndicat et société savante, les objectifs étaient d'améliorer les salaires et les conditions de travail, mais surtout de promouvoir la qualité des soins et de garantir la professionnalisation des infirmières. Entre 1915 et 1948, l'association a conduit un lobbying intense afin de porter la formation à 3 ans et de faire inclure les infirmières dans la loi de la protection des travailleurs. La loi sur l'organisation et la responsabilité des infirmiers ainsi que le système d'autorisation, promulgué en 1948, a ouvert le métier aux hommes et permis que les infirmiers logent en dehors de leur établissement de travail. C'est à partir de la même année qu'il est devenu obligatoire d'être infirmier pour devenir sage-femme.

En 2022, l'association compte 120 000 infirmiers, sage-femmes, étudiants en soins infirmiers et retraités parmi ses membres. Le nombre de membres dits actifs est d'environ 90 000 et le syndicat compte 3 200 délégués. Le secrétariat général se trouve à Sykepleiernes Hus (la maison des infirmiers) à Oslo. L'association est propriétaire du journal Sykepleien, qui publie 5 numéros annuels tirés en 117 000 exemplaires, en plus des publications hebdomadaires sur leur site internet. L'association compte également

34 groupes thématiques sur des domaines de soins différents, et les responsables de chaque groupe thématique constituent un groupe professionnel central. Ce groupe central se rencontre 2 fois par an pour mettre l'accent sur la profession, l'éducation et la politique de santé, en plus de promouvoir les principes et les priorités de l'association. Le premier groupe, créé en 1955, était celui de *helsesøster*, aujourd'hui *helsesykepleier* (infirmier en santé des enfants et des jeunes, chargés de la prévention et des soins primaires pour les enfants et les jeunes jusqu'à 25 ans). Les autres groupes thématiques se sont constitués à partir des spécialités médico-chirurgicales, ou pour la promotion des soins aux patients se trouvant dans une situation particulière, par exemple la santé des migrants. Encore d'autres groupes travaillent sur des thèmes visant à développer la profession, tels que le leadership, le conseil professionnel et la qualité des programmes de formation continue. En plus de constituer des contributions importantes à l'identité des infirmiers, les travaux de ces groupes thématiques développent et diffusent les expériences et la recherche dans les différents domaines de soins infirmiers.

Les formations en soins infirmiers aujourd'hui

À partir de 1986, l'État prend en charge les programmes publics de formation et les écoles de soins infirmiers sont rattachées aux collèges universitaires régionaux et renommées collèges de soins infirmiers. Depuis 2002, conformément aux normes internationales, la notation est faite en lettres et les diplômés obtiennent une licence en soins infirmiers. La condition d'admission en formation est la réussite de l'équivalent des programmes correspondant au niveau lycée en études générales en : norvégien, anglais, histoire, sciences sociales, mathématiques et sciences naturelles. Il faut obtenir au minimum la moyenne en mathématiques et norvégien, et les places sont attribuées en fonction du nombre de demandeurs en les classant par nombre de points. Il est possible pour des personnes ayant un parcours atypique d'obtenir des points supplémentaires, notamment en fonction de l'âge et des expériences professionnelles. La demande d'admission en formation se fait

par une plateforme centrale coordonnant toute l'attribution des places dans les 13 universités et collèges universitaires proposant un programme en licence de soins infirmiers sur au total 36 campus différents. La durée de la formation est de trois ans à temps complet, certains collèges offrent la possibilité de se former à temps partiel sur une durée de quatre ans. Les objectifs d'apprentissage sont déclinés dans les domaines : promotion de la santé et prévention, soins et traitements, éducation et conseil, attitude et comportement éthiques professionnels, développement professionnel, assurance qualité et recherche, organisation et gestion, politique et législation. Les stages de la formation sont composés d'au moins 2 périodes d'une durée minimale de 7 semaines, dont un stage dans les services municipaux de soins et de santé et un stage dans les services de santé spécialisés au sein des hôpitaux. À l'issue de la formation, les diplômés doivent obtenir l'autorisation d'exercice auprès du *Helsedirektoratet* (l'organe exécutif du ministère de la santé et des services de soins). L'autorisation génère automatiquement l'inscription de l'infirmier au registre central public, commun à tous les professionnels de la santé, humaine et animale. Il n'existe pas d'ordres pour les professionnels de santé norvégiens. Membre de l'Espace Économique Européen, la Norvège reconnaît les diplômes obtenus dans les pays de l'Union Européenne.

Les évolutions professionnelles

Pour se spécialiser, il faut, en plus de l'autorisation, avoir une pratique professionnelle d'infirmier d'un à deux ans, relative à la formation complémentaire. Les programmes sont dispensés soit au

sein des collègues en soins infirmiers, soit dans les départements universitaires de santé. A ce jour, 8 masters en soins infirmiers sont régis par des référentiels de formations : soins infirmiers cliniques généraux avancés, *helsesykepleier*, santé mentale et dépendance, anesthésie, bloc opératoire, soins intensifs, oncologie et pédiatrie. La répartition entre la théorie et la pratique varie selon les domaines, mais il y a toujours un nombre de semaines de stage minimum dans 90 ECTS. Cela en raison d'une spécificité légale des référentiels des formations, ouvrant la possibilité aux étudiants d'arrêter à l'obtention de 90 ECTS, sans impact ni sur les possibilités d'emploi, ni sur le niveau de salaire. Le master, soit 30 ECTS complémentaires, est obtenu par un travail de recherche et un mémoire. La durée va de 2 à 4 ans selon que la formation soit suivie à temps complet ou partiel. Les missions de ces infirmiers sont équivalentes à celles des infirmiers de pratique avancée en France.

Contrairement à la France, il n'y a pas de formation nationale pour devenir cadre de santé. Ainsi, les infirmiers qui évoluent vers l'encadrement suivent des formations de gestion et de management, soit au sein même de l'établissement, soit dans un collège public ou privé, ou au sein d'une université. En fonction du projet de la personne, elle suivra certains modules d'un programme ou l'ensemble pour obtenir un master en management.

Le système de santé norvégien

Le système de santé norvégien est financé par des impôts et offre une uni-



versalité de protection pour les 5,4 millions de résidents du pays quels que soient leurs revenus ou leur statut social. Cette uniformité des prestations, fondée sur les besoins des personnes, bénéficie de l'unité de gestion par la HelseDirektoratet, l'équivalent de la direction de la santé français. Bien que chaque citoyen doive avoir un médecin généraliste, 200 000 personnes n'en avaient pas en mai 2023. Le médecin traitant est chargé du rôle de guichet d'accès aux urgences et aux soins spécialisés. La politique du pays est de maintenir les personnes âgées au domicile le plus longtemps possible, cependant toutes ont le droit à une place dans un établissement de soins adaptés à leurs besoins sans condition de contribution financière par la famille. Les soins pour les enfants de moins de 16 ans, les femmes enceintes, les titulaires du minimum vieillesse et les personnes victimes d'un accident du travail et de maladies contagieuses considérées comme dangereuses sont prises en charge à 100%.

L'hospitalisation est gratuite et les autres services et soins de santé sont gratuits pour tous après l'acquittement de la franchise annuelle d'environ 300 euros par personne. Les assurances de santé telles que les mutuelles sont quasi inexistantes, et représentaient 0,3% des dépenses pour la santé en 2021. La Norvège se distingue aussi de la France par une faible part d'hôpitaux privés. Ils ont pour la plupart des accords d'exploitation avec l'État pour des activités de chirurgie ambulatoire. Ils perçoivent moins de 15% des dotations publiques et exercent majoritairement dans les domaines de la chirurgie plastique, d'ORL et d'ophtalmologie.

Les lieux de travail des infirmiers

En Norvège, les infirmiers travaillent au sein des : hôpitaux, infirmeries, maternités, maisons de retraite spécialisées, hôtels hospitaliers, laboratoires médicaux, instituts de radiologie, centres de soins privés, centres de réhabilitation, centres de jour, cabinets privés des médecins spécialistes et des psychologues, organisme fournissant des services d'ambulance, organisme fournissant des services médicaux de premier secours. Une particularité du pays est que les municipalités sont respon-

sables des soins et de la santé primaire, ainsi il n'y a pas d'infirmiers libéraux car les soins au domicile sont effectués par des infirmiers employés par les municipalités.

Les salaires annuels sont en moyenne de 57 023 € pour les infirmiers spécialisés contre 52 153 € pour les infirmiers avec le grade licence pour l'équivalent d'un temps plein.

Les postes infirmiers ont souvent été des postes à temps partiel et même si la tendance tend vers plus de postes à temps complet, «seuls» 69% des postes à pourvoir étaient des postes à temps plein en 2023. Le nombre d'heures travaillées par semaine varie selon l'organisation du travail et oscille entre 40 et 36 heures (la loi du travail) et 37,5 et 33,6 heures (la convention collective) en fonction du statut de l'infirmier. La majorité effectue des journées de 7,5 heures dans des roulements matin et soir incluant quelques nuits par mois avec un dimanche sur trois travaillé. En fonction du type d'exercice professionnel, l'âge légal de départ la retraite varie entre 62 et 70 ans.

Services de santé spécialisés, les hôpitaux

Depuis 2001, le territoire sanitaire est sectorisé en 4 zones (nord, ouest, centre, sud-est), appelées Helseforetak, dont chacune est responsable des examens et des traitements nécessitant une expertise spécialisée de sa région. Elles pilotent au total 60 hôpitaux locaux et régionaux du pays. Les soins très spécialisés, au bénéfice de l'ensemble du territoire national tels que des transplantations, s'effectuent uniquement au sein des 6 hôpitaux universitaires. Les Helseforetak sont copropriétaires des services : achat pour les hôpitaux, ambulance aérienne, voyages des patients, construction d'hôpitaux ainsi que l'organisation opérationnelle du service de santé pour les réseaux d'urgence, dans un objectif d'optimisation des ressources.

