

CONTRIBUTION DE L'ANFIIDE

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT DE SOINS

Le Conseil international des infirmières (CII) a pour mission de représenter les infirmières et la profession infirmière sur la scène mondiale. Ce faisant, le CII applique ses compétences politiques, de sensibilisation ainsi que d'éducation et de formation pour influencer les décisions d'investissement et la pratique dans tout le système sanitaire et social, avec des partenaires clés au plan mondial.

Parallèlement, le CII s'efforce aussi d'aider ses membres, les associations nationales d'infirmières (ANI), à plaider, dans leur pays et région respectifs, pour davantage d'investissements dans l'infrastructure, les normes de pratique infirmière, l'éducation et la formation, le développement du système de santé et les politiques publiques.

Les priorités et le programme de travail actuels du CII sont inscrits dans son Plan stratégique 2014 - 2018.

Le CII prépare un programme de travail pour réviser ce Plan stratégique, qui s'achève l'an prochain. Dans ce cadre, le CII sollicite l'avis des ANI concernant les problèmes et tendances dans leurs pays pendant les cinq (5) prochaines années.

Rassemblées et synthétisées, ces contributions serviront à définir les priorités et les objectifs des programmes de travail du CII.

Le CII prie les ANI de donner des renseignements ou de faire part de leurs observations dans les domaines suivants : Problèmes sanitaires, Problèmes dans le système de santé, Environnements de soins, Pratique professionnelle, Ressources humaines, Formation, Réglementation

1. PROBLÈMES SANITAIRES

ETAT DES LIEUX

- Augmentation des pathologies liées aux changements climatiques (maladies vectorielles ; par exemple Chikungunya autochtone dans le sud de la France, maladie de Lyme dans l'Est de la France).
- Augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans toutes les strates de la population, dont Diabète, obésité, asthme, etc.
- Passage à la chronicisation de pathologies initialement aiguës : HIV, Cancer,...
- Vieillesse de la population active comme non active (augmentation des moyennes d'âge dans de nombreuses professions dont les professions du soin) avec baisse de la natalité depuis les deux dernières années
- Nombreux problèmes de santé mentale : addictions (alcool, tabac, jeu, sexe, écrans, cette dernière touchant des enfants de très bas âge...), santé au travail (épuisement professionnel, burn-out, suicides, en particulier parmi le personnel soignant), risques psycho-sociaux (en lien avec les conditions de travail, la précarité socio-économique, les modes de management,...).
- Dysfonctionnement de la santé en milieu pénitentiaire malgré un encadrement légal faisant le lien entre prison et hôpital : accès théorique à l'ETP non respecté, nombreuses infections sexuellement transmissibles, problèmes de santé mentale liés à l'incarcération, à la surpopulation, à la violence des interactions sociales en milieu contraint,...
- Complexification des prises en charge en santé mentale liée aux pathologies qui se surajoutent à la maladie psychiatrique préexistante
- Dysfonctionnement de la politique d'immunisation de la population en lien avec forte suspicion, médiatisation inadaptée, etc... ayant pour conséquence une mauvaise couverture vaccinale, la résurgence d'épidémies de pathologies préalablement sous contrôle (rougeole, tuberculose,...)
- Pathologies liées aux contextes de migration (amputations liées au gel lorsque le passage des cols de montagne se fait en hiver, grossesses précoces chez des adolescentes,...)
- Polymédication en lien avec les polyopathologies : augmentation des effets iatrogènes (+/- liés aux difficultés d'observance et au manque de coordination entre les prescripteurs)
- Dysfonctionnement de la prise en charge de la santé sexuelle en particulier à l'adolescence (éducation pour la santé inexistante, freins culturels et organisationnels,...), méconnaissances des problématiques liées aux infections sexuellement transmissibles malgré de nouveaux modes de prévention (PREP / HIV par exemple), complexification du parcours d'accès à l'interruption volontaire de grossesse, précarité du statut des centres de planning familial, etc.