En 2020, 22 688 infirmiers, 16 415 infirmiers spécialisés et 1 990 sage-femmes travaillent au sein des hôpitaux, cliniques et services spécialisés, soit 41 093 personnes.

Services de soins et de santé primaire municipaux

Les services de santé municipaux sont, depuis 1982, responsables d'organiser

un programme complet de soins de santé primaires pour les personnes se trouvant dans les 356 municipalités de la Norvège. L'origine de cela remonte à une loi de 1860 sur la santé publique et concerne aujourd'hui deux types de services. Premièrement, ceux de soins à domicile et les établissements de soins infirmiers (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ainsi que les centres de jour, les centres d'activités sont inclus dans les services de soins municipaux. Deuxièmement, ceux de la santé municipale, qui comprennent les cabinets de médecins généralistes, les centres de santé, les services de santé scolaire, les centres de bien-être et les services médicaux d'urgence.

En 2021, 26 761 infirmiers, 5 532 infirmiers spécialisés, 3 669 helsesykepleier et 698 sage-femmes travaillaient dans les services de soins et santé municipaux, soit un total de 36 660 personnes.

Administration, formation et recherche

Les sciences infirmières sont apparues en Norvège à la fin des années 1980 et les titulaires d'un master en soins infirmiers poursuivent en général leurs recherches au sein des départements des sciences de la santé et des soins infirmiers. Entre 1993 et 2018, 64 infirmiers ont obtenu un doctorat au sein du département de sciences infirmières à la faculté de médecine à l'université d'Oslo. Une enquête du journal Sykepleien identifiait 258 infirmiers doctorants sur le territoire entre 2015 et 2022. La grande majorité d'entre eux travaillait dans l'enseignement et la recherche, seuls 52 allaient vers les services de santé spécialisés des hôpitaux et 10 déclaraient travailler dans les services de soins et de santé municipaux. En 2021, 17 555 infirmiers travaillaient en dehors des services de santé, majoritairement au sein de l'administration publique et dans la formation.

Avec 18 infirmiers actifs pour 1 000 habitants, la Norvège avait en 2020, selon l'OCDE et l'Observatoire Européen des systèmes de la santé, le meilleur ratio des pays européens. Néanmoins, au regard des besoins croissants de la population et en raison du nombre d'infirmiers quittant le métier, notamment dans les 5 premières années d'exercice, les autorités estiment à 30 000 le nombre total d'ETP d'infirmiers manquants.

Unicancer crée un label pour les IDEL et la première communauté de pratiques en cancérologie

Christelle GALVEZ



Depuis plusieurs années, le secteur de la cancérologie a connu de profonds bouleversements technologiques, scientifiques, thérapeutiques et organisationnels. Chronicisation de la maladie, virage ambulatoire ou essor des thérapies orales : les parcours de soins sont de plus en plus complexes et s'articulent désormais autour d'une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée entre la ville et l'hôpital et associée à des traitements de pointe et évolutifs.

Contexte du projet

En 2021, nos expériences innovantes au sein de nos CLCC : du suivi des patients atteints de Cancer ayant son traitement d'Immunothérapie à domicile à l'intervention pour des femmes atteintes de cancer du sein par des Mastectomie en ambulatoire, aux 1^{es} vagues COVID, tout cela qui nous a montré à quel point les IDEL répondaient présents et étaient des acteurs incontournables du maintien à domicile à partir du moment où la connaissance était partagée et accessible.

Nos enquêtes auprès de plus de 1000 Infirmiers libéraux (IDEL) a été réalisée par les étudiants de Paris Dauphine sous l'égide d'Unicancer. **923 réponses ont été obtenues**, et ont permis de mettre en avant :

- La complexité de la prise en charge des patients atteints de cancer à domicile (pour 70% plus longue, plus complexe et plus intéressante).
 - Le besoin d'informations, de formations sur les traitements innovants, l'évolution des pratiques, le suivi des traitements et l'accompagnement des patients.
 - L'accès à la connaissance à 72,4% par GOOGLE puis par les échanges entre collègues (65,9%), et les réseaux sociaux (45,4%) et seulement pas plus de 30% par de la formation continue.
- Les IDEL reconnaissent l'excellence des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) mais donnent une note de 5,5 sur 10 quant à la coordination entre eux et les CLCC.

Pour apporter une réponse et améliorer la coordination entre les profession-

nels des CLCC et les professionnels au plus proche du patient, Unicancer a lancé le projet de labellisation des IDEL intervenant en cancérologie, pour les reconnaître officiellement et les accompagner dans un parcours professionnalisant. Pour cela il a été décidé de s'associer au réseau social Meredith Santé, dédié à tous les professionnels de santé sur l'ensemble des territoires et expert dans l'animation de communauté.

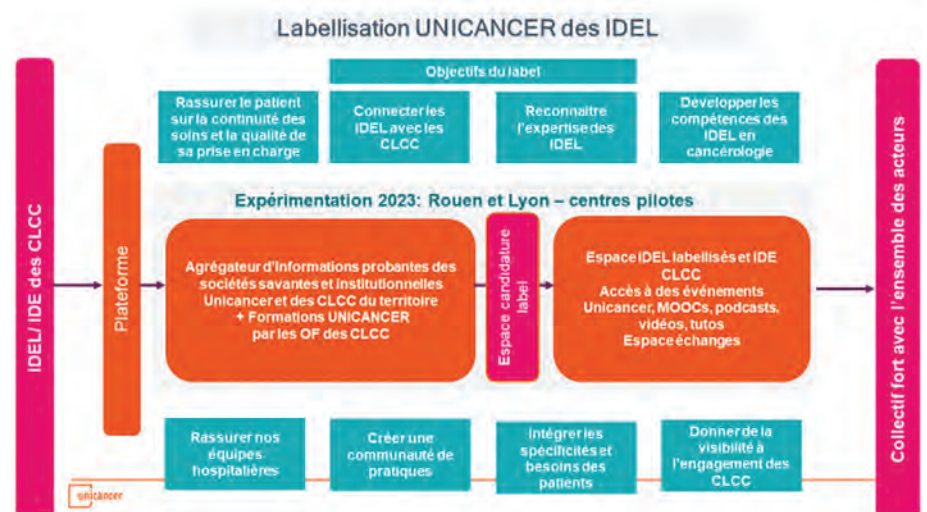
Le label et la communauté de pratiques Unicancer : pour accompagner les infirmiers libéraux dans leurs pratiques en cancérologie

1. Le label

Accordé sur la base de critères spécifiques, le Label Unicancer IDEL entend reconnaître le rôle clé des professionnels infirmiers libéraux, intervenant

dans les parcours des patients atteints de cancer. Alors que 90% du temps passé par les patients s'effectue hors services de soins, la responsabilité des soignants libéraux est croissante, tout comme les attentes des patients. Le Label Unicancer répond au besoin de liens entre les équipes, de s'adapter aux spécificités et aux besoins sur les territoires. Il a également pour mission de réduire les inégalités d'accès aux soins, tout en prenant en compte les populations fragiles. Il permet de valoriser et de diffuser le savoir-faire des CLCC, reconnus pour leur excellence. Le label est une reconnaissance des compétences en cancérologie de l'IDEL, pour les patients et les soignants.

Les critères d'obtention du label ont été défini par un comité scientifique pluridisciplinaire principalement par des IDEL et IDE et des patients et des Formateurs en IFSI et Médecins en lien avec :



- L'expérience professionnelle
- La réalisation d'une formation continue
- Les patients atteints de cancer pris en charge,
- Les compétences acquises pour faire face aux situations
- Les participations annexes (des groupes de travail, à des centres de formations, à une société savante...)

Pour maintenir sa labellisation, des critères ont été définis tels que le suivi de formations, la participation à la communauté de pratiques.

Les différentes étapes du processus de labellisation seront :

- Etape 1 : Inscription sur la plateforme **Meredith Santé** et inscription au label
- Etape 2 : Présentation du référentiel du LABEL intégrant les Conditions générales de vente
- Etape 3 : Déclaration d'expériences, de la formation continue en Cancérologie
- Etape 4 : Dossier de compétences et connaissances en cancérologie
- Etape 5 : Abonnement au programme de labellisation
- Etape 6 : Obtention du label

Etape 7 : Intégration dans un parcours professionnalisant au sein d'une communauté de pratique apprenante

2. La communauté de pratiques apprenante d'Unicancer

Qu'est-ce qu'est une communauté de pratiques ? C'est un groupe de personnes qui travaillent et interagissent ensemble afin d'apprendre les uns des autres, en mettant en commun des difficultés, des expériences et des bonnes pratiques dans un domaine particulier de leur exercice professionnel.

Pourquoi une communauté de pratiques UNICANCER ? Les patients et leurs aidants sont les seuls à nous connaître tous à chacune des étapes de leur parcours. Ils sont sensibles à la qualité de notre travail en équipe. Nous sommes nombreux et engagés à leurs côtés, alors travaillons à nous connaître en apprenant à interagir, et en partageant des pratiques communes et sécuritaires en cancérologie. Créer un climat de confiance par notre Esprit d'équipe soutenu par les valeurs communes d'UNICANCER.

Pour qui est faite cette communauté de pratiques UNICANCER ?



Accessible à tous les infirmiers libéraux de France et sera déployé, à terme, à l'ensemble des professionnels de santé en ville ou à l'hôpital.

Comment y accéder ?