ACTIONS EN COURS

- Campagnes de prévention d'information (vaccination, grippe, prévention routière, alcool au volant, etc...), de dépistage (cancer du sein, du colon, etc.)
- Plans de santé publique en lien avec les priorités et orientations de la "stratégie Nationale de Santé" (SNS)
- Structuration de la coordination au plan territorial de proximité (diminution du nombre de réseaux de santé au profit des maisons de santé pluridisciplinaires, organisation professionnelle type associations d'infirmières, émergences de missions de gestion de cas complexe (case management) en particulier en gériatrie ou en lien avec les maladies chroniques)
- Développement des actions d'éducation thérapeutique (ETP) sous contrainte administrative et financière extrêmement lourde ; l'éducation à la santé (EPS) reste à la marge (pas de structure porteuse de projet, pas de budget dédié,...)
- Développement de la recherche paramédicale, avec thématiques essentiellement médicales
- Développement de l'innovation en santé, intégration du numérique et des nouvelles technologies (messageries sécurisées, télémédecine, télésurveillance, dossier médical partagé, etc...) y compris NBIC (nanotechnologies, biotechnologies, puces biologiques, etc.)
- Timide intégration aux soins des pratiques de soin non conventionnelles (PSNC) : sophrologie, hypnose, yoga, méditation, relaxation, aromathérapie, etc.

ACTIONS À 5 ANS

Cf. Stratégies Nationales de Santé 2018-2022 L'enjeu : répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France.

Elle se fonde sur l'analyse du Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. Elle réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde.

Elle vise à répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé :

- les risques sanitaires liés à l'augmentation de l'exposition aux polluants et aux toxiques ;
- les risques d'exposition de la population aux risques infectieux ;
- les maladies chroniques et leurs conséquences ;
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

À partir du rapport remis en septembre 2017 par le Haut Conseil de la Santé Publique sur l'état de santé de la population, la ministre des solidarités et de la santé a identifié quatre thèmes prioritaires autour desquels s'organiseront les grands chantiers en matière de santé à moyen et long terme :

- la prévention et la promotion de la santé,
- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé,
- la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins,
- l'innovation.

La stratégie nationale de santé s'articule autour de quatre axes complémentaires :

- Prévention : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Innovation : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

La SNS contient également des volets spécifiques (les 7 priorités de la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune et des volets spécifiques relatifs à la Corse et aux collectivités d'Outre-mer sont également définis.

Elle se décline en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap. Chacun des objectifs de la stratégie nationale de santé contribue à la lutte contre l'ensemble des inégalités sociales et territoriales de santé. La stratégie nationale de santé s'inscrit dans le cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. Elle contribue à renforcer l'efficacité du système de santé en cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité. La stratégie nationale de santé et les plans et programmes nationaux donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique de ces plans et programmes au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de la santé publique.

Dès le premier semestre 2018, la stratégie nationale de santé sera mise en œuvre par des plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les projets régionaux de santé (PRS) définis par les agences régionales de

2. PROBLÈMES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

ÉTAT DES LIEUX

- Organisation du système par strates territoriales (nationale, régionale, territoriale, locale) complexifiant la lisibilité du système et l'accessibilité aux structures existantes, générant des inégalités en santé
- Millefeuille administratif complexifiant la prise de décisions et l'organisation des parcours, nuisant à la réactivité des décideurs
- Organisation hiérarchisée du système par type d'établissement (Centres Hospitaliers Universitaires, Centres Hospitaliers, Hôpitaux Locaux,... publics ou privés) ne disposant pas des mêmes moyens financiers et logistiques et n'exerçant pas la même qualité de soins
- Problèmes organisationnels en santé au travail (démographie médicale en baisse, suivis non réguliers voire non assurés y compris face à des risques spécifiques comme le travail de nuit,...), non prise en compte par le système du statut libéral (travailleurs indépendants non suivis, assurance accident du travail non obligatoire,...)
- Problèmes organisationnels en santé scolaire (pas ou peu de prévention, personnel médical et paramédical insuffisant, problème de coordination lié à sectorisation (Ministère de l'éducation nationale Vs. Ministère de la santé) créant des statuts professionnels différents,...)
- Problèmes organisationnels en secteur psychiatrique : difficultés de coordonner les accompagnements hors murs et dans les murs, disparition progressive de la possibilité de gérer les urgences psychiatriques, problème d'accès aux structures ambulatoires, listes d'attente croissantes pour les suivis, les hospitalisations, diversité des pathologies par unités de lieux créant une mixité médico-sociale mal vécue au regard de problématiques de ressenti et de prises en charges très différentes...
- Problèmes d'organisation de la permanence des soins (soins en urgence, soins le week-end,...) influençant les inégalités d'accès aux soins et l'impossibilité de respecter certaines recommandations de bonne pratique (exemple : prise en charge d'un AVC dans les 4h impossible la nuit, en milieu rural,...)
- Quasi-inexistence d'une structuration du système dédiée à la prise en charge des migrants et de leurs problèmes de santé spécifiques
- Organisation du système encore très médico- et hospitalo-centrée au détriment de la prévention et de l'éducation (EPS, ETP)
- Panier de biens et de services obligeant la population à faire des choix en santé (restes à charge de plus en plus importants, dépassements d'honoraires par les médecins, mauvais remboursement des soins d'optique, de prothèses auditives, des soins dentaires, malgré une politique de généralisation d'accès à une mutuelle)
- Panier de biens et de services non adapté à l'émergence de nouveaux patients dont les problèmes de santé résultent de l'innovation médicale (chronicisation des pathologies), de la réorganisation du système (les problèmes iatrogènes apparaissent au domicile plutôt que dans le service de soins, phénomène, en lien avec chirurgie ambulatoire, récupération améliorée après chirurgie (RAAC)
- Insuffisance des stratégies de gestion des risques en lien avec la diminution généralisée des durées de séjour déplaçant les problèmes du lieu de soins initial vers le secteur ambulatoire, et diluant ainsi les responsabilités, les déclarations d'incidents, les mesures correctives éventuelles
- Gestion financière des dépenses de santé non optimale malgré un budget sous contrôle mais augmentant annuellement (mauvaise répartition des ressources, doublons dans les dépenses liées à l'absence de coordination, etc...)
- Cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social, et entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire constituant un frein à la coordination (d'où tentative d'organisation des prises en charges par parcours de santé) et à la prise en charge globale des patients (dimension curative eu détriment de la prévention et de l'éducation)
- Difficultés à faire vivre les stratégies de soins décidées au plan national sans lien avec les réalités territoriales (Cf. certaines recommandations de bonne pratiques inapplicables sur le terrain, voire obsolètes), difficultés de recueil et de partage des données de santé nuisant à la coordination des soins
- Problème de leadership : représentation politique minimaliste au sein de l'Assemblée Nationale ou du Sénat (aucune infirmière à la Commission sociale sur les 7 ou 8 élues à l'A.N.)
- Conflits d'intérêt entre décideurs, offreurs de soins, professionnels de santé, et usagers du système (dans le contexte d'une histoire de la sécurité sociale qui s'est bâties sur le pouvoir médical selon un triptyque liberté d'installation, liberté de prescription, liberté de rémunération)

ACTIONS EN COURS

- Principe de déclaration d'un médecin référent assurant la coordination en secteur ambulatoire
- Organisation de la prise en charge en parcours de santé
- Organisation multiforme de la coordination à travers une grande variété de structures de proximité : MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration d'Aide dans le champ de l'autonomie) pour la gestion des cas complexes en gériatrie, Plateforme Territoriales d'Appui (PTA), réseaux de santé (maladies neurodégénératives, douleur et soins palliatifs, maladies chroniques, etc...), Pôle de Santé Libéraux Ambulatoires (PSLA), Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), organisation du retour à domicile après hospitalisation (PRADO), etc...
- Organisation régionale et locale des soins via des structures assurant l'interface entre l'hôpital et la ville (services d'Hospitalisation à Domicile, maisons de santé pluridisciplinaires) après des séjours hospitaliers de plus en plus courts (diminution des Durées Moyennes de Séjour - DMS)
- Déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) repris par l'Assurance Maladie après échec de sa généralisation par une agence nationale dédiée (ASIP)
- Organisation des stratégies de santé par thématiques (plans nationaux, programmes, etc...)
- Généralisation de cartes vitale (carte à puce d'assuré social) pouvant contenir des données de santé (utiles en cas d'urgence)
- Généralisation des programmes de télémedecine et de télésurveillance - Financement du système de santé assuré par les politiques (lois annuelles de financement de la sécurité sociale)
- LFSS décidant à l'Assemblée Nationale d'un ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie)
- Intégration croissante des usagers de la santé dans les instances décisionnaires via un agrément national des associations de patients
- Obligation des employeurs de proposer des contrats collectifs d'assurance à leurs salariés
- Incitations financières à la numérisation et à l'intégration des innovations technologiques dans l'exercice professionnel
- Réflexion en cours au ministère sur le problème des restes à charges en soins d'optique, audition, soins dentaire