Elle est accessible via la plateforme Meredith Santé. Elle permet d'avoir accès à une communauté de professionnel de ville et des professionnels des CLCC pour enrichir leurs pratiques et à des évènements, des ressources ergonomiques pour leurs pratiques au quotidien.

Cette plateforme sera alimentée par un moteur de recherches avec nos premiers partenaires : les dispositifs régionaux de cancérologie Rhône Alpes et Normandie, l'Omédit, l'AFSOS, les grades. D'autres vont suivre progressivement. Les IDEL auront accès à de nombreuses ressources médicales et paramédicales, médicamenteuses pour les aider dans leurs pratiques au quotidien.

Afin de s'assurer que la communauté de pratiques Unicancer ait toute l'attention qu'elle mérite, celle-ci sera animée par une équipe à terme de Community Manager, aujourd'hui tenu par une infirmière du CLCC de LYON accompagné par Meredith Santé, expert dans l'animation de communauté de professionnels de santé.

Véritable support d'informations et de bonnes pratiques, cet outil permettra

de renforcer la visibilité des professionnels de ville à l'échelle locale, et de répondre aux nouveaux impératifs de coordination.

Quelques précisions sur le projet

Un comité stratégique constitué des membres du CODIR d'Unicancer, du président de l'Ordre National des IDE, de la Présidente de la CNPI, de Représentants de Patients et d'URPS... pilote le projet dans son ensemble.

Un conseil scientifique suit le projet, avec des représentants de l'AFIC, l'AFITCH OR, l'ANFIIDE, les IFSI, les syndicats infirmiers, ainsi que des représentants de patients... plus de 100 personnes se sont investies dans différents groupes de travail. : les groupes « critères, parcours professionnalisant, recherche, communication, animation ».

L'expérimentation du projet est pilotée par 2 CLCC : les centres Henri Becquerel à Rouen et Léon Bérard à Lyon. Elle débute en mai 2023. L'accès à la plateforme se fait progressivement, en commençant par les 100 IDEL et les professionnels des 2 CLCC pour permettre d'expérimenter la communauté de pratiques. Les patients sont très investis et demandeurs de cette équipe rassemblée pour un sentiment de confiance partagée et de sécurité.



L'hiver de mes parents

Madeleine ASSAS

Les jours sont longs, les nuits courtes. Non, ce n'est pas l'été. C'est l'hiver de mes parents et mon automne, déjà. Les chiffres sont conséquents et admirables pour deux d'entre nous : 95. 89. 63. L'addition continue, inexorable, vers une somme inconnue. Tic tac.

4h52. Pour la deuxième fois depuis quelques minutes, l'écran de mon Iphone me donne l'heure, lumière cruelle dans une obscurité qui est déjà mon matin. Une autre journée commence.

Dans l'ancienne chambre d'enfant qui m'accueille quand je leur rends visite, je ne dors plus, j'attends. Je guette. Le moindre froissement de drap, un cri, des chuchotements sonores, le glissement des roues de la chaise. Ils sont à l'autre bout du grand appartement et c'est comme si j'étais près de leurs lits. Lits au pluriel oui, lits étroits médicalisés qui ont transformé la pièce où ils ont partagé plus de soixante ans de sommeil sous les mêmes draps en chambre d'hôpital. Les boîtes de médicaments, les sacs de couches, les piles de dossiers médicaux et d'ordonnances ont remplacé sur commode et bureau les bibelots, les photos, la boîte à bijoux. Objets de la vie, de l'insouciance, inutiles aujourd'hui, dans ce présent d'inquiétude rythmé par les soins, infirmière, kiné, orthophoniste, les repas préparés par « les dames » quand je suis absente, les siestes inopinées et effrayantes, qui me font pencher silencieusement sur leur poitrine, leur bouche ouverte. Respirent-ils encore ? Un pas après l'autre. Un tour de roue après l'autre. Un jour après l'autre. Le repos n'existe plus. Ni pour eux, ni pour moi.

Mon père ne marche plus. Amputé d'une moitié de jambe après des complications dues au Covid, il roule. Ma mère n'en finit plus de trébucher dans sa tête. Les cahots de l'oubli ont transformé peu à peu la femme active, discrète et pudique en inconnue facé-

tieuse et désinhibée. Et lente, si lente. Apprendre ces nouveaux parents au crépuscule de leurs vies. Tenter de les accompagner dans cette dernière marche et les comprendre, avec patience et renoncement. Inventer un autre langage, entrer dans une compréhension inédite. Découvrir et faire avec. J'entre dans un autre espace, je m'initie à de nouveaux gestes, je respire de nouvelles odeurs, celles de leur vieillesse, de leurs manquements, de leur fragilité. Prendre soin d'eux comme pour des enfants sans avenir. Dans ces pièces qui m'ont vue adolescente, avec des parents qui me considéraient encore il y a peu comme leur fille à protéger, à conseiller, à discipliner, je me rends compte avec étonnement, et dans une étrange gratitude envers eux, que je deviens enfin adulte, et libre.

6h30, je me lève. Profiter encore de quelques instants de solitude dans la maison silencieuse, respirer à mon rythme avant d'entamer une nouvelle journée où l'efficacité devra prendre le pas sur la tendresse. De plus en plus, les gestes pratiques remplacent les baisers et les conversations ano-

dines : aider au lever, se battre gentiment avec ma mère pour enlever le pyjama qu'elle ne veut plus quitter, une toilette, même de chat, qui prend trop de temps alors que le lait du petit déjeuner frissonne déjà dans la casserole. Plaisanter, rire pour faire oublier ces gestes autrefois machinaux qui sont devenus des corvées. Ce serait tellement plus facile de rester couchée dans cette semi-veille et de partir... Lève-toi maman. Papa se débrouille seul avec sa jambe manquante dans une gymnastique qui force l'admiration, tout en donnant des ordres : remplir la carafe d'eau, ranger les magazines, préparer les serviettes pour la venue de l'infirmière. Malgré son handicap, il reste vaillant et autoritaire. C'est rassurant.

Chambre, couloir, salle de bains, couloir, cuisine, couloir. Le couloir est mon champ de courses. Ah oui les courses, ne pas oublier, quand le petit déjeuner sera terminé. Papa lira son journal pendant que maman retournera voguer dans ses songes sur le canapé du salon ensoleillé. Je m'échapperai quelques minutes pour revenir, le cadie chargé de légumes, pour préparer le repas de midi et déjà, la soupe du soir. Mon emploi du temps est calibré de minutes en minutes. Les tâches seront interrompues d'échanges hétéroclites et répétitifs. Les passages du kiné ou de l'orthophoniste rompront la routine, certains jours. Il y aura toujours la télé, en fin de journée. Et puis le dîner, soupe et compote. Le programme est immuable.

Monte la lumière d'un jour nouveau. Couchés dans leurs lits, ils attendent. Je viens leur dire bonjour, dépose un



Prendre
soin d'eux
comme
pour des enfants
sans avenir.

baiser sur leur front. Bien dormi ? Non. Oui. Ils continuent à ne faire qu'un comme tous les jours de leur longue vie mais chacun suit son rythme à présent, tout en gardant un oeil inquiet sur l'autre. C'est à la fois bouleversant et étouffant.

Mais l'interphone annonce la visite du matin de B., l'infirmière. Je cours à la porte avec reconnaissance et soulagement. Elle arrive, pimpante, souriante. Vivante. Il est encore tôt mais j'imagine que sa journée a déjà commencé avec sa tournée dans toute la ville, ses visites dans des pièces chargées et confinées semblables à la chambre de mes parents, où l'attendent des patients terrifiés et vaincus, un tour de force qui durera jusqu'au soir et qui recommencera le lendemain. Comment fait-elle ? Où trouve-t-elle cette énergie et cette légèreté alors qu'elle côtoie tous les jours la maladie et la mort ? Pendant que je prépare un café que j'espère partager avec elle, je l'entends lancer des mots affectueux à des personnes qui ne sont pourtant

ni ses parents, ni des proches. Elle les soigne, elle les lave. Son activité est si ingrate et si difficile. Sa mansuétude me donne les larmes aux yeux.

On parle de « corps médical » pour celles et ceux qui prennent soin des corps brisés, des âmes perdues et affolées à l'aube du saut ultime. Je vois les infirmières (oui, ce sont des femmes avant tout que je reconnais) sur un navire perpétuellement bousculé par les tempêtes. Elles sont à la proue, à la vigie, dans la cale. Les médecins passent mais elles, elles restent



sur le pont. À la fois actives et douces, efficaces et vigilantes, énergiques et pleines de compassion.

Et leurs corps ? Et leurs âmes ? Ne sont-elles pas, elles aussi, atteintes par ces épreuves qui souvent se transforment en combats ? En luttes vaines quand il est trop tard ?

B. me rejoint dans la cuisine. On « fait le point », debout, mais elle prend de mes nouvelles ! On a à peu près le même âge, on rit des mêmes choses. Elle comprend tout, au-delà des mots. Au fil de mes visites, elle est devenue comme une grande soeur qui, même à distance, quand je serai partie, me rassurera au téléphone. Elle se dévoue à mes parents, mais c'est moi, en réalité, qu'elle reconforte le plus. Une normalité joyeuse s'est invitée quelques minutes, mais le café est déjà bu, elle doit partir. A ce soir, B., bon courage et bonne journée ! La mienne commence, mais finalement, elle sera simple et facile. Le soleil brille, mes parents sont toujours là, ils m'appellent, j'arrive.

Bientôt 100 ans que l'ANFIIDE accompagne l'évolution du système de santé

Pourquoi adhérer à l'ANFIIDE ?