ACTIONS À 5 ANS

- Exercice coordonné pluriprofessionnel
- Réorganisation des structures hospitalières en plateaux techniques d'hypercompétence au détriment des petites structures de proximité plutôt dédiées à l'orientation et à l'hébergement (jusqu'à envisager d'installer des structures hôtelières privées au sein même de l'hôpital)
- Émergence du principe de médecine intégrative (prises en charges médicales traditionnelles couplées à des approches de soin qualifiées de non conventionnelles : techniques de bien-être et de développement personnel, approches complémentaires à défaut d'être alternatives) dans une logique de santé globale non strictement limitée aux prises en charge curatives
- Ambition d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des soignants comme des patients par la mise à disposition de lieux de bien-être sur le lieu de travail (salles de repos, salles de sport,...)
- Amélioration de l'accès aux soins (généralisation du tiers-payant, CMU universelle, accès à une mutuelle, équilibre entre les prises en charge financières de l'assurance maladie et des assurances complémentaires = mutuelles)
- Généralisation de l'obligation des employeurs de proposer des contrats collectifs d'assurance à leurs salariés - Co-construction des parcours de santé avec les usagers / patients (consolidation des notions de consentement éclairé, de contrat de soins,...)
- Développement des actions de promotion de la santé à travers les "Stratégies Nationales de Santé" qui promeuvent la prévention
- Amélioration de la production et de la diffusion des indicateurs de santé et de la performance sanitaire
- Adaptation de certaines stratégies thérapeutiques dans le but d'un moindre coût et de moindres contraintes (chimiothérapies par voie orales plutôt que par voie injectable) avec stratégies éducatives associées.

3. ENVIRONNEMENT DE SOINS

ÉTAT DES LIEUX

- Augmentation de la précarité de la population amenant à faire des choix financiers pour sa propre santé - Désertification médicale retardant voire empêchant l'accès aux soins de santé primaire
- Sécurité sanitaire et gestion du risque : développement des systèmes de vigilance et de signalement suivi d'une défaillance dans le traitement des données et les décisions à prendre en retour
- Risques psycho-sociaux : augmentation des problèmes de santé mentale chez les patients, amenant agressions, violences jusqu'à l'épuisement
- Complexité croissante des situations de soin (aspect socio-économiques et culturels, fragilités, manque de coordination, hyper-technicité croissante des actes de soins,...)
- Maltraitance numérique (plus de temps passé derrière un écran qu'au lit du malade, exacerbation de l'attente de réactivité dans un contexte d'instantanéité, hypermédiasation des problèmes de santé, influence des réseaux sociaux,...)
- Augmentation des fragilités et des vulnérabilités en lien avec le vieillissement, le handicap, les maladies chroniques, la précarité socio-économique,...
- Modifications climatiques amenant des conditions de travail inhabituelles
- Cloisonnement du système amenant insécurité des prises en charge par manque d'informations (données médicales inaccessibles), procédures ou opportunités de recours inadaptées voire impossibles (prescripteur injoignable)
- Environnement vécu comme hostile après installation dans un mode d'exercice choisi par défaut (absence d'accompagnement à une installation en exercice libéral par exemple, encadrement déficient voire absent dans une structure de soins)
- Fuite des infirmières des établissements vers le secteur libéral liée à des conditions d'exercice de plus en plus contraintes (toujours faire plus et mieux avec moins, de personnel, de moyens, de budget,...)
- Défaillance des conditions d'encadrement et de soutien, organisation hiérarchique déficiente ou dysfonctionnelle, liées à des modes de management centrés sur la performance
- Dysfonctionnement des structures de recours et de protection des salariés (dont les CHSCT - Commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - sur le point d'être réformés par des élections professionnelles à venir 06/12/2018 dans les trois fonctions publiques)
- Une plus grande prise en considération des missions du CTE dans les établissements publics de santé. Le CTE est consulté : sur les conditions et l'organisation du travail et notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation des personnels, sur la politique de formation et notamment le plan de formation et aussi sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- En exercice libéral, problèmes de concurrence vécue comme déloyale en lien avec des pratiques de sélection des soins avec captation des patients qui en bénéficient : infirmières de faisant que des perfusions, ou ne soignant que des patients atteints de mucoviscidose, etc.

ACTIONS EN COURS

- Changement de statut des cadres, formateurs en particulier (passage d'un certificat à un master)
- Promotion de modes de management bientraitant - Promotion de la sécurité sanitaire via la démarche qualité (systèmes d'accréditation/certification/autorisation/labellisation,... des établissements)
- Ouverture des vigilances à de nouveaux domaines (huiles essentielles, par exemple = aromavigilance)
- Dépistage des fragilités en contexte gériatrique
- Observatoire des violences organisé par l'échelon national de l'Ordre, complété par la mise en place d'une "commission d'entraide"
- Plateforme de soutien aux soignants en souffrance
- Campagnes d'information des professionnels de santé sur les procédures de dépistage et de signalement des maltraitances chez les enfants, des violences faites aux femmes, etc... Formations en cours d'organisation sur ce dernier thème
- Plateforme internet de déclaration des évènements indésirables, numéro de téléphone dédié
- Obligation de rédiger un "document unique" (liste anticipée des risques possibles et des situations de travail pouvant poser problème)
- Formations sur les risques psycho-sociaux (les repérer, les gérer), sur les nouvelles technologies et techniques, sur le numérique et les outils associés, etc...
- Publication par le ministère d'un référentiel "Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé" comportant un volet hospitalier et un volet ambulatoire
- Augmentation du nombre de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), en particulier en milieu rural
- Augmentation du nombre de ressources numériques et d'outils connectés (messagerie sécurisée, dossier médical partagé, télémédecine, applications dédiées sur smartphone, etc...)
- Rôle croissant des associations agréées d'utilisateurs du système de santé dans la prise de décisions les concernant
- Publication du code de déontologie des infirmiers organisant les rapports entre professionnels, entre professionnels et patients

ACTIONS À 5 ANS

- Structuration de l'exercice coordonné des professionnels de santé
- Généralisation des outils et ressources numériques
- Acquisition de connaissances et de compétences tout au long de la vie
- Production et utilisation des recommandations de bonne pratique, promotion de la recherche, intégration de l'EBN aux pratiques de soin
- Promotion de la qualité de vie au travail des professionnels de santé
- Faire confiance aux professionnels de terrain s'agissant d'innover en matière de santé
- Utiliser et optimiser les structures ressource existantes ou à créer
- Améliorer les conditions de formation et d'encadrement des étudiants en soins infirmiers
- Renforcement de la démocratie sanitaire par la mobilisation des associations agréées de patients
- Prises de position des instances représentatives pour promouvoir et défendre la profession (Ordre, associations, syndicat, structures mixtes type collège ou société savante)
- Médiatisation des prises de décisions issues de productions internationales (EFN, CII, OMS, ONU,...)
- Mettre en corrélation les besoins et les ressources (budgets, moyens logistiques et humains, modes d'organisation et de management, etc...)

4. PRATIQUE PROFESSIONNELLE

ÉTAT DES LIEUX

- Émergence de nouvelles compétences, de nouvelles techniques, de nouveaux rôles (coordination, gestion de cas complexes,...) qui nécessiterait le passage d'un décret d'actes à un décret de missions pour accompagner la transformation de la nature des soins infirmiers
- Émergence de nouveaux statuts liés à des missions nouvelles, parfois expérimentales (infirmières "ASALE", infirmières "SOPHIA", Infirmières de Pratique Avancée, etc...)
- Nouveaux modes de prise en charge (exemple : déplacement d'actes de la chirurgie ambulatoire vers le domicile avec parfois le risque d'être en dehors du champ de compétences, voire en dehors des attendus éthiques)
- NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) obsolète en regard (problème de facturation des infirmières libérales), inadéquation entre les actes réalisables (compétences) et les actes facturables/remboursables (listés dans la nomenclature générale des actes professionnels)
- Absence totale d'évaluation des pratiques professionnelles en secteur ambulatoire (système d'accréditation non encore en place)
- Pratiques de soins n'intégrant pas suffisamment l'EBN ni les recommandations de bonne pratique (publications très hospitalo-centrées)
- Quasi-absence de projets de recherche s'agissant du secteur libéral
- Inadéquation entre la nécessité d'un exercice coordonné (besoins en santé, demande des usagers) et l'exercice indépendant, isolé, des professionnels du secteur ambulatoire
- Insuffisance de reconnaissance des compétences des infirmières, voire de leur expertise, par les autres professionnels de santé comme par les tutelles
- Ambivalence entre désir d'actualisation des pratiques et conservatisme comme frein au changement des habitudes de travail
- Ambivalence entre le vécu lié à la réalisation d'actes essentiellement relevant du rôle prescrits et le non-investissement du rôle propre qui autoriserait une plus grande autonomie pour l'infirmière