Donner du SENS à votre pratique, la rendre plus visible, la partager et la transmettre



Être ACTEUR des évolutions de la profession dans une dynamique toujours plus proactive



BULLETIN D'ADHÉSION



ANFIIDE 

secretariat@anfiide.com www.anfiide.com

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE - AFFILIÉE AU CII



@Anfiide

Membre adhérent de l'ANFIIDE

Brigitte HERISSON

Quel honneur d'être membre adhérent de l'ANFIIDE. Cette association française regroupant des infirmières et infirmiers généralistes va très bientôt fêter son centenaire, en 2024.

Derrière nous tant d'infirmières, se sont mobilisées aussi bien dans le public, le privé, en libéral pour faire reconnaître la place essentielle de l'infirmière dans l'offre de soins au service de la personne et faire évoluer sa pratique professionnelle.

L'ANFIIDE a été dans toutes les avancées, discussions, toujours posée et tempérée pour modifier le regard des décideurs. Son atout, avoir un regard plus large que sa pratique locale. Adhérer au Conseil International des Infirmières (CII), c'est aussi partager avec d'autres contrées et s'apercevoir que tous les professionnels du monde partagent des problématiques similaires. Membre également de la Fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN) et du Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIEF) conforte la vision et permet d'anticiper, d'ajuster les travaux pour mieux prendre soin des patients.

Alors, comme nous savons travailler en équipes pluridisciplinaires, jamais seules, nous le faisons également plus largement avec l'international ou l'euro péen. Ce partage des connaissances, des actions menées dans chaque pays permet de réfléchir à une politique de soins plus rapidement. Que ce soit la pénurie de personnel, la désaffection des infirmières ou des étudiants, la violence à l'encontre des professionnels, ces sujets sont aussi bien français qu'euro péens ou internationaux. Il ne s'agit pas d'afficher un optimisme démesuré, mais de ne pas nous complaire dans le pessimisme qui ne sert qu'à retarder nos actions et réflexions.

Brièvement, l'ANFIIDE a ainsi, non seulement avec Léonie Chaptal, participé à la reconnaissance du statut infirmier avec le 1^{er} diplôme, puis la reconnaissance du rôle propre, la création de l'Ordre des infirmiers, la mise en place de la pratique avancée, l'incitation à la création d'un poste de Chief Nursing Officer avec le soutien du CII. Et nous n'avons pas fini. C'était le passé pas tou-

jours simple qui nous sert de base ainsi que le présent en cours. Cela ne peut que nous rendre humble mais toujours leader pour continuer à œuvrer pour que notre belle profession continue à rayonner et prendre soin des patients. Pour cela, nous avons besoin de toutes les bonnes volontés, les soignants motivés. Un travail d'équipe pour être plus fort et plus ingénieux. Que ce soit en exercice libéral, en institution, à l'hôpital, partout où la personne peut avoir besoin à un moment donné de soins, notre travail commun pourra lui faire gagner du temps et des chances de retrouver un bien être plus vite.

Alors adhérer à l'ANFIIDE, qui n'est formé que d'infirmières et infirmiers bénévoles, est une immense chance de participer à l'évolution, la construction, la reconnaissance de notre belle profession, chacun avec ce qu'il est, ses possibilités.

Comment se fait cette participation ?

Dès le temps des études, l'abonnement à une revue professionnelle permet d'élargir son regard, s'informer et s'enrichir. L'ANFIIDE y était présente et l'est toujours. Puis, adhérente à l'ANFIIDE, ayant un cursus de formation continue tout le long de l'exercice professionnel, chaque compétence acquise est mise en exergue en participant à des groupes de travail, des représentations au nom de l'ANFIIDE dans des assemblées, des instances. Comment penser assister et participer aux différents plans ministériels douleur ? à des groupes de travail HAS ? à des évaluations ? à des regroupement inter associatifs ? Intervenir dans des congrès ? Ecrire dans des revues professionnelles ? Être membre de comité de rédaction en représentation de l'ANFIIDE ? Sans parler de moments historiques comme rencontrer une délégation coréenne à Paris, qui souhaite réaliser une étude comparative de la politique de santé en France, puis en Allemagne, rédiger un rapport et proposer un projet d'amé-

lioration dans leur pays. L'immense chance de rencontrer la présidente du CII et dernièrement la nouvelle présidente du SIDIEF et toutes les personnes influençant l'évolution de la profession. Nous recevons beaucoup de l'Association qui nous permet d'évoluer, mais pour cela, il faut également donner un peu de temps, de disponibilité, partager nos connaissances en toute humilité. Il faut oser sortir de sa zone de confort. Être infirmière c'est cela aussi et même plus.

La vie associative active facilite toute cette participation et évolution. Cela nourrit notre attractivité, développe notre adaptation à la rencontre des autres professionnels. Nous grandissons en permanence au travers de chaque rencontre.

L'échange est toujours constructif, formateur

Dans l'équipe, il y a toujours un leader qui nous guide et reste à l'écoute des propositions, actions pour avancer ensemble en confiance. Nous avançons dans une démocratie participative, avec des jeunes étudiants, des novices, des experts, des retraités qui ont tous une place.

Notre leader depuis 2009, Brigitte Lecointre, a mis en place cette démocratie participative dans le respect de chacun. Nous apportons notre collaboration avec ce que nous sommes et ce que nous représentons. L'important est de pouvoir faire progresser notre profession au bénéfice du patient et travailler avec tous dans un climat serein. Tout ce travail bénévole se fait en plus de notre activité professionnelle, familiale, sociale, à des heures ou des jours de repos.

On pourrait se demander ce que peut apporter l'ANFIIDE aux adhérents, mais chacun d'entre nous se pose-t-il la question, qu'est-ce que je peux apporter ? Quelle compétence puis-je mettre au service de notre profession ? Chacun fait avec ce qu'il est tout simplement.

Merci l'ANFIIDE.

15^e Congrès Français de Psychiatrie

Le Congrès Français de Psychiatrie est né en 2009. Il est devenu au fil des ans un des événements incontournable dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Il permet aux participants d'échanger des connaissances, de s'informer des dernières avancées en matière de recherche et de pratique clinique, de discuter des défis et des opportunités actuels, et de renforcer leur réseau professionnel.

Par leur richesse, les éditions précédentes du CFP ont permis de répondre aux attentes variées et de s'adapter aux intérêts spécifiques des participants.

La JSIRP – Une journée spéciale Sciences Infirmières et Recherche Paramédicale

Bien que le CFP soit ouvert depuis ses débuts à tous les professionnels concernés, en 2018 le bureau décide de créer la Journée Sciences Infirmières et Recherche Paramédicale (JSIRP). Cette journée spécifique est gérée par un Comité Scientifique composé d'IDE, IPA, orthophoniste, psychomotricien, sociologue, médiateur pair... qui, à l'issue d'un appel à communication, en compose le programme.

Le CFP - 15^e édition - aura lieu cette année à Lyon, sur le thème « Rêver ». Il s'étendra sur 4 jours en présentiel, du mercredi 29 novembre au samedi 2 décembre 2023 et accueillera sa 6^e Journée Sciences Infirmières et Recherche Paramédicale (JSIRP) lors de sa première journée. Si vous ne pouvez pas vous déplacer, celle-ci sera accessible en direct en distanciel et son enregistrement sera accessible sur le e-CFP2023 jusqu'au 28 mars 2024 comme l'ensemble des interventions du Congrès.

Les différents types de communication, l'organisation d'espaces d'échanges entre les participants et avec les 300 orateurs, favorisent le partage des pratiques cliniques. Il s'agit d'une belle opportunité pour les infirmiers de partager leurs expériences et de s'enrichir de celles d'autres infirmiers, mais aussi de bénéficier de celles d'autres professionnels de la santé mentale.

Des prix et des défis à relever

En plus des communications orales et des posters, cette année le défi « 180 Secondes Pour Innover » s'ouvre aux infirmiers et aux paramédicaux. Grâce au soutien de la fondation Erié, des invitations au Congrès seront offertes aux candidats sélectionnés et des prix pour



soutenir des projets seront décernés. Il s'agit d'une nouvelle possibilité de présenter de façon dynamique et inhabituelle un projet de recherche, un parcours de soins original ou une méthode innovante pour comprendre, déstigmatiser et/ou améliorer la prise en charge des troubles mentaux. Mais aussi de révéler son talent pour ce type de prise de parole en public.

Rêver, s'inspirer, créer de nouvelles voies, évoluer ensemble

Cette 15^e édition du CFP sera une nouvelle fois l'occasion d'accéder à des présentations de chercheurs reconnus et renommés dans leur domaine, avec un focus particulier sur la recherche infirmière et paramédicale lors de la 6^e JSIRP. S'informer des tendances émergentes est nécessaire afin d'adapter au mieux sa pratique aux évolutions sociétales, et tenter de dépasser les nombreux défis auxquels les professionnels de la santé mentale doivent faire face. La sensibilisation aux enjeux actuels et aux questions émergentes en psychiatrie est une des priorités du CFP. Les aborder à travers la thématique, « rêver », sera sans aucun doute une source d'inspiration et de motivation pour les participants.

La mise en lumière de travaux de recherche innovants, les témoignages de réussite, et les réalisations remarquables affirmeront l'option d'une vision de la profession infirmière et de la spécialité en santé mentale tournée vers l'espoir et la volonté d'explorer de nouvelles voies. Ces quelques jours pour repenser nos pratiques en prenant un peu de hauteur,

à travers les partages et les rencontres sont un espace nécessaire pour avancer ensemble mieux et plus loin.

Ce congrès est l'occasion à la fois de contribuer à l'évolution de la pratique infirmière, en échangeant et en s'enrichissant de la diversité des expériences et des professionnels présents, mais aussi de diffuser les recherches et les expériences cliniques afin de visibiliser les savoirs et pratiques des infirmiers et particulièrement de la pratique avancée émergente.