ACTIONS EN COURS

- Structuration en cours du mode d'exercice et de formation des infirmières de pratique avancée
- Négociations conventionnelles sensées faire évoluer la NGAP (facturation des actes par les infirmières libérales, avec entre autres intégration explicite d'actes d'ETP et de relation d'aide)
- Intégration dans le décret de compétences d'actes exclusif rattachés à certaines spécialités
- Actualisation des pratiques à domicile en faveur d'un remboursement possible des pratiques éducatives et relationnelles jusque là non facturables
- Développement des infirmières référentes (hygiène, douleur, éducation,...)
- Développement de dispositifs de consultation infirmière (stomathérapie, dispositif d'annonce, expertise en cicatrisation,...)
- Prise de conscience de la nécessité d'une démarche qualité à domicile (proposition d'un référentiel d'auto-évaluation par un syndicat professionnel)

ACTIONS À 5 ANS

- Accompagner le virage ambulatoire (développement de la chirurgie ambulatoire, de la récupération améliorée après chirurgie, etc...) sur les plans formatifs, organisationnels, réglementaires, éthiques,...
- Accompagner l'organisation du système de santé en parcours de santé (coordination, gestion des flux, y compris migratoires, gestion des crises individuelles comme collectives, gestion pluridisciplinaire de la complexité des situations de soin, etc...)
- Accompagner le passage d'un décret d'actes à un décret de missions (ou mixte) en protégeant la spécificité des compétences et des interventions infirmières
- Mettre en œuvre et généraliser les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) organisés par une Circulaire de 2017 afin d'harmoniser les pratiques de soins

5. RESSOURCES HUMAINES

ÉTAT DES LIEUX

- Déserts médicaux (problème d'accès aux soins)
- Manque de médecins dans certaines spécialités, en santé au travail, en service de protection maternelle et infantile (PMI), etc... amenant les infirmières à endosser de nouveaux rôles, à pratiquer de nouveaux soins
- Mauvaise régulation de la démographie infirmière (fuite de l'hôpital, zonage territorial pour les installations en secteur libéral)
- Zonage territorial en secteur libéral ou absence de recours possible à des infirmières expertes (dialyse par exemple) créant des difficultés à trouver remplaçantes et collaboratrices, d'où retentissement sur la possibilité de se former, de se reposer (risque pour la qualité et la sécurité des soins, épuisement professionnel)
- Difficultés de l'Ordre à finaliser le tableau et à accompagner la gestion démographique de la profession
- Non considération par les professionnels eux-mêmes que la santé est source de richesse, facteur de développement économique, et pas seulement pourvoyeuse de dépenses
- Manque d'attractivité de la profession (certains instituts de formation en soins infirmiers voient leurs inscriptions chuter)

ACTIONS EN COURS

- Décret d'inscription automatique à l'Ordre attendu pour bientôt
- Structuration des rôles et missions, et de la formation, des infirmières de pratique avancée (deux Décrets en attente de publication)
- Négociations conventionnelles en cours devant réinterroger les critères de zonage pour le secteur libéral

ACTIONS À 5 ANS

- Consolider la gestion du tableau de l'Ordre et favoriser sa consultation par le plus large public via internet
- Permettre une régulation démographique plus en adéquation avec les besoins sur les territoires considérés
- Améliorer l'attractivité de la profession afin de mieux recruter dans les instituts de formation (IFSI)