L'ANFIIDE au CFP2023

Depuis 2022, un partenariat a été instauré entre l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants (ANFIIDE) et le CFP permettant la mise en valeur de la profession au sein du Congrès. Vous pourrez rencontrer les représentants de l'association sur le stand de l'ANFIIDE dans l'espace exposition. Les membres de l'association bénéficient également d'un tarif privilégié pour participer au Congrès Français de Psychiatrie et au e-CFP2023.

Dans une période où l'enjeu de l'implantation de nouvelles pratiques est immense, il est indispensable de rappeler le rôle crucial des infirmiers dans le système de la santé mentale, mais aussi de favoriser leur collaboration avec les autres professionnels et les usagers pour espérer des propositions d'accompagnement et d'interventions plus efficaces et plus respectueuses des personnes.

Nous espérons que ce CFP et cette JSIRP2023 seront l'opportunité d'offrir aux infirmiers de santé mentale une nouvelle occasion d'apprendre, de partager, de réseauter, de développer leurs compétences et de s'ouvrir aux autres professionnels, pour favoriser l'évolution de leur pratique.

Nous vous donnons rendez-vous à Lyon.

Bien confraternellement

Le Comité Scientifique de la JSIRP



SIDIIEF
CATALYSEUR
DE PROGRÈS

Animer un réseau mondial infirmier depuis près de 25 ans

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) a pour mission de mettre en réseau les infirmières et infirmiers francophones, faciliter le partage des savoirs, mettre en valeur le leadership infirmier et sensibiliser les décideurs et le grand public au rôle que joue la profession dans la santé des populations. Et ce, depuis près de 25 ans. C'est d'ailleurs par adéquation avec cette mission que l'ANFIIDE est membre du SIDIIEF.

Un réseau unique de membres, riche de sa diversité

Le SIDIIEF rassemble des organisations francophones diverses autant que complémentaires : associations professionnelles, institutions cliniques (milieu hospitalier, soins à domicile, etc.), écoles et universités, chaires de recherche, etc. Cette diversité de voix, d'expertise et de provenance géographique fait la richesse de l'organisation, et lui permet de prendre position sur les enjeux prio-

ritaires de la profession en ayant une connaissance fine des différentes réalités.

Les organisations qui rejoignent le SIDIIEF viennent réseauter avec leurs pairs, s'inspirer des avancées de la profession (pratique avancée, reconfiguration des rôles) et participer à une réflexion collective sur l'évolution des soins et des systèmes de santé à travers le monde. Ensemble, elles valorisent la compétence infirmière et contribuent à la visibilité de son leadership.

En route vers le 9^e Congrès mondial !

Les congrès mondiaux triennaux du SIDIIEF sont les rendez-vous francophones incontournables de la profession. Ces congrès, organisés en collaboration avec une institution membre d'envergure, sont le haut lieu du savoir infirmier francophone. Après Ottawa en 2022, le prochain congrès aura lieu en 2025, à Lausanne et aura pour hôte le CHUV. C'est toute l'innovation infirmière internationale qui sera à l'honneur lors de cette rencontre. Plus de 1500 participants sont ainsi attendus du 2 au 5 juin 2025.

Le SIDIIEF invite les infirmières et infirmiers à préparer un projet de communication (orale ou par affiche) pour cet événement qui présentera plus de 500 communications francophones et à venir participer activement au congrès, afin de développer leur réseau et enrichir leur pratique.

Pour ne pas manquer les dates clés du congrès et être au courant de l'actualité du SIDIIEF, vous pouvez vous inscrire à l'infolettre.

SIDIIEF.ORG

Isabelle Lehn, nouvelle présidente du SIDIIEF



Élue en 2022 à la présidence du SIDIIEF, Isabelle Lehn est directrice des soins du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en Suisse. Le CHUV est partenaire du Consortium de Lausanne, membre promoteur. Résolument engagée en faveur de l'intégration des savoirs dans les pratiques de soins et du développement d'indicateurs cliniques, Isabelle Lehn souligne, avec conviction, le pouvoir d'innovation des infirmières et infirmiers, et leur force de proposition pour répondre aux défis de nos

systèmes de santé. Dans le cadre de son mandat, elle accompagne le SIDIIEF dans le processus de réflexion stratégique, afin d'orienter les actions de l'organisation pour les trois prochaines années.

2 au 5
JUN
2025

Le 9^e Congrès mondial
des infirmières et infirmiers
francophones aura lieu
à Lausanne

Hôte du congrès

CHUV Centre hospitalier
universitaire vaudois



www.legifrance.gouv.fr / www.solidarites-sante.gouv.fr / www.circulaires.legifrance.gouv.fr / www.fonction-publique.gouv.fr / www.drees.solidarites-sante.gouv.fr / www.irdes.fr / www.ladocumentationfrancaise.fr / www.justice.gouv.fr / www.justice.fr Tel : 3039 / www.ccomptes.fr / www.senat.fr / www.assemblee-nationale.fr / www.conseil-etat.fr / www.strategie.gouv.fr / www.ined.fr / www.insee.fr / www.hcsp.fr / www.has-sante.fr / www.ordre-infirmiers.fr / www.securite-sociale.fr / www.dares.travail-emploi.fr

Accès aux Soins / Pauvreté - Précarité - Insertion / Handicap /

www.assemblee-nationale.fr **Proposition de LOI** visant « à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des Professionnels » (adoptée en 1^{ère} lecture le 16/06/2023 après 4 jours de débat. Renforcement de la Permanence des soins, Création de l'Infirmier Référent....(26P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « **Etudes et Résultats N°1269** mis en ligne le 02/06/2023 « 1 personne sur 10 éprouve des difficultés de compréhension de l'Information médicale »

LOI 2023-379 du 19/05/2023 (texte2) JO du 20/05/2023 portant **Amélioration de l'Accès aux Soins par la confiance aux Professionnels de Santé** (7P) (L'article 2 concerne directement les IPA)

Assurance maladie / Sécurité Sociale / IDEL-NGAP-URPS/ Complémentaire Santé / DMP-Espace Santé /

Décret 2023-323 du 28/04/2023 (texte 34) JO du 29/04/2023 relatif à **la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées** (Le texte qui entre en vigueur le 30/04/2023 a pour objet « Financement des services proposant des prestations de soins à domicile » (il fixe la tarification, définit la composition et les modalités de calcul de la dotation globale de soins versée aux services proposant des soins infirmiers à domicile, définit les modalités de transmission par les services à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....il fixe les modalités de transmission vers le nouveau modèle de tarification pour la période 2023-2024.....)

Décret 2023-327 du 28/04/2023 (texte 17) JO du 30/04/2023 relatif au **Financement des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées** (entrée en vigueur le 01/05/2023)

Arrêté du 28/04/2023 (texte 19) JO du 30/04/2023 fixant le **modèle de tableau de détermination de la capacité d'autofinancement prévisionnelle** prévue par le décret 2023-323 du 28/04/2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile

Arrêté du 28/04/2023 (texte 21) JO du 30/04/2023 fixant en application de l'article R.314-138 du code de l'action sociale et des familles, le **classement des personnes âgées ou en situation de handicap accompagnées par des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile, en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins en soins** (entre en vigueur le 01/05/2023)

Décision du 08/02/2023 de l'UNCAM du 08/02/2023 (texte 38) JO du 16/03/2023 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie (Infirmiers et IPA concernés. Modification du livre III de la liste des actes et prestations adoptée par Décision de l'UNCAM le 11/03/2023)

Ordonnance 2023-77 du 05/02/2023 (texte3) JO du 09/02/2023 relative à **l'exercice en Sociétés des Professions Libérales Réglementées** (24P).

Décret 2022-1719 du 28/12/2022 (texte 70) JO du 30/12/2022 relatif aux **moyens d'identification électronique inter-régimes** mentionnés aux articles L.161-31 et L.161-33 du code de la Sécurité Sociale (entrée en vigueur le 01/01/2023. Concerne les assurés sociaux, professionnels de santé, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie)

Loi (LFSS) 2022-1616 du 23/12/2022 (texte 1) JO du 24/12/2022 (**Pour les Infirmiers voir plus précisément les Articles 33 (3°) / 36 (1-2-3) / 40 (1-2-3) et 46 de la LFSS**. Sur le même JO la Décision 2022-845 DC du 20/12/2022 (texte 2) Conseil Constitutionnel.

Décret 2022-1633 du 23/12/2022 (texte 61) JO du 24/12/2022 réformant les **Régimes des prestations complémentaires de vieillesse des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins et des chirurgiens-dentistes** et fixant pour 2022 les **Paramètres des Régimes des Prestations Complémentaires de Vieillesse des sage-femmes et des médecins**, des Régimes d'assurance vieillesse complémentaire, d'Invalidité-décès des **Professionnels Libéraux** (articles 7 et 8) et des régimes d'assurance vieillesse complémentaire des **artistes-auteurs** (entrée en vigueur le 25/12/2022 à l'exception du 2° de l'article 5 qui entre en vigueur le 01/01/2024).

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr / **Etudes et Résultats N° 1251** du 16/12/2022 « **Plus les dépenses de santé sont importantes plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée** » (8P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr / 16/12/2022 « **Rapport 2022** sur la **situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture sociale** » (87P)

Cursus/DE et Spécialités / Actes Infirmiers-CPS/ Formation-DPC / IFSI / Modes d'exercices / Conseils Nationaux Professionnels (CNP) /

Arrêté du 19/06/2023 (texte 54) JO du 22/06/2023 fixant le **nombre d'étudiants à admettre en 1^{ère} Année d'études préparatoires aux Diplômes d'Etat d'Infirmier** au titre des années Universitaires 2023-2024 = 38 162 réparti selon l'annexe 1 de l'arrêté) (Rappel : Année 2022-2023=36 104 et Année 2021-2022= 34 037)

Arrêté du 09/06/2013 (texte 19) JO du 11/06/2023 portant **diverses modifications relatives aux modalités de fonctionnement des Instituts de Formation Paramédicales** et aux formations conduisant aux DE d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (7P)

www.santé-solidarités.gouv.fr/actualités/presse 26/05/2023 « **Refondation du Métier Infirmier** » Lancement et discours du Ministre. Sur : www.igas.gouv.fr 1) Rapport 08/2022 (131P) IGAS n°2022-01OR -IGESR n° 2022-107 « Concertation sur la Pratique Avancée Infirmière » 2) **Rapport Octobre 2022** (218P) IGAS n° 2022-030R-IGESR-21-22- 27 5A « **Evolution de la Profession et de la Formation Infirmières** » (Ces 2 documents sont et seront une référence dans le cadre des grandes concertations

Nationales auprès des Infirmiers , des Etudiants et des Patients)

CEFIEC 16/05/2023 « **61% de diplômés en Soins Infirmiers sur la cohorte 2019-2022** (5P) Cette enquête a été réalisée entre 20/09/2022 et 20/11/2022 et repose sur les données recueillies auprès de 152 IFSI sur 309 structures adhérentes au CEFIEC)

www.drees.fr « **Etudes et Résultats N° 1266** du 11/05/2023 : **Les étudiants en Formation d'Infirmière sont trois fois plus nombreux à abandonner en 1ère année en 2021 qu'en 2011** (7P)

Décret 2023-354 du 09/05/2023 (texte 21) JO du 11/05/2023 modifiant les dispositions du **Code de l'Education relatives au DE IBODE** (Ce texte qui entre en vigueur le 12/05/2023 a pour objet : accréditation des établissements d'enseignement supérieur à délivrer le DE et modalités d'organisation de la VAE pour l'obtention de ce diplôme).

Arrêté du 08/05/2023 (texte 22) JO du 11/05/2023 **modifiant l'arrêté du 27/04/2022** relatif à la Formation conduisant au DE IBODE

Décret 2023-326 du 28/04/2023 (texte 14) JO du 30/04/2023 **modifiant le décret 2019-897** du 28/08/2019 instituant un Médiateur National et des Médiateurs Régionaux ou Interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (ce texte entre en vigueur le 01/05/2023 et étend le champ 'application du dispositif pour les personnels , aux étudiants en santé médicaux et/ou paramédicaux et à la médiation de prévention ainsi qu'au recours possible à un réseau de médiateurs diplômés)

Arrêté du 10/02/2023 (texte 32) JO du 14/02/2023 **modifiant l'arrêté du 07/09/2022** définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de DPC pour les années 2022 à 2025

Arrêté du 29/12/2022 (texte 25) JO du 06/01/2023 **modifiant l'arrêté du 31/07/2009** relatif au Diplôme d'Etat Infirmier

Arrêté du 20/12/2022 (texte 73) JO du 23/12/2022 définissant la **méthode d'élaboration des Référentiels de Certification périodique**, tel que prévu à l'article L.4022-8-1 du CSP.

Loi 2022-1587 du 19/12/2022 (texte 1) JO du 20/12/2022 visant à **lutter contre la fraude au compte personnel de Formation** et à interdire le démarchage de ses titulaires

www.igas.fr **Rapport du 13/10/2022** « **Evolution de la Profession et de la formation Infirmières** (218P) à consulter.

Etudes-Recherches-Evaluation/Statistiques/Jurisprudences/Conseil Constitutionnel /

Conseil Constitutionnel : **Décision N° 2022-845** DC du 20/12/2022 (texte 2) JO du 24/12/2022 **concernant LOI LFSS** pour 2023.

Fonctions Publiques (3) FPE-FPT-FPH-Carrières-Prévention /SDIS-Sécurité Civile/

Circulaire N° 6394-SG du 10/03/2023 (mise en ligne le 15/03/2023) NOR :PRMX2307465C relative au **renforcement du recrutement d'apprentis** dans les 3 versants de la FP pour les années 2023-2026 .

Circulaire du 27/12/2022 (mise en ligne le 28/12/2022) relative à **l'obligation des Publicités des emplois vacants sur un espace numérique commun aux trois Fonctions Publiques** (NOR:TFPF2228640C) (La circulaire précise les modalités de la mise en œuvre de cette obligation consécutive à la publication du décret du 20/04/2022 élargissant cette obligation. Elle remplace la circulaire du 03/04/2019 ayant le même objet)

Décret 2022-1682 du 27/12/2022 (texte 86) JO du 28/12/2022 relatif à **l'expérimentation de la mise à disposition de Fonctionnaires dans le cadre d'un mécénat de compétences** (FPE et FPT) (entrée en vigueur le 29/12/2022)

Décret 2022-1658 du 26/12/2022 (texte 53) JO du 27/12/2022 portant **création du corps des ambulanciers de la FPH et APHP** au sein de la filière soignante et Modifiant diverses dispositions applicables à la FPH (entrée en vigueur le 01/01/2023, VOIR à l'article 19 du décret, la modification du décret du 05/02/2020 concernant la modification du tableau de classement par catégories concernant en 2 (dans le tableau) la filière des personnels des services de soins ,des services médico-techniques (notamment les Infirmiers),des services de rééducation, des sage-femmes et des psychologues) 7P

Décret 2022-1615 du 22/12/2022 (texte 76) JO du 23/12/2022 portant **relèvement du minimum de traitement dans la FP** (les 3) (entrée en vigueur le 01/01/2023)

Décret 2022-1612 du 22/12/2022 (texte 66) JO 23/12/2022 **modifiant le décret 2022-19** du 10/01/2022 portant création d'une prime d'exercice en soins critiques pour les Infirmiers en soins généraux et Cadres de santé au sein de la FPH (application aux rémunérations versées a/c du mois de décembre 2022)

Législation Européenne-Directives/ Législation Mondiale/ CII / OMS

Santé Numérique 05/06/2023 « **La Commission Européenne et l'OMS lancent une initiative historique dans le domaine de la Santé Numérique** pour Renforcer la Sécurité Sanitaire Mondiale. En juin 2023, l'OMS adoptera le système de certification COVID-19 de l'UE afin de mettre en place un Système Mondial qui contribuera à faciliter la mobilité mondiale et à protéger les citoyens du monde entier contre les menaces actuelles et futures pour la Santé. Il s'agit du 1er élément constructif du Réseau Mondial de Certification Sanitaire numérique de l'OMS (GDHCN)qui mettra au point un large éventail de produits numériques pour améliorer la santé de tous, l'initiative fait suite à l'accord signé le 02/12/2022)

Circulaire N°6398/SG du 24/04/2023 mise en ligne le 24/04/2023 (NOR :PRMX2311533C) relative à **l'obligation de mise en œuvre d'un examen de Proportionnalité** dans « l'évaluation des projets de normes relatifs à l'Accès ou l'Exercice d'une Profession Réglementée » (21P) (Cette circulaire renvoie aux Directives Européennes 2005-36/CE du 07/09/2005, 2013/55/UE du 20/09/2013 et 2018/958/UE du 28/06/2018....(elle annule et remplace la circulaire 619/7/SG/du 29/07/2020 (Il est nécessaire compte-tenu des Réformes à venir sur l'évolution du cursus de prendre connaissances du document)

Loi 2023-171 du 09/03/2023 (texte1) JO du 10/03/2023 (33P) portant **diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union Européenne** dans les domaines : Economie titre I /SANTÉ titre II / travail et transports titre III / Agriculture titre IV /

www.eca.europa.eu « Rapport spécial de la Cours des Comptes Européenne » (mis en ligne le 02/02/2023) 61P « **Adaptation des règles de la politique de cohésion en réaction à la Pandémie de Covid-19** »

Ordre Infirmier /Déontologie /Elections/ RPPS/

www.has-sante.fr **Rapport d'activité du Déontologue 2022** du 31/03/2023 (26P)

Arrêté du 13/02/2023 (texte 18) JO du 19/02/2023 modifiant le dernier alinéa de l'arrêté du 23/09/2022 relatif à la mise en œuvre du « **Répertoire partagé des professionnels**

intervenant dans le système de santé (RPPS)

Prévention-Vaccinations /Crise-Risque et Etat d'Urgence Sanitaires-Epidémie-Pandémie- Coronavirus-DGS-Urgent /Conseil Scientifique / Institut National du cancer/ Endométriose / Avortement/ Bioéthique-AMA-PMA/Néonatal/ Obésité/Transfusion sanguine/

Arrêté du 01/06/2023 (texte 26) JO du 03/06/2023 relatif à la **Suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves paramédicaux** et dans certaines formations menant à une profession à usage de titre. (Le présent arrêté s'applique aux étudiants et élèves des formations dont l'admission ou la formation a été suspendue en 2021, 2022 ou 2023 par dérogation les étudiants, élèves ou candidats mentionnée à l'article 1er peuvent déposer une demande de réintégration ou d'admission (précisées aux articles 3 à 6 de l'arrêté) en formation auprès du directeur de l'école ou de l'institut ou du président de l'université jusqu'au 15/07/2023

Décret 2023-368 du 13/05/2023 (texte 13) JO du 14/05/2023 relatif à la **Suspension de l'Obligation de vaccination contre la Covid-19 des Professionnels et étudiants** soumis à l'obligation (entrée en vigueur le 15/05/2023)

Arrêté du 27/04/2023 (texte 32) JO du 29/04/2023 modifiant l'arrêté du 01/06/2021 relatif aux **mesures d'organisation et de fonctionnement du Système de santé** maintenues en matière de lutte contre la Covid-19 (Prolongation de certaines règles jusqu'au 31/08/2023)

Arrêté du 17/04/2023 (texte 3) JO du 23/04/2023 fixant les règles de sécurité et les **modalités de déclaration des systèmes d'information d'importance vitale et des incidents de sécurité relatives au sous-secteur d'activités d'importance** « Etablissements de Santé » (entrée en vigueur le 01/07/2023 (10P) et l'Arrêté du 17/04/2023 (texte 3) JO du 23/04/2023 fixant les règles de Sécurité et les modalités de déclaration des systèmes d'information d'importance vitale et des incidents de sécurité relatives au sous-secteur d'activités d'importance vitale « Veille et alerte Sanitaires » (entrée en vigueur le 01/07/2023 (10P)

www.has.fr Le **Rapport d'analyse prospective 2022** (238P) mis en ligne le 20/02/2023. (Ce rapport analyse la manière dont l'expertise publique a évolué, s'est ajusté et organisé pour répondre aux exigences de réactivité face aux défis soulevés par la crise qui s'est installée dans la durée....)