6. FORMATION

ÉTAT DES LIEUX

- Hypertechnicité de certains actes nécessitant une remise à niveau - Dimension culturelle de certaines prises en charge
- Développement Professionnel Continu (DPC) trop souvent axé sur l'apport de connaissances, et non sur la gestion des risques ou l'analyse des pratiques professionnelles, contrairement aux attendus de l'Agence Nationale du DPC et au parcours de DPC décrit par la loi
- Accès à la formation professionnelle continue très inégal selon les secteurs d'exercice (hospitalier, libéral)
- Formation professionnelle continue non sanctionnante (absente d'évaluation des compétences)
- Manque de formation sur l'environnement législatif et réglementaire : certaines lois ne sont pas encore totalement complétées par des décrets d'application donc que partiellement applicables (loi de 2002 par exemple sur les droits des patients, ou lois de 2005 et 2016 sur les soins palliatifs)
- Inadéquation entre les orientations définissant les thèmes prioritaires de formation et les besoins et attentes des professionnels
- Inadéquation entre accès à la formation et besoin en formation
- Formation initiale semblant inadaptée aux besoins pratiques et techniques des étudiants, couplée à des difficultés à identifier et mobiliser les terrains de stage en lien avec une complexification des conditions de tutorat
- Absence de discipline infirmière à l'université, et filière LMD incomplète empêchant les professionnels d'obtenir un doctorat en sciences infirmières
- Masters en sciences cliniques infirmières (pratique avancée) peu nombreux et non encore finalisés - Quid des versions précédentes du Master ? (Réflexion à mener sur des procédures de validation d'équivalences type VAE/VAP)

ACTIONS EN COURS

- Développement des méthodes de simulation, de e-learning
- Existence d'une réglementation relative au concept d'insuffisance professionnelle autorisant l'Ordre à vérifier et réguler les compétences (a posteriori)
- La dernière réforme de la formation continue donne de nouveaux droits aux salariés et inscrit la formation dans un projet professionnel individuel
- Processus d'universitarisation des IFSI amenant l'obligation pour les cadres formateurs d'être titulaire d'un titre universitaire de type Master (le Diplôme d'Etat étant reconnu de niveau Licence/Bachelor)

ACTIONS À 5 ANS

- Améliorer le pouvoir de l'Ordre dans la vérification en temps réel de l'obligation de formation DPC par les professionnels
- En attente d'une nouvelle réforme de la formation continue qui facilitera l'accès à la formation pour les personnels qui en ont le plus besoin
- Une réelle coordination entre le répertoire ADELI(ARS) et les inscriptions à l'ordre (doivent être obligatoires) pour avoir un suivi de la démographie infirmière par secteur d'activité pour une gestion cohérente des besoins

7. PRINCIPALES RÉGLEMENTATIONS (OU ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRES)

TEXTES RELATIFS À LA SANTÉ PUBLIQUE ET AU SYSTÈME DE SANTÉ

- Décret 2017-1866 du 29/12/2017 portant définition de la Stratégie Nationale 2018-2022
- Décret 2017-1331 du 11/09/2017 modifiant les missions et la composition de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ce décret entré en vigueur le 14/09/2017 a pour objet de compléter la composition et les missions de l'observatoire afin d'améliorer son fonctionnement et de renforcer son rôle. En complément voir le rapport IGAENR 2017-043 du 01/09/2017 " Pour une meilleure intégration des Formations Paramédicales à l'université" sur www.enseignementsup-recherche.gouv.fr)
- Décret 2017-1200 du 27/07/2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Décret 2017-323 du 13/03/2017 relatif au Haut Conseil de la Santé Publique
- Loi 2017-228 du 24/02/2017 ratifiant l'ordonnance 2016-462 du 14/04/2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique
- Ordonnance 2017-44 du 19/01/2017 relative à la mise en oeuvre du règlement sanitaire international de 2005
- Ordonnance 2017-27 du 12/01/2017 relative à l'hébergement de données de santé à caractère personnel
- Ordonnance 2017-9 du 05/01/2017 relative à la sécurité sanitaire
- Décret 2016-1067 du 03/08/2016 relatif aux directives anticipées pris en application de la loi 2016-87 du 02/02/2016
- Loi 2016-87 du 02/02/2016 (JO du 05/08/2016) créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (dans la continuité des lois du 04/03/2002 et 22/04/2005)
- Loi 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi 2015-1776 du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi 2007-294 du 05/03/2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur
- Loi 2004-806 du 09/08/2004 relative à la politique de santé publique
- Loi 2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