Décret 2023-86 du 10/02/2023 (texte20) JO du 11/02/2023 modifiant le décret 2020-650 du 29/05/2020 relatif au **traitement des données dénommé « TousAntiCovid »** et le **décret 2021-901** du 06/07/2021 relatif au **traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Convertisseur de Certificats** (entrée en vigueur le 12/02/2023 de ce texte qui prolonge jusqu'au 30/06/2023 l durée de mise en œuvre du traitement de données...)

Arrêté du 03/01/2023 (texte 25) JO du 04/01/2023 modifiant l'arrêté du 01/06/2021 relatif aux **mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la Covid-19** ainsi que la liste des actes et prestations mentionnés à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité Sociale.

Arrêté du 17/12/2022 (texte53) JO du 29/12/2022 fixant le **schéma directeur national de la Transfusion Sanguine** pris en application de l'article L.1222-15 du CSP.

Décret 2022-1613 du 22/12/2022 (texte 67) JO du 23/12/2022

modifiant le décret 2022-1097 du 30/07/2022 relatif aux **mesures de veille et de sécurité sanitaire maintenues en matière de lutte contre la Covid-19.**

Arrêté du 16/12/2022 (texte 49) JO du 17/12/2022 modifiant l'arrêté du 01-06-2021 relatif aux **mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la Covid-19** (vaccins)

Arrêté du 14/12/2022 (texte 39) JO du 16/12/2022 fixant la **liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation de soins de Néonatalogie au domicile des patients par des unités de néonatalogie.**

www.ccomptes.fr/publications/ « **La Vaccination contre la Covid-19 : des résultats globaux favorables des disparités persistantes** (Synthèse (15P) Rapport (123P) mis en ligne le 14/12/2022)...Début septembre 2022 environ 79% de la population française avait reçu le schéma vaccinal initial....

[www.ccomptes.fr Santé Publique France](http://www.ccomptes.fr/Santé_Publique_France) « **Des missions étendues, une stratégie à mieux définir** » (mise en ligne le 12/12/2022 (113P) (Voir P7 à 11 et les recommandations P13) La crise sanitaire liée à la Covid-19 a représenté un défi majeur pour l'Agence qui a joué un rôle important au cours de la période, en contribuant en particulier à la constitution et à la gestion des stocks stratégiques, ainsi qu'aux campagnes de vaccination)

***DGS-Urgent du N° 2022-83 (2) 15/12/2022 au N° 2023-09 du 04/05/2023 www.solidarites-sante.fr

Réforme de l'Etat / Institutions-Justice-Travail-Education-Retraites/Economie-Finances Publiques/

www.cor-retraites.fr « **Rapport Annuel 2023 du 22/06/2023** » (419P) Ce 10^e rapport est organisé en 5 parties. Il intègre les éléments connus à sa date d'élaboration, notamment des prévisions économiques élaborées dans le cadre du Programme de stabilité 2023-2027, ainsi que les résultats des comptes nationaux publiés fin mai par l'Insee et intègre également les mesures de la réforme des retraites promulguée le 14/04/2023

www.drees-solidarites-sante.gouv.fr 16/06/2023 Panoramas de la Drees -Edition 2023 « **Vue d'ensemble** » (8P). Le Rapport complet de 324P est accessible sur le site de la Drees. Cette nouvelle édition du Panorama annuel rassemble les éléments de cadrage et les chiffres clés permettant d'appréhender la question des retraites, 1er poste de dépense de la Protection sociale avec 338 milliards d'euros de pension versés en 2021 (13,5% du PIB, et de l'invalidité) Fin 2021, 17 millions de personnes, résidant en France ou à l'étranger, sont retraitées de droit direct d'au moins un régime français. Cet effectif correspond à 100 000 personnes de plus que l'année précédente. fin 2021, 4,4 millions de personnes bénéficient d'une pension de droit dérivé « dite de réversion » dont 1 million n'ont que cette pension .

Décret 2023-435 du 03/06/2023 (texte 15) +Décret 2023-436 du 03/06/2023 (texte 16) JO du 04/06/2023 portant application des articles 10-11 et 17 de la LOI 2023-270 du 14/04/2023 de **Financement Rectificative de la Sécurité sociale** (LFRSS) pour 2023 : Relèvement âge d'ouverture du Droit à la Retraite et dispositifs de Retraite Anticipée.

Loi 2023-270 du 14/04/2023 (texte1) JO du 15/04/2023 de **Financement Rectificative de la Sécurité Sociale** 2023 (1) (41P- 4 titres) – sur le même JO (texte 2 : Conseil Constitutionnel Décision 2023-849 DC du 15/04/2023.

Arrêté du 18/10/2022 (texte 14) JO du 04/01/2023 portant **Création d'un traitement de donnée à caractère personnel**

dénoté « Répertoire National des Identifiants Elèves, Etudiants et apprentis » (RNIE) (qui permet d'attribuer un identifiant national (INE) à chaque élève du second degré, étudiant et apprenti au moyen d'une procédure automatisée. Ce traitement est mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article 6 du règlement (UE) du 27/04/2016 pour l'exécution d'une mission d'intérêt public)

Services de Prévention et de Santé au Travail/ Médecine-Santé-Scolaire/Santé des Personnels hospitaliers et établissements/

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats n°1270 du 09/06/2023 : **à l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail** » (8P) Cette étude s'appuie sur les données de l'Enquête Epidémiologie et Conditions de vie liées au Covid-19 (Epicov) élaborée par l'Irsem et la Drees)

www.assemblee-nationale.fr Rapport d'information déposé le 11/05/2023 sur « **la Médecine scolaire et la Santé à l'école** » (69P) (qui écarte l'option d'un transfert aux départements malgré un pilotage défaillant. Un autre rapport devrait être prochainement publié sur le « Devenir de la Médecine Scolaire »)

Décret 2022-1712 du 29/12/2022 (texte 47) JO du 30/12/2022 relatif à **l'approbation de la délibération du Comité national de prévention et de santé au travail du Conseil d'orientation des conditions de travail** (en application de l'article 6 de la Loi 2021-1018 du 02/08/2021) fixant les modalités de mise en œuvre du Passeport de Prévention et de sa mise à la disposition de l'employeur (entrée en vigueur le 31/12/2022)

Décret 2022-1664 du 27/12/2022 (texte 28) JO du 28/12/2022 relatif à la **Formation spécifique des infirmiers de Santé au Travail** (entrée en vigueur le 31/03/2023. Concerne les infirmiers en santé au travail exerçant en services de prévention et de santé au travail et exerçant au sein des services de santé en agriculture, et infirmiers d'entreprise)

Système de Santé /Transformation-Modernisation-Séjour/Etablissements de Soins/Réforme Hôpital /CPTS-Structures pluriprofessionnelles /Droits du Patient /ARS/ Expérimentations/ Education Thérapeutique/ Protocole de Coopération/HCPP/Numérique Santé/Santé et Environnement/

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1268 du 25/05/2023 « **Médecins Généralistes** : début 2022, 1 sur 5 participe à une CPTS et 1 sur 20 emploie une assistante médicale (5P)

www.sante-gouv.fr/sante-et-environnement-les-plans-nationaux : Plan National Santé Environnement 4 (PNSE 4) « **Un Environnement, une Santé** » (avec un historique des PNSE 2004-2008 / 2009-2013 / 2015-2019 / 2021-2025 /

LOI 2023-278 du 19/05/2023 (texte 1) JO du 20/05/2023 visant à améliorer l'Encadrement des Centres de Santé (4P) (modifications de 8 articles du CSP et 1 article du code de la Sécurité Sociale)

www.sante.gouv.fr 17/05/2023 « **Lancement de la feuille de route du Numérique en Santé 2023-2027** (27P)

Arrêté du 11/04/2023 (texte 19) JO du 06/05/2023 modifiant l'arrêté du 27/11/2020 relatif à **l'expérimentation nationale des Centres de santé sexuelle d'approche communautaire** et fixant la liste des (4) établissements expérimentateurs (33P)

Arrêté du 21/05/2023 (texte 16) JO du 03/05/2023 modifiant l'arrêté du 17/01/2022 est remplacé par l'expérimentation « **Inspir'Action** » (83P), l'annexe est remplacée par l'annexe jointe à l'arrêté du 03/05/2023 (ce projet d'expérimentation d'innovation en santé cahier des charges : Parcours de soins

innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Arrêté du 03/04/2023 (texte 39) JO du 20/04/2023 relatif à **la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'enquête Urgences 2023**. Enquête nationale sur les structures des urgences des établissements de santé (sur www.drees.solidarites-sante.gouv.fr du 02/03/2023 présentation « Enquêtes Urgences 2023 mardi 13/06/2023 »)

www.ccomptes.fr 10/03/2023 « Rapport public annuel 2023 » **la Décentralisation 40 ans après** » (Cette publication permet d'accéder à plusieurs dossiers thématiques et notamment de la P 515 à 565 du dossier « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'Accès aux soins de 1er recours » (synthèse, les observations mais aussi les réponses à commencer par celle de la 1ère ministre ne manque pas d'intérêt)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1259 du 02/03/2023 « **En 2021, le nombre de séjours hospitaliers HORS Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant épidémie** (Près de 11,4 millions de personnes résidant en France ont été hospitalisées en court séjour, soit 17,8 millions de séjours, dont environ 2% pour Covid-19 en 2021)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents. Rapport publié le 06/02/2023 (320P) « **Evaluation de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022** » Rapport centré sur l'analyse de la cohérence de cette stratégie et de sa pertinence avec les enjeux de santé d'une part, et sur l'analyse de ses résultats et impacts sur les acteurs de l'écosystème de santé d'autre part. Ce rapport a été complété par différents focus, notamment sur la prise en compte des préférences de la société civile et des enjeux liés aux inégalités sociales de santé et par des recommandations à l'élaboration de la prochaine SNS (Voir les recommandations P24 à 30 et les 7 Annexes)

Décret 2022-1722 du 29/12/2022 (texte 73) JO du 30/12/2022 modifiant **les missions et la gouvernance de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation** (entrée en vigueur le 31/12/2022)

Arrêté du 27/12/2022 (texte 62) JO 29/12/2022 relatif à la **contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au Financement des ARS** pour les années 2022 et 2023.

Arrêté du 27/12/2022 (texte 84) JO du 28/12/2022 fixant le **modèle de présentation du tableau Prévisionnel des effectifs rémunérés des établissements publics de santé et des établissements de santé privée** mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale (a/c de l'exercice 2023)

Décret 2022-1679 du 27/12/2022 (texte 76) JO du 28/12/2022 relatif **aux missions et au cadre de l'intervention du Référent Handicap dans le parcours du patient (en situation de handicap en établissements de santé** (entrée en vigueur le 29/12/2022)

www.legifrance.gouv.fr /Circulaire N° DGOS/R1/2022/277 du 23/12/2022 (mise en ligne le 27/12/2022) (NOR:SPRH 2236373C) relative à la **troisième campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé** (50P) (Voir plus précisément les pages 28 à 50/ annexes1 à 7. Cette circulaire précise la fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé)

Viellissement-Grand-âge -Dépendance-Handicap-Aidants / Autonomie / Fin de Vie- Soins Palliatifs / USLD-EHPAD / Démographie /

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/dossiers-de-la-drees: N°110 du 17/05/2023 « **Les proches aidants :typologie d'une population hétérogène** » (38P) (Proposition de grille d'analyse pour rendre compte de la diversité des situations des proches

aidants de personnes vivant à domicile et cerner celles dont le vécu est le plus difficile. 7,6 millions de proches aidants analysés dans ce dossier dont : 24% sont les plus impactés (conjoint, des parents et des enfants qui assument une charge importante) ,29% le sont moyennement et 47% sont moins impactés)

www.lecese.fr/travaux-du-cese « **Fin de Vie** » : faire évoluer la loi ? avis adopté le 09/05/2023 + plénière le 10/05/2023. Cet avis prend en compte les propositions de la Convention citoyenne qui s'est achevée le 02/04/2023 (61P)

www.lecese.fr/convention.citoyenne-sur-la-fin-de-vie « **Rapport de 143P et ses 146 propositions** » (remis le 09/04/2023 Au Président de la République) .

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiques : Panorama de la Drees 21/04/2023 « **Le Handicap en chiffres - Edition 2023** » (Cette publication réalise une synthèse de l'information statistique disponible à partir de travaux et d'études déjà publiés. L'objectif est d'éclairer et de rassembler en un même ouvrage les réponses à des questions telles que le nombre de personnes handicapées en France) Le document est composé de 6 chapitres déclinés en 28 fiches.

www.drees.solidarites-sante.fr « Dossiers de la Drees du 03/02/2023 » **Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans et plus ?** (Une comparaison à partir des enquêtes Care-ménages et Care-Institutions. Ce dossier présente une comparaison inédite des caractéristiques des personnes de 60 ans ou plus selon leur lieu de vie)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1254 du 02/02/2023 » **en France une personne sur 7 de 15ans ou plus est handicapée en 2021** soit 7,7 millions de personnes que ce soit au titre d'une limitation sensorielle, physique ou cognitive sévère, ou bien au titre d'une forte restriction plus globale dans les activités de la vie quotidienne (25% des 60 ans ou plus sont concernés. Parmi les 75 ans ou plus 5% cumulent les 3 types de limitations)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr 'Etudes et Résultats N° 1255 du 02/02/2023 » **9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021**, que cette personne vive dans le même logement ou ailleurs. Cette aide peut prendre la forme d'une aide aux activités de la vie quotidienne, d'un soutien moral ou, pour les adultes, d'un soutien financier

www.insee.fr « Janvier 2023 Insee Première N°1935 » **Bilan Démographique 2022**. L'espérance de vie stagne en 2022 et reste inférieure à celle de 2019 (Publication le 17/01/2023 . au 01/01/ : 68 millions d'habitants, moins de naissances et décès en nombre élevé)

www.fhf.fr Enquête FHF (mise en ligne le 03/01/2023) **Situation budgétaire des EHPAD publics en fin d'exercice 2022** (8P) (enquête conduite en décembre 2022. Elle présente la situation financière (très difficile) des EHPAD... avec des conséquences de court terme importantes. Les résultats colligent la situation de plus de 350 EHPAD publics (autonomes et rattachés à un CH) représentant plus de 47 300 lits d'hébergement permanent, soit environ 20% des places d'EHPAD répartis dans l'ensemble des régions....)

Projet de LOI portant **mesures d'urgence et structurelles en faveur d'une Société de Longévité** (mise en ligne 03/01/2026) 16P (Ce projet de Loi s'inscrit dans le contexte connu d'entrée de la France dans sa phase aigüe de transition démographique. La réussite des programmes de prévention et les progrès continus de la recherche médicale ont ainsi eu pour conséquence d'allonger l'espérance de vie de 10 ans entre 1970 et nos jours. C'est une

réussite collective, dont la société toute entière peut se féliciter. Cet allongement continu de la durée de vie va de pair avec le phénomène déjà amorcé de vieillissement de la génération des babies boomers et pose au pays un défi majeur et urgent. Comment transformer un pays dont le nombre de personnes de plus de 80 ans va croître de 2,5 millions en 20 ans et de 5,2 millions en 50 ans)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr / Panorama de la Drees-Social « **L'Aide et l'Action sociales en France-Perte d'Autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion** » Edition 2022 mise en ligne le 23/12/2022 (267P) (L'aide et l'action sociale en France représentent 10% de l'ensemble des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour moitié par les Départements qui y consacrent 70% de leurs dépenses de fonctionnement en 2020...)

www.fhf.fr du 14/12/2022 (4P) Réforme du Système de Santé : **La FHF appelle à concrétiser rapidement les transformations envisagées dans les CNR Santé et Bien-Vieillir** et alerte sur les Urgences Budgétaires de fin d'année.

Violences Conjugales-Enfants-Scolaires-Travail / Harcèlement/Addictions/ Suicide/ Prévention et Protection de l'Enfance -PMI/ Accueil de l'Enfant/Adoption/

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr : Etudes et Résultats n° 1271 (publié l20/06/2023) « **Près d'un enfant sur 6 a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021** » (8P) (Ce phénomène observé dans d'autres pays semble concerné plus particulièrement les adolescents et les jeunes femmes...cette étude apporte un éclairage tout particulier sur les disparités sociales qui accompagnent ces difficultés, sur leur retentissement dans la vie quotidienne des jeunes et sur les recours aux soins au cours de la crise Covid... cette étude a été réalisée à partir du 3^e volet de l'enquête Epidémiologie et conditions de vie liées au Covid (EpiCov)

www.sante.gouv.fr Publication du 09/06/2023 « **Rapport sur les VIOLENCES à l'encontre des Professionnels de Santé** » (66P) 6 Axes identifiés et 44 Propositions pour des soins en sécurité)

www.justice.gouv.fr 22/05/2023 (210P) « **Lutte contre les violences intra-familiales : de nouveaux textes à l'approche** »

Décret 2023-299 du 21/04/2023 (texte1) JO du 23/04/2023 relatif aux **institutions compétentes en matière de Protection de l'Enfance, d'Adoption et d'Accès aux origines personnelles** (entrée en vigueur le 24/04/2023 de ce texte qui tire les conséquences règlementaires de la création du GIP dénommé « France Enfance protégée »

Loi 2023-140 du 28/02/2023 (texte 1) JO du 01/03/2023 créant une **aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales** entendues au sens de l'article 132-80 du code pénal (La loi entre en vigueur au plus tard 9 mois après la publication de Loi ,date fixée par décret)

Arrêté du 07/12/2022 (texte 21) JO du 20/12/2022 modifiant l'arrêté du 21/07/2022 (article 1er) fixant la **liste des bénéficiaires et les montants alloués par le fonds de lutte contre les Addictions** au titre de l'année 2022.

Arrêté du 07/12/2022 (texte 32) JO du 16/12/2022 fixant le montant de la dotation de la branche maladie finançant le fonds de lutte contre les Addictions au titre de l'année 2022 (96 749 401,62 €)

www.interieur.gouv.fr / actualités 15/12/2022 « **Les violences Conjugales enregistrées par les services de Sécurité en 2021** »