TEXTES RELATIFS À LA FORMATION, AUX COMPÉTENCES, À LA QUALIFICATION

- Arrêté du 08/12/2017 (texte 17) désignant les Préfets de région compétents pour l'examen des demandes d'autorisation d'exercice ou de prestation de service des professions de santé (IDE article R.311-34 du CSP)
- Arrêté du 08/12/2017 (texte18) relatif à la mise en oeuvre du mécanismes d'alertes mentionné à l'article L.4002-1 du CSP (l'annexe1 acte 5 qualifications infirmière
- Arrêté du 08/12/2017 (texte 19) relatif à l'avis rendu par les commissions d'autorisation d'exercice ou par les ordres des professions de santé en cas d'accès partiel à une profession dans le domaine de la santé. L'article R.4002-2 du CSP crée par l'ordonnance 2017-50 du 19/01/2017 concerne aussi les infirmiers
- Arrêté du 08/12/2017 (texte 20) relatif aux niveaux de qualification pris en compte pour la détermination des mesures de compensation pour la reconnaissance des qualifications des professions de santé (l'article L.4311-4 du CSP modifié par l'ordonnance 2017-50, articles 7 et 8 concerne les infirmiers)
- Décret 2017-1520 du 02/11/2017 relatif à la reconnaissance des qualifications dans le domaine de la santé.
- Arrêté du 18/05/2017 (JO 22/05/2017) modifiant l'arrêté du 31/07/2009 relatif au Diplôme d'état Infirmier
- Décret 2017-316 du 10/03/2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'état

- Ordonnance 2017-50 du 19/01/2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé
- Ordonnance 2016-1809 du 22/12/2016 relative à la reconnaissance des qualifications des professions réglementées
- Décret 2016-942 du 08/07/2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé pris en application de l'article 114 de la loi 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret 2014-1511 du 15/12/2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade de Master
- Arrêté du 26/07/2013 (JO du 31/07/2013 texte 11) modifiant l'arrêté du 31/07/2009 relatif au Diplôme d'état Infirmier
- Arrêté du 31/07/2009 (JO du 07/08/2009 texte 18) relatif au Diplôme d'état Infirmier
- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du conseil du 07/09/2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles modifiées par la directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil du 20/11/2013
- Décret 2004-802 du 29/07/2004(jo du 08/08/2004) du CSP qui définit l'ensemble des soins infirmiers
- Décret 2001-928 du 04/10/2001 modifiant le décret 71-388 du 21/05/1971 portant création d'u DE d'infirmier de bloc opératoire
- Décret 2001-697 du 26/07/2001 modifiant le décret 81-306 du 02/04/1981 relatif aux études conduisant au DE d'infirmier et d'infirmière
- Décret 81-306 du 02/04/1981 relatif aux études conduisant au DE d'infirmier et d'infirmière

AUTRES TEXTES DONT CEUX RELATIFS À L'ORDRE

- Loi 2017-1841 du 30/12/2017 ratifiant l'ordonnance 2017-644 du 27/04/2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives au fonctionnement des ordres des professions de santé
- Arrêté du 08/12/2017 (texte 21) relatif à la mise en oeuvre de la carte professionnelle européenne mentionnée à l'article L.4002-2 du CSP (l'article R.4311-41-4 du CSP crée par le décret 2017-1520 l'article 9 concerne les infirmiers)
- Ordonnance 2017-644 du 27/04/2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des Professions de santé
- Ordonnance 2017-543 du 13/04/2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé
- Décret 2017-319 du 10/03/2017 relatif aux élections des membres des conseils de l'ordre des Infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes
- Ordonnance 2017-192 du 16/02/2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé
- Décret 2017-93 du 26/01/2017 relatifs aux mandats des membres des conseils départementaux , des conseils régionaux et des chambres disciplinaires de 1ère instance de l'ordre des infirmiers
- Décret 2016-1605 du 26/11/2016 portant code de Déontologie des Infirmiers
- Loi 2006-1168 du 21/12/2006 portant création de l'ordre des Infirmiers



ANFIIDE 

secretariat@anfiide.com www.anfiide.com

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE - AFFILIÉE AU **CIJ**

Contribuons à notre profession en France et dans le Monde